



UNAM IZTACALA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

**“Estudio de la ideación suicida en personas con Trastorno Límite
de Personalidad, desde una perspectiva Cognitivo-Conductual”**

PRESENTAN

Gaspar Muñoz Juan Manuel
Rodríguez Palacios Pamela

ASESOR

Lic. César Elizalde García

SINODALES

Mtro. Ernesto Arenas Govea
Mtro. Amado Raúl Rodríguez Tovar

Marzo, 2018

Los Reyes Iztacala, Estado de México





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

“Una angustia inmensa es demasiado pesada de llevar. Son nuestras noches de Getsemaní. Pero las verdades aplastantes desaparecen al ser reconocidas” A. Camus

Este trabajo es resultado de la cooperación directa e indirecta de tantas personas. Definitivamente la protagonista de esto fue la participante que nos brindó su confianza para realizar la intervención. Sin duda la mayor satisfacción se obtuvo al ver los progresos que tenía, espero que su vida continúe de una forma más funcional, aplicando lo que aprendió en terapia y abriéndose más caminos con el fin de demostrarse a sí misma lo que es capaz de lograr; muchas gracias.

Igualmente, agradezco al Centro Comunitario de Salud Mental-Cuauhtémoc por abrirnos sus puertas y darnos el apoyo necesario para concluir este proyecto; sin duda una de las partes más difíciles fue encontrar un lugar que nos permitiera trabajar, en ocasiones no se daban ni a la tarea de leer lo que presentábamos. El trato en este centro fue totalmente diferente, el Dr. Hugo Trejo estuvo inmiscuido y siempre atento a lo que se pudiera necesitar, así como el personal del lugar.

Por otra parte, agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por el respaldo que brinda a todos los que pertenecemos a su legado brindando las herramientas necesarias. Especialmente a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, el lugar donde aún encuentro paz y del que obtuve grandes satisfacciones profesionales y personales, así como recuerdos con personas que hasta hoy; a pesar de estar presentes o ausentes siguen siendo muy especiales.

Al director de este trabajo, el Lic. César Elizalde, por la paciencia y el apoyo que nos proporcionó desde antes de comenzar. Gracias profe, por brindarnos los recursos necesarios para lograr que este trabajo fuera tomando forma; porque aún cuando tenía otras actividades, abría pequeños espacios para atendernos. Igualmente, le agradezco por mostrarme y enseñarme que aún hay, no sólo profesores de calidad en la UNAM, sino grandes personas que acuden ante el llamado de urgencia de nuestra sociedad, ese espíritu se contagia y sin duda pone el ejemplo a muchos de sus alumnos y ex alumnos ¡Muchas gracias!

A los profesores Mtro. Ernesto Arenas y Lic. Amado Raúl Rodríguez, gracias por acceder a ser partícipes de este trabajo, por la espera y por darse el tiempo para leerla. Profesor Arenas, gran parte de mi interés y conocimiento en la clínica se lo debo a usted, me fue de gran utilidad todo lo que aprendí para realizar la parte práctica de este trabajo. Por favor, no dejen de enseñar.

Especialmente agradezco a mis padres Juan Manuel Gaspar y Cristina Muñoz; los seres más importantes en mi vida, por ofrecerme la oportunidad de continuar con mi proceso de titulación, quizá fue un poco tardado pero espero en algún momento poder retribuirles con algo de lo que ustedes me han dado, sigan siendo ejemplo de superación, esfuerzo y amor para esta familia. A mis hermanas y mi sobrino por estar siempre al pie del cañón en todos mis objetivos ¡Gracias!

A mis amigos, que con cada experiencia aportaron un poco de ellos a mi forma de ver la vida cuando las cosas se ponían difíciles y quería tirar todo. A Marco Alvarado por estar siempre atento al proceso de este trabajo, por su paciencia pero ante todo por permanecer conmigo en mis mejores y peores momentos. A Diana Gamboa, Gabriela Godínez, Matzielly López, Sarabeth López y Grecia Rivas, porque muchos momentos en mí vida no hubiera sido lo mismo sin ustedes. Los quiero.

Por último, a mi amiga y compañera Pamela Rodríguez, aprender con una persona como tú es una gran motivación, sé que eres de las amistades más sólidas y transparentes que puedo tener. Llevar a cabo este proyecto que nos comprometía muchísimo a ambos fue una gran prueba, por ende te agradezco la confianza que depositaste en mí, estoy seguro que podremos enfrentar más cosas juntos e individualmente obteniendo el mismo éxito. Te quiero muchísimo.

Juan Manuel Gaspar Muñoz

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su comprensión y apoyo incondicional, porque sembraron en mí ese primer interés de saber cada vez más, el primer deseo de conocer; a mi madre: Irma Palacios, por dejarme tomar las decisiones correctas, pero también las equivocadas, por creer en mí a pesar de mucho y luchar conmigo contra todo. A mi padre: Raymundo Rodríguez, por la confianza brindada en los momentos más necesarios de mi vida y por enseñarme que con firmeza y constancia es posible llegar a las metas más altas.

A Uriel Rodríguez, mi gran hermano; quien ha estado conmigo en cada alegría, pero también en todo problema, porque me ha enseñado que siempre habrá más de una solución y que ha logrado que me mantenga realista y con convicción de continuar con próximos logros.

A Juan Manuel Gaspar, mi compañero de vida, mi sostén y piedra angular, que me ha apoyado hasta en las peores historias, levantándose siempre con algún regaño o palabra de consuelo. Porque sin él seguramente ya habría fracasado, tanto en este proyecto como en la vida; y con quien estoy convencida que quiero continuar caminando hasta mi final.

A mis profesores de la Facultad, especialmente al Lic. César Elizalde, que logró generar en mí gran interés por la temática, brindándome no sólo las herramientas teóricas necesarias, sino también la confianza y seguridad para aplicarlas. Al Mtro. Ernesto Arenas, que me mostró la importancia de la psicología en el ámbito clínico, por quien surgió mi interés en la prevención e intervención psicológica. Al Mtro. Amado Rodríguez, ya que generó en mí gran motivación para continuar este camino.

También agradezco a mis amigos y colegas, que han estado conmigo en cada crisis de miedo y desesperación, ya que con su apoyo ha sido más fácil lidiar con todo: Emanuel González, Grecia Rivas, Diana Gamboa, Sarabeth López, Matzielly López y Gabriela Godínez.

Igualmente, dedico el presente proyecto a las instituciones que me abrieron las puertas para la generación, aplicación y ampliación de conocimientos: mi alma máter la Universidad Nacional Autónoma de México; mi segundo hogar: la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; y al Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc -especialmente al Dr. Hugo Trejo, quien permitió que este trabajo se llevara a cabo para una persona que lo requería en su momento-.

Por último, extendiendo un agradecimiento especial a la participante de la presente intervención, quien, además de la confianza brindada, se mantuvo constante en cada una de las sesiones, lo cual contribuyó a los grandes logros que se obtuvieron. Un largo camino le compete y espero continúe con la firmeza y perseverancia que ahora le caracterizan.

Porque con su ayuda y aliento hoy logro uno de mis más grandes sueños, además de un nuevo comienzo.

¡Gracias!

Pamela Rodríguez Palacios

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue elaborar una ruta crítica para prevenir el suicidio en una persona diagnosticada con Trastorno Límite de Personalidad desde el enfoque cognitivo conductual. La aplicación se realizó en una mujer de 35 años que asistía al Centro Comunitario de Salud Mental ubicado en la Delegación Cuauhtémoc, los resultados se verificaron con los datos aportados por las pruebas antes y después de la intervención, además que la usuaria logró cumplir cada objetivo que se planteó, mejoró su autoconcepto, sus relaciones e incluso su vida laboral, llevandola a disminuir pensamientos acerca del suicidio. Se concluyó que el trabajo sobre la ideación suicida, o bien sobre el suicidio en sí, se enfocan sobre los cimientos que mantienen la idea de acabar con la vida, no sobre la conducta en sí misma.

Palabras clave: *suicidio, ideación suicida, trastorno limite de personalidad y cognitivo-conductual*

ÍNDICE

Introducción.....	3
1. La ideación y el estudio del suicidio.....	5
1.1 Concepto de suicidio.....	5
1.2 Características y evaluación del suicidio.....	8
1.3 Intervención y prevención del suicidio.....	10
1.4 Causas predisponentes del suicidio.....	11
2. Trastorno Límite de Personalidad (TLP).....	16
2.1 Origen del Trastorno Límite de Personalidad.....	16
2.2 Definición y características clínicas del Trastorno Límite de Personalidad..	17
2.3 Etiología del Trastorno Límite de Personalidad.....	22
2.4 Comorbilidad del Trastorno Límite de Personalidad.....	23
3. Sobre el enfoque Cognitivo-Conductual.....	27
3.1 Historia de la psicología conductual.....	27
3.2 Medición de rasgos psicológicos.....	28
3.3 La psicología conductual.....	29
3.4 La psicología cognitivo-conductual.....	31
4. Intervención Cognitivo-Conductual en el Trastorno Límite de Personalidad.....	35
4.1 Evaluación de los Trastornos de la Personalidad.....	35
4.2 Tratamiento multidisciplinar para el Trastorno Límite de Personalidad.....	38
4.3 intervención y técnicas Cognitivo-Conductuales para el Trastorno Límite de Personalidad.....	40
5. Desarrollo de la ruta crítica	51
Discusión.....	124
Referencias.....	132

Anexos.....	136
-------------	-----

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un tema que ha cambiado su significado con el paso del tiempo, en un principio se consideraba un acto heroico, sin embargo hoy parece ser un acto satanizado. La conducta suicida ha sido estudiada por la psicología y la sociología, siendo en este caso la primera, directriz para entender cómo aborda este fenómeno al ser humano.

La psicología comenzó estudiando el suicidio desde un enfoque psicoanalítico, conforme fueron surgiendo nuevas perspectivas psicológicas el estudio respecto a este y la forma de tratamiento cambió, dejando a la luz, etapas que se consideran importantes para consumar el suicidio, causas, así como tratamientos médicos y psicológicos para evitar el logro de dicho evento.

Aunado a lo anterior, se eligió a una persona con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) por las características que presenta esta población, principalmente la alta predisposición que tienen para cometer actos suicidas, la sensación de desamparo, la inestabilidad en sus relaciones sociales y su bajo control de ira.

La terapia cognitivo conductual ofrece diferentes técnicas que se amoldan a las características y quejas de los usuarios con las características mencionadas; pues si bien el tema central es la ideación suicida, también es cierto que esta viene acompañada de una serie de situaciones biopsicosociales, las cuales pueden responder a un fármaco pero que no lleva a la solución del problema.

Por ende, el presente trabajo tuvo como objetivo, elaborar una ruta crítica para prevenir el suicidio de una persona diagnosticada con trastorno Límite de Personalidad desde el enfoque cognitivo conductual, dicho objetivo se llevó a cabo con la participación de una mujer de 34 años, diagnosticada con Trastorno Límite de Personalidad por parte del Centro Comunitario de Salud Mental.

El tratamiento que se le proporcionó a la usuaria tuvo una duración de 22 sesiones, en las que se evaluó que efectivamente la usuaria contara con las características necesarias para la investigación, la intervención principalmente se basó en la reestructura de la cognición, mejora de habilidades sociales y planificación de vida,

dejando resultados favorables en la usuaria, los cuales con las sesiones de seguimiento se notaron constantes.

1. LA IDEACIÓN Y EL ESTUDIO DEL SUICIDIO

1.1 Concepto de suicidio

Como punto inicial, se considera importante estudiar la transformación de la palabra suicidio, su significado y cómo se comenzó a abordar su estudio, debido a que no siempre se consideró una conducta “en contra” de la vida, con los cambios sociales la concepción social de esta se modificó.

El estudio del suicidio en la época moderna inició a finales del siglo XIX, su esencia radica en dos líneas de investigación: la sociología con Emilio Durkheim (1858-1917) y la psicológica por Sigmund Freud (1856-1939). Sin embargo, antes de que surgieran estas líneas de investigación, el suicidio era visto como un modo valiente de morir.

La muerte de los suicidas y de los guerreros solían ser celebradas, en la literatura griega también se considera gloriosa la muerte por mano propia e incluso por un tiempo el suicidio era una forma de encontrar el camino hacia el paraíso, en lugares como la Roma clásica. La vida no era apreciada, por ende el suicidio de alguien no consternaba a nadie, incluso en ocasiones era visto de forma positiva, tal es el caso de los estoicos durante el periodo helenístico, los cuales veían el suicidio como una salida a la vida que se ha tornado mórbida.

Conforme el tiempo pasó, el suicidio comenzó a ser condenado principalmente por las autoridades eclesiásticas debido a que usurpaba la decisión divina de Dios sobre la vida y muerte de la gente, incluso se implementaron leyes y se comenzó a asociar el suicidio con el pecado.

De este modo, la ciencia comienza a trabajar sobre este tema, el cual más allá de verse como algo “normal” como sucedía en otros momentos de la historia, comienza a tornarse oscuro, por ende algunos estudiosos comienzan a trabajar sobre el tema, como ya se mencionó, dentro de la sociología Durkheim se centró en los efectos perjudiciales que la sociedad ejerce sobre el individuo y que lo llevan al suicidio (*Le Suicide*, 1897). Por otro lado, Sigmund Freud no se basa en las nociones de crimen

o pecado, sino que trata de devolver el significado al individuo centrándose en la motivación y el inconsciente.

El método con el que comenzaron a atenderse los suicidios en el siglo XIX fue por medio de la sintomatología, método dedicado a la observación de los síntomas y padecimientos presentados en los individuos (Águila, 2011).

Posteriormente, con el avance de métodos y aportaciones dentro de la psicología, el suicidio comienza a tener diferentes enfoques, sin embargo, es un tema lleno de enigmas pues en muchos casos es difícil saber cuál es la razón por la que un individuo se quita la vida, por otro lado, aún cuando no se concreta un por qué, el individuo carga generalmente con una angustia insoportable que lo lleva a la autodestrucción (Senties, 1997, en De la Fuente, 1997).

El término "suicidio" se ha utilizado desde tiempo atrás, sin embargo, aún cuando la palabra encuentra su etimología en el latín; *suicidium, sui* (a sí mismo) *cidium* (acto de matar) del verbo *caedere* (cortar o matar), no era utilizada como tal, dicho término se le acuña al teólogo francés Gauthier de Saint Victor en el año 1117, no es, sino hasta el año 1787 que se registra en el castellano.

Referido lo anterior, se procederá con diferentes autores para observar cómo han definido el suicidio:

Senties (1997) cita la definición de *suicidio* de Schneidman en 1973, como el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar con la vida, con base en esto, el autor confirma al suicidio como la posibilidad de huir y no como la posibilidad de ir al encuentro de algo, es así como Senties apuesta por un tratamiento en función de reducir el terror de las presiones internas y externas, e incrementar las vías para un escape psicológico y real.

Por otra parte, Ortuño (2009) menciona que se trata de un acto autodestructivo que se ha llevado a cabo como forma de solucionar dolores físicos incurables, dolores morales u otras situaciones de difícil resolución. Se han tomado dos grupos de causas que interaccionan entre sí para una conducta suicida: los factores sociales, dentro de los cuales se encuentran la edad, falta de apoyo familiar, acontecimientos

estresantes, aislamiento social; y los factores médicos o biológicos, como enfermedades psiquiátricas o físicas.

La tentativa suicida, según Ortuño (2009), se divide en dos grupos: el intento autolítico de alta letalidad y la actuación parasuicida. Define una conducta parasuicida como un comportamiento que simula intencionalidad suicida, pero que en la práctica existe baja letalidad en el método utilizado, en este caso la persona no suele tener ideación autolítica estructurada, es así como ésta prevé ser rescatado, pueden presentarse cortes superficiales -normalmente en las extremidades-, pequeñas sobre ingestas de fármacos, quemaduras, entre otras lesiones; por su parte Wikinski (2013) menciona que este tipo de conductas autoagresivas, sin alguna intención de morir y dadas con el objetivo de liberación de estrés o modificar un factor en su contexto son considerados "eventos no suicidas".

Dentro de los denominados "eventos suicidas", se encuentran: el *suicidio consumado*, que es la conducta agresiva con resultados letales asociado con la intención de morir como resultado del acto; el *intento de suicidio*, que refiere a la conducta potencialmente autoagresiva asociada con la intención de morir, la cual puede ser explícita o inferida por otras circunstancias, también se pueden presentar lesiones físicas; de igual manera, se menciona la *ideación suicida*, como todo pensamiento pasivo de desear estar muerto, o el pensamiento activo de cometer suicidio, sin llegar a tener conductas preparatorias (Wikinski, 2013). Por su parte, Ortuño (2009) refiere un concepto más para la conducta suicida: el *suicidio frustrado*, definido como el acto suicida que por circunstancias ajenas a la voluntad de la persona no conduce a la muerte, esto puede deberse a fallas en las técnicas suicidas o en la intervención de un tercero al acto mismo.

Como se ha podido observar, el suicidio se ha estudiado desde diferentes perspectivas, sin embargo autores recientes tales como Ortuño (2009), Sentíes (1997) y Wikinski (2013) coinciden en que dicho acto autodestructivo con posibles finalidades de solución a un problema o a la huida del mismo requiere de mayor profundidad de análisis, a fin de encontrar distintas alternativas a la consumación de la vida.

1.2 Características y evaluación del suicidio

Con referencia a lo anterior, para observar o determinar que una persona es propensa al suicidio es necesario conocer cuales son los puntos rojos que alertan al profesional de la salud. Wikinsky (2013), señala que según la *American Psychiatric Association* (2003), en el área de la Psiquiatría se han enumerado algunas características básicas a considerar para la evaluación del paciente con conductas suicidas:

1. Presentación de suicidalidad, en la cual se consideran las conductas, pensamientos, planes e intentos suicidas o autoagresivos que la persona haya tenido y el tiempo en el que los ha realizado. De igual manera se debe tomar en cuenta la evidencia de desesperanza, impulsividad, ansiedad y ataques de pánico presentados.
2. Enfermedades psiquiátricas; se deben observar los signos y síntomas actuales de los trastornos psicológicos, en especial, los trastornos del ánimo (Trastorno Depresivo), esquizofrenia, trastorno por abuso de sustancias, trastorno de ansiedad y trastornos de la personalidad (Trastorno Límite de Personalidad y Trastorno Antisocial). Asimismo, deben tomarse en cuenta los diagnósticos y tratamientos previos, incluyendo el comienzo y el curso de la enfermedad e internaciones psiquiátricas.
3. Antecedentes, los cuales incluyen intentos suicidas previos, suicidios frustrados y conductas autoagresivas. Prestar atención en diagnósticos y tratamientos previos a este tipo de conductas. Dentro de este apartado es importante observar si existen antecedentes familiares de suicidio y/o de intentos suicidas.
4. Situación psicosocial, comenzar por las crisis psicosociales agudas y estresores psicosociales crónicos, entre ellos pueden encontrarse pérdidas interpersonales, actuales o percibidas, dificultades financieras, abusos sexuales y físicos, entre otros. Tomar en cuenta la situación laboral actual de la persona, además de las creencias culturales y religiosas acerca de la muerte y suicidio.

5. Fortalezas y debilidades individuales, evaluar las habilidades de enfrentamiento, rasgos de personalidad, respuestas pasadas al estrés, la capacidad para tolerar el dolor físico y para satisfacer necesidades psicológicas.

Ortuño (2009) menciona la importancia de profundizar en la intención suicida al momento de la evaluación psiquiátrica de la persona, la valoración oportuna de las acciones autolíticas previas. Resaltando los siguientes aspectos:

- Ideas suicidas. Es importante evaluar la intensidad y la frecuencia de las ideas suicidas que se han tenido previamente, así como su elaboración y las consecuencias que la persona misma ha considerado. Los actos suicidas, generalmente, no son impulsivos e impredecibles, llevan un proceso desde la ideación, por lo que la persona suele luchar contra estas ideas buscando otras soluciones, en cuanto no las encuentra, entonces regresa al pensamiento suicida.
- Intención suicida. Valorar el grado en que la persona pretende llevar a cabo sus ideas.
- Planes suicidas. En esta fase se deben considerar las posibles previsiones de la persona por ser salvada, de esta manera, se le pregunta a la persona de forma abierta y explícita cómo ha ensayado llevar a cabo sus ideas.
- Planes de futuro. Explorar la percepción que tiene la persona sobre las consecuencias que el acto suicida pueda tener sobre su entorno, tanto familiar como laboral. También se valora si la persona ha considerado otras soluciones o la muerte ha sido su única alternativa.
- Exploración psicopatológica. Como ya se mencionó anteriormente se debe ahondar en las habilidades que tiene la persona de enfrentamiento y sentimientos de desesperanza que puedan repercutir en el acto suicida.
- Apoyos sociofamiliares. Es indispensable conocer las redes o apoyos sociales con los que la persona cuenta.

Por lo ya mencionado, es imprescindible tomar en cuenta aspectos a nivel biológico, psicológico, social y familiar para la evaluación del usuario, con el fin de construir posteriormente una ruta crítica adecuada para el tratamiento de la queja.

1.3 Intervención y prevención del suicidio

La intervención médica y psicológica, va en función de los resultados obtenidos en la evaluación; por ejemplo el médico psiquiatra suele formular un plan de intervención orientado a proteger al paciente, a partir de los fármacos que él considerará necesarios.

En la intervención que se presente, se deberá tener una supervisión adecuada del paciente, la cual es más efectiva si se realiza en un régimen de ingreso que en uno ambulatorio, ya que la hospitalización permitirá un mayor control de factores que intervienen en el riesgo de suicidio.

Se debe tomar en cuenta que en casos como la ideación y planeación suicida la recomendación psicofarmacológica es combinar inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) con neurolépticos con propiedades sedativas, así como benzodiazepinas.

La psicoterapia en estos pacientes es parte importante del tratamiento, sin embargo, no se menciona una terapia específica para los mismos. Es necesario establecer y mantener una buena alianza terapeuta-paciente, ya que en muchas ocasiones éste se convertirá en el único nexo que se tiene con su medio. Ortuño (2009) afirma que se han podido combinar las terapias psicodinámica y cognitivo conductual, ya que se intenta corregir ciertas distorsiones cognitivas que el paciente tenga y que podrían llevarlo a la desesperanza y por ende al acto suicida. De esta manera el terapeuta se encargará de infundir esperanza reforzando los sentimientos positivos de seguir viviendo y reconduciendo al paciente a una visión más constructiva del futuro.

En cuanto al tema de la prevención del suicidio relacionado con trastornos psicológicos, la psiquiatría ha mantenido la premisa de que el tratamiento de la enfermedad mental podría contribuir a que no se consuma el suicidio, ya que al tratar con fármacos los trastornos afectivos y de ansiedad que a menudo subyacen

al suicidio, éstos, inferencialmente, se encarguen de los pensamientos y las conductas suicidas, síntomas de estos trastornos.

Sentíes (1997) menciona que las personas que están por suicidarse, comúnmente están perturbadas y confusas, incluso muestran dificultad para comunicarse. Por lo general expresan depresión y ansiedad, tales condiciones pueden ser aceptables para comenzar una intervención psiquiátrica.

No obstante, hasta la actualidad es escasa la literatura que asegure y demuestre específicamente la prevención del acto suicida por medio de un tratamiento exitoso. No se ha encontrado tratamiento en el área de la Psiquiatría, ya sean técnicas como psicoterapia, hospitalización precoz, psicofármacos, entre otras, que hayan reducido el riesgo suicida a largo plazo, sin embargo hay factores que predisponen más a unas personas que a otras.

1.4 Causas predisponentes del suicidio

Estudiar los factores que llevan a una persona al suicidio se ha vuelto tema de controversia, dado que éste, según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Investigación (INEGI), para el año 2013 en México se reportaba como la tercera causa de mortalidad en personas de 15 a 24 años de edad, por otro lado el Consejo Nacional de Población señala que en los últimos 20 años se duplicó el número de suicidios entre los niños y adolescentes de 1.4 a 3.7 por cada 100 mil habitantes, a partir del 2006 constituye la tercera causa de muerte infantil (Águila, 2011).

Entre otros datos, Águila (2011) menciona que la tasa de suicidio en los jóvenes; según datos de instituciones de salud, aporta que en promedio 14 jóvenes de entre 15 y 24 años mueren cada día por suicidio, es decir cada hora y 40 minutos comete suicidio una persona por debajo de los 25, no obstante del 7 al 16% de los adolescentes reportan intentos de suicidio.

Aunado a los datos anteriores, el autor resalta que dentro de la República Mexicana el mayor índice de suicidio se presenta en lo que hasta el 2015 se conocía como el Distrito Federal (ahora Ciudad de México, CDMX), Yucatán, Campeche y Tabasco.

El estudio de la ideación suicida, debería ser de importancia central dentro de la psicología clínica, ya que mediante esta se pueden realizar métodos de intervención que prevengan estos actos. El centrarse en la conducta realizada, no ha permitido que se realice el suficiente aporte a su prevención sino más bien a un tratamiento directo en el que influye más un tratamiento farmacológico que la técnica desarrollada en la psicología.

Sánchez, Villarreal y Musitu (2010) retoman a Eguiluz, quien hace hincapié en la importancia que tiene el conocer el proceso del suicidio y entre ese proceso, identificar el momento de la ideación ya que es un factor predictor para llegar al suicidio consumado, esta ideación es definida por el autor como pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, así como las circunstancias o situaciones en que se pretende morir. De la misma manera, retoman a otros autores como Pérez (1999), el cual define la ideación a partir de la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y deseo de la muerte.

La ideación suicida es considerada una variable latente, es decir, construcciones o elaboraciones teóricas acerca de procesos o eventos que no son observables, sino que deben inferirse a través de la presencia de otros objetos, eventos o acciones (Kantor, 1969 en Sánchez, Villarreal y Musitu, 2010). De esta forma las primeras manifestaciones de ideaciones suicidas podrían valorarse a partir de lo que el individuo dice o hace.

Un criterio importante a mencionar en la ideación suicida es que, a pesar de que surja la idea de atentar contra la vida propia, no quiere decir que este hecho vaya a cumplirse del todo, es decir el criterio de morir no siempre es un elemento necesario.

La ideación suicida, Sánchez *et al.* (2010) la plantean además como un fenómeno multifactorial en el cual participa lo biológico, psicológico y social, es importante observar la identificación de estos factores para lograr una relación con el comportamiento suicida y de esta forma buscar un método preventivo.

Aunado a lo anterior se considera importante conocer los factores más sobresalientes que puedan orillar a los jóvenes a atentar contra su vida y que el

psicólogo trabaje en la capacidad de identificar estos acontecimientos que interfieren en la vida del individuo. Trabajos como el de Rosales, Córdova y Ramos (2012) identifican la ideación suicida partiendo del género, sin embargo, recomiendan que se realicen trabajos en los que se puedan clarificar mejor las variables que influyen en la planeación del acto.

En cuanto al ámbito familiar, se ha estudiado la relación de su funcionamiento con el intento suicida, donde se pueden destacar los siguientes factores de riesgo: dificultades en las relaciones, comunicación conflictiva, bajos niveles de cercanía afectiva, altos niveles de control parental, estructura familiar inestable, historia familiar con depresión, desórdenes psiquiátricos y abuso de sustancias (Pavez *et al.*, 2009).

Por otra parte, en una investigación realizada en 2007 por Córdova, Rosales M, Caballero y Rosales J. se menciona que algunas situaciones que pueden incitar la ideación del suicidio pueden ser aspectos psico-socio-demográficos, es decir aspectos familiares hasta personales, en lo que no sólo afecta un solo factor sino que se desarrolla partiendo de una cadena con diferentes sucesos que comienzan a producir conflicto en el ser humano.

Águila (2011) agrega otras variables que pueden ser factores a realizar conductas suicidas, rescatando en primer lugar los problemas familiares, ser generador o víctima de violencia física o sexual, encontrarse en los extremos de espectros socioeconómicos, fácil acceso a armas de fuego, consumo de sustancias en los que resalta que al menos el 50% de los suicidios al realizar estudios *post mortem*, la persona se encontraba bajo los efectos de alcohol u otras sustancias, por otro lado, señala que al menos el 18% de los alcohólicos recurren al suicidio. Otra de las variables que menciona es el género mencionando que el intento suicida en mujeres es el doble que en el de los hombres, siendo de 3.1 en estos. Asimismo, señala la imitación de conductas suicidas que se presentan en televisión o incluso el 11% de los suicidas tuvo ya un familiar de primer grado de muerte por suicidio.

Sin embargo, además de los factores psicológicos y sociales, es importante no dejar de lado la biología, la cual Águila (2011) señala bajas concentraciones del

metabolismo de serotonina en suicidas comparadas con controles, basados en el estudio del tallo cerebral postmortem, suicidas y accidentados.

Es importante como ya se mencionó, entrar en este tema como un método de prevención, otorgándole importancia al pensamiento de la persona; y no a la conducta en sí de suicidio o intento de suicidio, identificar que produce la ideación del suicidio resulta importante por el incremento que se ha dado en los últimos años principalmente en jóvenes, cuántas muertes logran consumarse y que evita que otras no se logren.

De esta manera, Borges *et al.* (2010) afirman que el estudio de las conductas suicidas cobra especial relevancia si se considera la necesidad de idear y ejecutar medidas preventivas. Los motivos principales, que mencionan dichos autores, para estudiar las conductas suicidas radican en que éstas no sólo producen un gran malestar mental y sufrimiento psíquico y que pueden producir consecuencias físicas de primer magnitud, sino que también son un antecedente fundamental de un posterior suicidio consumado; con frecuencia, un acto que llevó a una muerte por suicidio se ve precedido por una serie de intentos fallidos previos, por tanto, si se logra comprender y evitar los intentos de suicidio, se podrá evitar y/o reducir también posteriores suicidios consumados.

Según Pavez *et al.*, (2009) la investigación de los factores de riesgo para el intento suicida, mayormente en el adolescente, ha establecido una relación con desórdenes psiquiátricos; dentro de los cuales la depresión ha jugado un papel preponderante en la ideación e intento suicida, donde más de 50% de las muertes por suicidio se deben a ciertos trastornos. El autor recalca que el intento suicida es considerado como un fenómeno multicausal, es decir, no es atribuible a un suceso aislado o específico. De aquí la importancia para estudiar los factores de riesgo psicosociales, integrando la variable individual, de un posible trastorno; así como variables ambientales.

En su estudio descriptivo, Peña *et al.*, (2002) encuentran un predominio en las edades de 17 a 23 años, de las cuales destaca un perfil psicopatológico con síntomas de ansiedad, ideación suicida, tristeza, insomnio y depresión; el perfil de personalidad obtenido con la prueba 16 PF permitió caracterizar al grupo como

emotivos con poca estabilidad emocional (Factor C-), inseguros, aprehensivos, angustiados (Factor O+), tensos, frustrados y con altos niveles de ansiedad (Factor Q4+). Dentro del mismo estudio se pudo observar que el intento suicida que los pacientes tuvieron fue el primer contacto con una intervención psiquiátrica y se produce cuando la idea ya se había transformado en un intento.

Con base en lo mencionado es importante estar atento a cualquiera de los factores que se retomaron anteriormente si lo que verdaderamente se pretende es prevenir las conductas suicidas lejos de que la persona tenga o no un trastorno, ya que de acuerdo al informe de la OMS se señala que en el año 2020 morirán aproximadamente 1.53 millones de personas en el mundo por suicidio y el número de tentativas se incrementará de 10 a 20 veces (Águila, 2011).

Por otra parte, dicho autor menciona que, de los factores de riesgo para suicidio juvenil el más descrito es el intento suicida previo (un gran número de pacientes nunca mencionó a nadie, ni siquiera a sus más allegados, que en algún momento o etapa de su vida pensaron en el suicidio, o inclusive si lo intentaron) pero dentro de esos factores de alto riesgo, también está la depresión mayor, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, la personalidad limítrofe o psicopática, siendo este último trastorno el que presenta en sus pacientes un 90% de conductas suicidas en adultos y un 60% en jóvenes.

Espinosa, Blum y Romero (2009), concuerdan en que los comportamientos autolesivos se observan entre el 60% y el 80% de los pacientes con TLP, la tasa de suicidio consumado se sitúa alrededor del 10% y especialmente en menores de treinta años, sin embargo, en México no hay datos de suicidios consumados.

Debido a lo anteriormente mencionado, es de gran relevancia que al realizar cualquier evaluación competente al suicidio, se considere la comorbilidad que tiene dicho fenómeno, así como la ideación suicida con otros trastornos y problemas psicológicos; además de las condiciones socio-culturales en las que se desenvuelve la persona. De igual manera, como ya se ha puntuado, es importante que la temática del suicidio se tome desde una perspectiva de prevención, a fin de identificar no sólo las causas del mismo, sino la manera adecuada de evitar intentos de este acto.

2. TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD (TLP)

2.1 Origen del Trastorno Límite de Personalidad

Gunderson (2002) propuso a la American Psychiatric Association (APA) fomentar una serie de directrices para el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), es entonces, cuando en 1997 la APA decide desarrollarlas con la seguridad de saber que estaban ante la base de conocimiento nuevo. Sin embargo, el TLP fue incorporado al DSM III en 1980 y 12 años más tarde (1992), fue adaptado para la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la OMS.

Los orígenes del diagnóstico remontan desde 1938 con los estudios de Adolph Stern, un psicoanalista que identificó un subgrupo que no clasificaba dentro de los diagnósticos habituales de la época. Sin embargo, en 1950 este grupo comenzaba a reconocerse y Robert Knight entre 1953 y 1954 amplía el término límite ya que observa que dicha entidad nosológica establecía una diferencia entre la frontera de la neurosis y la psicosis.

En 1960, comenzaron los conocimientos de las observaciones realizadas en estos grupos "límites", sin embargo la mayor parte de la información y estudios clínicos eran realizados desde la perspectiva psicoanalítica.

Uno de ellos fue Otto Kingberg en 1967, el cual define la entonces llamada "Organización Límite de la Personalidad" como una de las tres formas de organización, bien diferenciada de los pacientes más enfermos, que presentaban una organización psicótica de la personalidad y de los menos enfermos, con una organización neurótica de la personalidad. La organización límite se caracterizaba por una formación débil o fallida de la identidad, defensas primitivas, un juicio de la realidad que en ocasiones se perdía en algunas situaciones de estrés. En 1968 Grinker facilita los primeros criterios con base empírica: fracasos a la construcción de la propia identidad, relaciones anaclíticas o dependientes, depresión basada en la soledad y predominio de manifestaciones de ira (Gunderson, 2002).

Con base en la información que se fue recabando, el constructo límite fue cambiando, dejando de considerarse una organización y tomado como un síndrome, debido a que durante el periodo de 1970 y 1985, los diagnósticos se quintuplicaron en Copenhagen, Dinamarca (Mars, 1980, en Gunderson, 2002). Al considerarse como un síndrome, incita a los investigadores a ahondar en factores genéticos, comorbilidad, el desarrollo y la respuesta de los tratamientos, logrando más apertura a otras perspectivas en intervenciones terapéuticas, en ese momento a dicho constructo se le integraron otras características como áreas de cognición, afectividad, impulsividad y traumas.

Gunderson (2002) propuso a la American Psychiatric Association (APA) fomentar una serie de directrices para el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), es entonces, cuando en 1997 la APA decide desarrollarlas con la seguridad de saber que estaban ante la base de conocimiento nuevo. Sin embargo, el TLP fue incorporado al DSM III en 1980 y 12 años más tarde (1992), fue adaptado para la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la OMS. Más adelante y ante la inclusión del TLP al DSM III, hoy en día se le establece como un trastorno real y en espera de evidencias más concluyentes de una neuropatología medible.

2.2. Definición y características clínicas del Trastorno Límite de Personalidad

Para comenzar a hablar de cualquier trastorno de la personalidad, es necesario que en primera instancia se defina la palabra *personalidad*, para lo cual García, Martín y Otín (2010) la explican como un constructo multifactorial que contiene un componente biológico y uno ambiental relacionados entre sí; en ese sentido, la alteración de cualquiera de estos factores puede dar origen a un trastorno de la personalidad. Para el caso del TLP, probablemente sea la vulnerabilidad biológica, las experiencias psicológicas traumáticas, aunados a un contexto social inadecuado.

Por otro lado, Caballo (2004) define la personalidad como: un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distingue a las personas entre sí, que persiste a lo largo del tiempo y a través de las situaciones. Igualmente, hace referencia a dos componentes que conforman la personalidad: el temperamento, que consta de influencias innatas, genéticas y constitucionales en el

ser humano, es decir posibles dimensiones biológicas que influyen en el comportamiento; y por otro lado, se encuentra el carácter, refiriéndose a los factores psicosociales aprendidos que pueden determinar ciertos aspectos de la personalidad del individuo. Desde esta perspectiva y dentro de los factores caracterológicos, el autor hace mención de los “*esquemas*”, referidos como las creencias básicas de la persona para organizar la visión que tiene sobre sí mismo, el mundo (incluyendo a las demás personas) y el futuro.

Es así como, se define *Trastorno de la Personalidad (TP)* al patrón permanente de conducta que se desvía notablemente de las expectativas generadas por la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y/o control de impulsos (Caballo, 2004). Una persona que padece un TP suele presentar desviaciones marcadas en su vida cotidiana, especialmente de comportamiento interpersonal dentro del grupo sociocultural en el que se desenvuelve, su funcionamiento social y laboral pueden afectarse, pero generalmente mantienen su contacto con la realidad; en ese sentido, es posible mencionar cuatro características básicas de un Trastorno de la Personalidad:

1. Es desadaptativo; en cualquier contexto del individuo, especialmente en los interpersonales.
2. Relativamente estable a lo largo del tiempo.
3. Es disfuncional; afecta significativamente la capacidad de la persona para funcionar en diferentes situaciones de su vida cotidiana.
4. Produce malestar en el entorno de la persona, no necesariamente a sí misma.

Las personas que padecen un Trastorno de la Personalidad suelen ser inflexibles, desadaptativos, especialmente en contextos interpersonales y son egosintónicos, es decir, las características o síntomas que presentan son aceptables para ellos y por tanto no sienten incomodidad al comportarse de cierta manera.

Uno de los manuales que describen a los Trastornos de la Personalidad más utilizados en la clínica por los profesionales de la salud mental, es el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, por sus siglas en inglés *DSM 5° edición*, producido por la American Psychiatric Association; el cual clasifica a dichos trastornos en tres grupos: *Grupo A*: constituido por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico; *Grupo B*: que integra los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista; y el *Grupo C*: conformado por los trastornos de la personalidad dependiente, evasiva y obsesivo-compulsiva.

Torres (2007) define al Trastorno Límite de Personalidad (TLP) como una pauta duradera de percepción, de relación y de pensamiento sobre el entorno y sobre sí mismo, en la que hay problemas en diversos aspectos como la autoimagen, la conducta interpersonal marcada por inestabilidad en sus relaciones e impulsividad en sus acciones, que más tarde pueden reconocer como irracionales. También se destaca la inestabilidad en sus estados de ánimo, donde los rasgos más predominantes son la intensidad de las reacciones emocionales, pasando de un estado depresivo a uno marcado por intensa ira o ansiedad.

Por otro lado, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) le cataloga como un trastorno mental y ubicándolo dentro de los trastornos de personalidad, agrega que el TLP se caracteriza por la inestabilidad en relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos; e impulsividad intensa. Dicho trastorno se reconoció hasta 1980 por ende los tratamientos a cada una de las problemáticas que se presentan en el mismo son relativamente nuevos sobre la aplicación del mismo.

La Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (2013) menciona al *Trastorno Límite de la Personalidad* dentro del *Grupo B* de los *Trastornos de la personalidad*, descrito como el patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen, del círculo afectivo e impulsividad intensa, éste comienza en las primeras etapas de la edad adulta y se encuentra presente en diversos contextos; asimismo, para el diagnóstico de éste, es necesario que se manifiesten por lo menos cinco de las siguientes características:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.

2. Relaciones interpersonales inestable e intensas, caracterizadas por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad, en la cual se presenta una inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen.
4. Impulsividad en áreas que son potencialmente autolesivas, por ejemplo: sexo, drogas, atracones alimentarios, entre otras.
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, además de comportamientos de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva, la cual se da debido a una reactividad del estado de ánimo, ya sea desde irritabilidad o ansiedad con duración de algunas horas, hasta episodios intensos de disforia.
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso y dificultad de controlar la ira. Se describen peleas físicas recurrentes y enfado constante.
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés.

De igual forma, Oldham y Morris (1995, en Caballo, 2004), mencionan que las personas con el presente trastorno tienen la necesidad de encontrarse vinculados sentimentalmente con alguien de manera intensa, llevando sus relaciones interpersonales a los extremos, es decir se rigen por pensamientos dicotómicos (del “todo o nada”), por lo cual esperan ser correspondidos del mismo modo.

Caballo (2004) indica aspectos característicos en tres áreas de la persona con TLP: el área cognitiva, el aspecto emocional y el área conductual. Con respecto a la primera, el autor marca que estas personas suelen sufrir episodios micropsicóticos ante situaciones estresantes, como por ejemplo: la predicción del abandono por parte de personas significativas o burlas dirigidas a su comportamiento. Igualmente, tienden a realizar fuertes autocríticas y autorreproches, los cuales son causantes de su visión como personas despreciables y valedoras del abandono; los individuos con TLP tienen el autoconcepto de personas inestables, desvalidos y dependientes;

por otro lado ven a los demás como personas fuertes, protectores y crueles o débiles y compasivos, dependiendo de cómo se comporten con ellos. En ese sentido, carecen de estabilidad en cuanto a su identidad, tienden a preocuparse excesivamente por el desprecio de los demás y no tienen claridad en sus objetivos a largo plazo.

Asimismo, se caracterizan por mantener un *locus* de control externo, es decir, responsabilizan a los demás por las consecuencias en general; tienen baja tolerancia a la frustración y a la soledad; y mantienen pensamientos rígidos e inflexibles, incluso hacia ellos mismos. Es así como, el individuo padeciente de este trastorno presenta una serie de pensamientos automáticos disfuncionales, reflejando una serie de distorsiones cognitivas marcadas por Beck y Freeman en 1990 (Caballo, 2004); dentro de ellas se encuentran marcados *pensamientos dicotómicos*, es decir, tienen la percepción de “todo o nada”, “bueno o malo”, afectando generalmente sus relaciones interpersonales. De igual manera, mantienen distorsiones de *catastrofismo*, con una visión exagerada de la situación real, *condena*, culpando a los demás o a sí mismo de algún acontecimiento y *adivinación del pensamiento*, interpretando, normalmente de manera inadecuada, las ideas, creencias y pensamientos de los otros.

Por otro lado, se encuentran los aspectos emocionales, dentro de los cuales se remarca la labilidad emocional presente en estas personas, la cual hace que experimenten estados de ánimo impredecibles, dentro de los cuales pueden destacar: ira en situaciones de frustración, falta de control de impulsos, apatía, vergüenza, ansiedad, culpa, depresión, sentimiento de vacío, hostilidad y temor. Dichos aspectos generalmente causan inestabilidad en los patrones de vigilia-sueño, problemas psicosomáticos en situación de estrés, además de dificultades en contextos como escuela o trabajo.

Por último, dentro de los aspectos conductuales, un individuo que padece TLP, suele presentar niveles elevados de inconsistencia e irregularidad con patrones de apariencia cambiantes y comportamientos agresivos; de esta manera, generalmente suelen encontrarse en situaciones de peleas y conflictos. Así mismo, suelen tener dependencia excesiva hacia los demás, pero con poca adaptación social, es así

que, en su mayoría, las relaciones interpersonales tienden a ser intensas y caóticas, intentando manipular a sus parejas.

Otra característica conductual importante radica en la impulsividad, lo cual puede llevar al individuo a presentar autolesiones o ideación y planeación suicida. Cervera, Haro y Martínez-Raga (2005), concuerdan y hacen hincapié en dos aspectos conductuales centrales que se presentan en los individuos con TLP: la impulsividad y la agresividad; mencionando que estas personas tienden a ser impulsivos y violentos en sus acciones sin tener en cuenta las consecuencias de su comportamiento, son guiados por consecuencias de placer, gratificación y excitación, lo cual puede explicar su tendencia a la promiscuidad sexual, el elevado consumo de drogas y las lesiones autoinflingidas.

2.3 Etiología del Trastorno Límite de Personalidad

Como ya se ha descrito en anteriores subtemas, los primeros intentos de explicar el Trastorno Límite de Personalidad se realizaron a partir de la perspectiva psicoanalítica. Durante los últimos años, se han realizado diversos estudios para lograr definir las causas para que una persona sea diagnosticada con TLP; para ello, Escribano (2006) concuerda con Caballo y Camacho (2000) en que a pesar que el estudio de dichas causas se encuentra en una etapa temprana, se han podido establecer algunos factores de riesgo o vulnerabilidad en el desarrollo de dicho trastorno.

Es así como los factores etiológicos se han podido sintetizar en dos grupos según Escribano (2006):

El primero de ellos incluye aspectos psicosociales, como lo son la posible separación parental, la implicación parental alterada y el abuso físico, psicológico o sexual en la etapa infantil. En este punto, Caballo y Camacho (2000) mencionan que entre un 37% y un 64% de personas que presentan el trastorno en cuestión informan haber vivido separaciones o pérdidas importantes durante la infancia. Los mismos autores, comentan que las personas con TLP normalmente perciben la relación con sus padres como altamente conflictiva, en ocasiones distante o sin ningún compromiso ni afectividad, concordando así con Escribano (2006).

En segundo lugar, Caballo y Camacho (2000) toman en cuenta factores de naturaleza biológica-genética de los cuales destacan: la historia familiar de trastornos psiquiátricos y disfunciones neurobiológicas. Para el primer factor, se señala que el presente trastorno es significativamente común entre los familiares de personas límite. Por otro lado, autores como *Andruloniset al* (1981, en Caballo y Camacho, 2000) propusieron que algunas personas diagnosticadas con TLP respondían a un tipo de disfunción orgánica; así datos han arrojado que al menos un 14% de pacientes con TLP habían sufrido de traumatismo craneal, encefalitis o epilepsia y que un 26% se presentaban con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o dificultad en el aprendizaje.

Aunque es claro que cada vez son más numerosos los estudios que intentan explicar alguna asociación entre el TLP y anomalías neurológicas, se ha comprobado que el TLP es en sí mismo un constructo complicado de estudiar como fenotipo biológico (Escribano, 2006).

A partir de la información anterior, es evidente que existen criterios para manifestar que dentro de la etiología del TLP se pueden reconocer factores de orden genético, neurobiológico y contextuales (del comportamiento y de origen evolutivo); no obstante, hasta la actualidad no existe un acuerdo objetivo para marcar un predominio de uno sobre otro. Por lo que se sugiere que se tomen a consideración aproximaciones multifactoriales dada la complejidad de dicho trastorno.

2.4 Comorbilidad del Trastorno Límite de Personalidad.

Se entiende por comorbilidad a la presencia de síntomas o trastornos en una persona, asociados a un trastorno primario, es decir presenta características que se asocian a un tipo de trastorno pero no las exenta de tener presencia de otros, en la mayoría de los casos no es un fenómeno aislado.

Las características más predominantes en las personas con TLP son las conductas autolesivas, las cuales en marcadas ocasiones llevan a actos de suicidio; siendo diversos los desencadenantes de estos actos, puede que se deba a acontecimientos frustrantes externos o internos, ambos constituidos por emociones muy fuertes para ellos.

Para el año 2005 se marca una prevalencia del 55% en las personas que presentan dicho trastorno con actos suicidas, y un 57% con comportamientos autolíticos, los cuales pueden significar la expresión de ira, liberación de ciertas emociones o el intento por controlar su impulsividad. Se ha observado que este tipo de conductas también mantiene una significativa comorbilidad cuando una persona con TLP presenta rasgos depresivos, destacando la desesperanza y la agresión impulsiva como factores que aumentan el riesgo del suicidio (Cervera, Haro y Martínez-Raga, 2005).

Espinosa, Blum y Romero (2009) mencionan que el intento de suicidio en personas diagnosticadas con TLP es una de las causas con más probabilidad por la que estas puedan ser internadas, dichos riesgos suicidas se presentan con alta frecuencia durante el padecimiento. En ese sentido, los autores realizaron un estudio en México, en el cual se evaluó por medio de instrumentos a 15 sujetos, utilizando la Escala de Ideación Suicida, la Escala de Desesperanza, Cuestionario de Síndrome Depresivo, entre otros, además se realizó una entrevista semiestructurada. Para el presente, se incluyeron factores personales como: el uso de drogas y la separación de pareja o muerte de alguien cercano, con el fin de observar si estos podrían incrementar la probabilidad de recurrir al suicidio, lo cual no fue del todo significativo. La ideación suicida fue más significativa en el género femenino y las formas de realizar dicho acto sería por medio de pastillas o cortaduras en las muñecas que no atenten contra su apariencia física.

Por otro lado, Espinosa, Blum y Romero (2009), realizaron un estudio con personas diagnosticadas con TLP con el fin de evaluar el riesgo y la letalidad suicida en 15 pacientes, encontrando que el total de intentos suicidas de la muestra fue de 128 veces con una media de 24.1, el dato aportó que en edades de 18 a 25 años el promedio de intentos suicidas fue de 72 veces, siendo este el dato más significativo, ajustándose a causas como problemas familiares y problemas amorosos.

Cervera, Haro y Martínez-Raga (2005) también mencionan que las conductas autodestructivas son muy frecuentes, pueden llegar a cometer suicidio con una frecuencia similar a individuos que se encuentran con depresión mayor. Las personas con TLP tienen un alto riesgo de conducta suicida y conductas autolíticas

no suicidas. Los desencadenantes pueden ser acontecimientos externos frustrantes, así como emociones demasiado fuertes para estos individuos.

Cabe destacar la desesperanza y la agresión impulsiva como factores que aumentan el riesgo de conductas suicidas en pacientes con TLP y depresión mayor. Otro riesgo a considerar es el abuso sexual y físico que sufrió la persona haciéndola hasta 10 veces más propensa al suicidio que un TLP sin esta característica (Soloff, Lynch, y Kelly, 2002 en Cervera, Haro y Martínez-Raga, 2005). De hecho, la desesperanza; incertidumbre o actitud negativa al futuro, se ha considerado un buen predictor para la conducta suicida, como síntoma se asocia más a la tentativa en sí, que la depresión (Espinosa, Blum y Romero, 2009).

Cabe señalar que para diagnosticar un trastorno de la personalidad, los síntomas deben representar características y funcionamiento social *estables*, no es apropiado hablar de un trastorno si la alteración del funcionamiento es episódica.

Relacionado a la idea anterior, Marmar (1993, en Goldman, 1996) menciona que al momento de diagnosticar un trastorno de personalidad tienden a relacionarse otros síntomas y puede llevar a una valoración del caso incorrecta. Por ejemplo, la ansiedad y depresión son síntomas comunes en los trastornos de personalidad pero de la misma forma tienden a aparecer en trastornos neuróticos. Sin embargo, la diferencia en ambos casos, como ya se mencionó, es que en el TLP el individuo toma sus características como parte de sí mismo, el autor maneja el término *egosintónico*: sus cogniciones y conductas son dirigidas hacia el contexto pero al ser egosintónicos suelen manipular para obtener satisfacción de lo que hace antes que una decepción. En el caso del neurótico se habla de un egodistónico, no reconoce los síntomas como parte de su personalidad.

En el caso de un TP y un trastorno psicótico, la diferencia principal es que el primer caso no presenta delirios o alucinaciones, aunque hay casos debido a la gravedad que no están exentos de crisis micropsicóticas, como es el caso del TLP. No obstante, estas crisis suelen ser breves, se relacionan con una situación determinada y tienden desaparecer solas, no requieren medicación, ni hospitalización.

En la diferenciación de un trastorno orgánico a uno de personalidad, radica en que en el segundo caso, la mayoría cuenta con un sensorio claro y un funcionamiento “normal”, sin embargo no se descarta que puedan desarrollar un trastorno orgánico debido a la ingesta excesiva de alcohol u otras sustancias.

Como se puede apreciar, la comorbilidad es casi imprescindible en el TLP, el más común es la depresión o trastornos de ansiedad, esta comorbilidad por sus diferentes características incrementa el número de intentos de suicidios y aunado a ello las características del TLP como desesperanza o impulsividad, incrementan el riesgo.

La evaluación no sólo de la ideación, sino además del intento suicida en el TLP, (Espinosa, Blum y Romero, 2009) resulta una condición necesaria para diseñar mejores condiciones estratégicas terapéuticas, ya que permite conocer el grado de letalidad y su oportuno tratamiento.

A lo largo del presente capítulo, se ha mencionado cómo el Trastorno Límite de Personalidad ha tenido gran relevancia en estudios sobre trastornos mentales, más específicamente en los Trastornos de Personalidad. Se abordó su origen en la psiquiatría y el psicoanálisis, así como las características que se han podido comprobar en uno de los manuales más sobresalientes de clasificación de trastornos mentales. Por otro lado, se ha hecho hincapié en identificar la comorbilidad que presenta dicho trastorno con comportamientos autolíticos que pueden llevar a la culminación de la vida de personas que lo presentan; por lo cual cabe destacar la importancia que tiene llevar a cabo una adecuada evaluación e intervención multidisciplinaria, temática que será abordada en un próximo apartado del presente proyecto.

3. SOBRE EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

3.1 Historia de la psicología clínica

Actualmente, dentro del conocimiento popular o bien, dentro del sentido común, la psicología se delimita a un consultorio, un diván y a una persona que se sienta a escuchar el malestar del otro. Sin embargo, esta ciencia tiene un amplio bagaje de aplicación, por ejemplo el área laboral, el área social, dentro de la educación, en el ámbito forense y como bien se sabe, dentro del área clínica.

Phares y Trull (1999) mencionan que podría resultar engañoso ubicar un primer momento de la psicología clínica así como su precursor, incluso podrían ubicar a la psicología clínica o al menos su aplicación en la antigua Grecia con Tales, Hipócrates o Aristóteles los cuales ya especulaban acerca de la naturaleza del pensamiento, la sensación y la patología.

Posteriormente, antes del año 1890, se encuentra muy poca evidencia respecto a la psicología clínica, sin embargo está bastante relacionada con lo que en ese tiempo llamaban psicología médica. Por ende, podría establecerse arbitrariamente que sus raíces se encuentran a finales del siglo XIX, debido a que hubo gente interesada en modificar el trato y los contextos en los que se trataban a los enfermos mentales, debido a que los métodos llegaban a ser inhumanos y no sólo eso, sino las condiciones de vida que se les proporcionaba a las personas que sometían en los psiquiátricos.

Aunado a lo anterior, se pueden mencionar algunos nombres: Philippe Pinel, médico francés que propició un cambio en el hospital psiquiátrico Bicêtre, al proponer cambios en el trato a los pacientes y las condiciones del lugar obtuvo resultados diferentes, su trabajo es considerado un pilar importante en el desarrollo de la psiquiatría, el enfoque mental y la psicología clínica. Otros nombres importantes son William Tuke y Eli Todd los cuales propusieron y construyeron cambios bajo la misma directriz que Pinel, por ende se les considera parte importante de la historia de la psicología clínica, porque al modificar tratamientos, se vieron involucrados en proponer tratamientos que respetara la moral del paciente y fueran más

humanitarios (Phares y Trull, 1999). Como puede notarse el desarrollo de la psicología clínica estuvo en función de varios personajes pero principalmente por las demandas de la población y la necesidad de los profesionistas para responder ante estas.

3.2 Medición de rasgos psicológicos

Conforme los avances y el interés en la psicología clínica iba en aumento, el querer conocer más acerca de aquello que los primeros filósofos de Grecia se preguntaban del humano, provocó que se desarrollaran una serie de pruebas que se enfocaron en la medición mental con precursores como Galton y Cattell. El punto llegó con Alfred Binet en 1904 cuando él en colaboración con Théodore Simon comienza a realizar una escala de medición que proporcionara datos respecto a la subnormalidad en los individuos y como resultado proponen la Escala Simon-Binet, la cual no sólo logra una amplia aplicación en diferentes lugares del mundo sino que es precursora a que se desarrolle más investigación y creación respecto a la medición de atributos como la inteligencia o la personalidad.

Dentro de las pruebas de personalidad se ubica como precursor a Carl Jung el cual comenzó a utilizar métodos de asociación de palabras dando origen a pruebas como la de Kent- Rosanoff de Asociación Libre siendo de vital importancia para los avances en la evaluación diagnóstica.

Con base a las primeras pruebas de inteligencia y personalidad se fueron desarrollando más instrumentos debido a la demanda que comenzaban a tener, principalmente en las guerras; debido a que se pretendía tener el mejor armamento humano para las batallas, sin embargo más allá de este ámbito o del educativo, el psicólogo logra entrar a clínicas psiquiátricas e instituciones penales con el fin de aclarar las capacidades de los pacientes y dado que algunas capacidades rebasaban más allá del conocimiento del CI, se buscaron nuevas formas de evaluación y se obtiene en 1943 el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota (MMPI por sus siglas en inglés: Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (Hathaway, 1943, en Phares y Trull, 1999).

3.3 La psicología conductual

Como se pudo observar, el siglo XX es el momento de grandes aportaciones a la psicología, especialmente en el inicio y desarrollo de la psicología experimental. A finales del siglo XIX el fisiólogo ruso IvanPavlov realizaba una serie de investigaciones con respecto al aparato digestivo por medio de experimentación con perros determinando de forma cuantitativa la secreción de saliva exacta, sin embargo una de las partes esenciales de su estudio fue cuando se percató que no había secreción sólo con el alimento en la boca sino, ante la presencia del alimento e incluso ante el investigador que los alimentaba, con base a lo anterior se indaga en el estudio del reflejo condicionado e incondicionado, generando lo que la terminología actual llama condicionamiento clásico, el cual tuvo gran influencia dentro de la psicología experimental de Estados Unidos.

Sin embargo, no debe dejarse todo el mérito a IvanPavlov, uno de sus contemporáneos Eduard L. Thorndike; considerado uno de los grandes precursores dentro de las teorías del aprendizaje, antes de 1900 ya había publicado estudios de aprendizaje animal. Thorndike hacía uso de una jaula para gatos la cual tenía una forma de abrirla dentro de la misma, de esta forma el animal ante algún movimiento accionaría el mecanismo y se liberaría, por lo tanto estando en la misma situación, realizaría los mismos patrones. Kriz (2001) menciona que uno de los méritos de Thorndike, a juicio de los conductistas, consistió en haber estudiado experimentalmente las conductas observables, renunciando en lo posible a la aplicación de conceptos referidos a la vivencia psicológica.

Retomando a los conductistas, llamados así por la perspectiva que desarrollaron, son un importante impulso dentro de la teoría del aprendizaje pero además una de las teorías más importantes que hay en la psicología. El protagonista de dicha perspectiva fue John B. Watson, el cual trató de impulsar una psicología que se ajustara a los principios de las ciencias naturales, además él y otros colaboradores se encargaron de continuar con el estudio estímulo-reacción, introduciendo refuerzos y considerando que toda conducta humana era adquirida. Es aquí donde se aprecia el contraste entre la psicología que se producía en Estados Unidos, influenciada por la formación experimental que tenían y la psicología producida en Alemania, guiada por el psicoanálisis y base de muchos psiquiatras.

Kriz (2001) menciona que el conductismo no es en realidad una teoría que sostenga determinados contenidos sino una postura en teoría de la ciencia y metodología de la investigación. Retomando la mención del autor los elementos del conductismo, no solo dieron frutos en la investigación, aún a pesar de la afirmación el autor acepta que este es un fundamento básico sobre todo en trabajos de teoría del aprendizaje.

Con las aportaciones de la ciencia básica y aplicada comenzaron a hacerse las primeras aplicaciones basadas en los conocimientos de la teoría del aprendizaje en perturbaciones, por ejemplo en fobias, aquí sobresale el caso del pequeño Albert, caso en el que Watson pretendía condicionar la reacción de miedo, el bebé de once meses no había mostrado miedo a objetos peludos, primero se realizó con una rata blanca apareando ese estímulo con un ruido provocado con un martillo golpeando en una plancha de metal pero posteriormente lo generalizó (transferencia le llamó Watson) a los estímulos parecidos, su propósito era revertir (contracondicionamiento) estos efectos sin embargo se llevaron al niño antes de lograrlo. Watson y su esposa realizaron más estudios al respecto sobre todo en niños negros.

La investigación generada en ese tiempo fue viento en popa, sin embargo, diversos factores como la crisis de 1929 hicieron que el verdadero auge del conductismo no fuera, sino hasta mediados del siglo XX.

Otro autor que se rescata en la psicología conductual sin duda es Burrhus F. Skinner, que direccionó de la misma forma su estudio al aprendizaje generando el condicionamiento operante, Kriz (2001) lo explica de la siguiente manera: como reacción-efecto sobreviene cuando determinada (re)acción, en determinada situación, recibe un premio <<adecuado a la pulsión>>: así aumenta la probabilidad de que esta reacción se produzca en una situación semejante, o sea que la reacción es reforzada o se convierte en una reacción instrumental. Los aportes de Skinner demostraron la plasmación, aproximación y adquisición de conductas, dando pie a la descomposición de las mismas y siendo una importante herramienta dentro de la terapia de la conducta.

La terapia de la conducta surge como una forma de tratamiento después de la segunda guerra mundial debido a los estragos que esta había dejado en los

habitantes, aunque el psicoanálisis tenía bastante peso en ese tiempo, la duración del tratamiento y la falta de terapeutas no lograban cubrir las necesidades, conduciendo al progreso de esta terapia.

Con base a los datos históricos anteriores, se puede ver la influencia de las teorías del aprendizaje sobre las técnicas utilizadas dentro de la terapia, por un lado la eliminación de angustias con el condicionamiento clásico y por otro la adquisición y modificación de habilidades con el condicionamiento operante. Son diversas las técnicas en cuestión, entre las más importantes está el contracondicionamiento, la desensibilización sistemática, el reforzamiento positivo y negativo así como sus diversos programas y variantes como manejo de fichas, autocontrol, auto-refuerzo, control de estímulos y contratos terapéuticos; algunas de estas serán mencionadas en el capítulo 4.

3.4 La psicología cognitivo-conductual

Una de las principales críticas que le hacían al conductismo era la forma en que apartaban los procesos internos, no es que la perspectiva los negara, pero su objeto de estudio como se vio, se basaba únicamente en el estudio de lo medible y observable, la conducta en sí. Para los años 60's y 70's comienzan a abordarse las primeras terapias conductuales con orientación cognitiva.

Algunos autores como Kazdin (2001) y Weiner (1992) enfatizan que el principal antecedente de las terapias Cognitivo Conductuales parten de la decadencia del Conductismo y del reconocimiento de variables cognitivas en la explicación de la conducta (Olvera y Soria, en Bravo, 2013).

Entre otros antecedentes se encuentran el trabajo de Watson, investigaciones de Hull y Tolman que postulaban que entre los estímulos y las respuestas existían variables intermedias relacionadas con el mundo. Surge el interés por estudios sobre el pensamiento, percepción y mediación. Así en la década de los sesentas del siglo XX surge en el ámbito de la Psicología Básica y Experimenta conceptos que se salían del marco teórico del Conductismo.

Phares y Trull (1999) mencionan que en el campo de la teoría cognoscitiva-conductual, aplicar una perspectiva cognoscitiva a los problemas clínicos dirige la

atención hacia el papel del pensamiento en la etiología y conservación de los problemas. Por ende, la fuente de cambio que busca esta terapia va enfocada a modificar los patrones de pensamiento, que como resultado proporcionan efectos en las conductas o quejas del usuario.

Kendall y Norton-Ford (1988) citando a Beck (1970) comentan que la terapia cognoscitiva-conductual es diferente de los métodos más tradicionales que también son un tanto “cognoscitivos” (por ejemplo, el psicoanálisis), porque hay más estructura, más concentración en los síntomas evidentes, se presta poca atención a las experiencias que tuvo el cliente en su infancia y hay menos preocupación por ahondar en los orígenes del problema.

Por otra parte, los autores anteriores, citan a Mahoney (1977) para describir de forma general las bases de la terapia cognitivo-conductual: 1) el organismo humano responde a las representaciones cognitivas del medio, no al medio propiamente dicho, 2) esas representaciones cognitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje, 3) la mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente y 4) los pensamientos, los sentimientos y las conductas son causalmente interactivos. Aunque hay una fuerte influencia en lo cognitivo, muchas de sus técnicas siguen procedimientos conductuales, lo que en la actualidad hace que se le llame cognitivo-conductual.

Kriz (2001) afirma que los abordajes principales de esta terapia se encuentran el aprendizaje de modelos de Bandura (considera que se puede aprender por medio de la observación y la imitación); el condicionamiento latente de Homme y Cautela, así como otras formas centradas en la capacidad de dominar situaciones problemáticas.

A partir de lo mencionado anteriormente, y coincidiendo con lo que refieren Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), es posible brindar las siguientes características de la *Terapia Cognitivo Conductual (TCC)*:

1. Las técnicas y procedimientos utilizados en esta intervención pretenden tener una base empírica, puesto que, como ya se ha mencionado se han visto influenciadas por la psicología del aprendizaje.

2. El objeto en el que se enfoca dicha teoría es la conducta humana y sus procesos representados en distintos niveles: cognitivo, fisiológico, conductual y emocional; éste es considerado como factor de medición y evaluación.
3. Se considera a la TCC como una intervención eficiente, puesto que toma en cuenta factores de la historia del individuo, biológicos y sociales; basándose en el paradigma *E-O-R-C*, siglas que refieren a *Estímulos antecedentes, Organismo, Respuestas y Consecuencias*, respectivamente.
4. El objetivo principal de dicha intervención psicológica es el cambio conductual, cognitivo y emocional, brindando a la persona herramientas cognitivas y comportamentales que le resulten más funcionales en diversos contextos de su vida.
5. Un punto importante dentro de la TCC, es que ésta toma determinantes actuales del comportamiento para su intervención, sin embargo, no deja atrás factores históricos para generar un análisis y una explicación de conductas actuales.
6. Asimismo, desde la perspectiva metodológica, el presente enfoque tiene como base un procedimiento experimental, el cual se aplica a lo largo de todo el proceso clínico a partir de: la evaluación, el análisis funcional, la formulación clínica, el diseño de intervención y la valoración de resultados.

Algunas de las técnicas usadas en la terapia cognitivo conductual son la Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC), Terapia Cognitiva de Beck, entrenamiento en habilidades sociales, terapia en solución de problemas y detención de pensamiento (algunas de estas serán descritas en el próximo capítulo). Kriz (2001) menciona que en las terapias directas de solución de problemas, dominio cognitivo y estrategias conductuales se promueven al mismo tiempo y en igual medida. En los abordajes de reestructuración cognitiva, interesa sobre todo el cambio de las pautas internas de evaluación, procesamiento y argumentación, que sustentan la conducta.

Con base en lo descrito anteriormente, se puede considerar la terapia cognitivo-conductual como una de las más importantes en la actualidad por la eficiencia que ha mostrado en diversos casos, como próximo punto se relacionará dicho enfoque con el tema de investigación en cuestión.

4. INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

4.1 Evaluación de los Trastornos de la Personalidad

Los Trastornos de la Personalidad son caracterizados por mantener una gran influencia en el funcionamiento de las personas que los padecen, afectando así sus procesos adaptativos, su medio ambiente, su entorno inmediato y su capacidad de autorregulación, además de interferir con sus diversos contextos y terceras personas; es por ello que la evaluación de éstos y el tratamiento desde la psicoterapia son de suma importancia.

Esbec y Echeburúa (2014) concuerdan en que hay un desinterés grave en cuanto a la evaluación formal de los Trastornos de la Personalidad, teniendo como justificación que éstos tienden a ser permanentes y la mayoría de las veces se resisten a los tratamientos. No obstante, indagar en el perfil de personalidad y los rasgos patológicos de un individuo aporta una base sólida para la planeación y construcción de una intervención adecuada. Por otro lado, esta acción también apoyará a la predicción de otros problemas mentales, además del Trastorno de la Personalidad (TP) mismo.

Una problemática que se ha presentado a lo largo del tiempo es que ha sido difícil establecer un instrumento completamente fiable para el diagnóstico de los TP; es por ello que se ha acudido a los test de personalidad, aunados a entrevistas estructuradas o semi-estructuradas a fin de mejorar la validez diagnóstica.

Del mismo modo, los profesionales de la salud mental se han basado en los criterios de sistemas de clasificación diagnóstica de Trastornos Mentales, tales como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (por sus siglas en inglés *DSM*) actualmente en su quinta edición por la Asociación Americana de Psiquiatría o la *Clasificación Internacional de Enfermedades* en su 10ª edición (*CIE-10*), los cuales se caracterizan por describir síntomas, signos y otros criterios importantes de los diferentes Trastornos Mentales.

Dentro de los instrumentos estandarizados más relevantes y mencionados por Esbec y Echeburúa (2014) para la evaluación de la personalidad se encuentran:

El *International Personality Disorder Examination (IPDE)*, un cuestionario del cual su versión española fue elaborada por López-Ibor, Pérez-Urdáiz y Rubio en 1996. Este instrumento, consta de una serie de preguntas de detección, 77 ítems para la versión correspondiente al DSM-V o 59 para la versión de la CIE-10. La forma de respuesta es *Verdadero* o *Falso* y su aplicación consta de 15 minutos aproximadamente. Además contiene una entrevista semiestructurada compatible para los criterios de la CIE-10 o el DSM-V.

De igual manera, se señala el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI)*, diseñado por Millon, Millon, Davis y Grossman en el 2006 y traducido a su versión española por Cardenal y Sánchez un año después. Consta de 175 ítems de respuesta dicotómica (Verdadero o Falso), 4 índices que permiten evaluar la validez del protocolo (sinceridad, validez, deseabilidad social y devaluación) y 24 escalas organizadas en función de la severidad; dichas escalas incluyen 11 patrones clínicos de personalidad de severidad moderada (esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, sádico, compulsivo, negativista y masoquista), 3 patrones de personalidad grave (esquizotípico, límite y paranoide), 7 síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, trastorno somatoforme, trastorno bipolar, distimia, abuso de alcohol, abuso de drogas y trastorno de estrés postraumático) y 3 síndromes clínicos severos (trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante).

De acuerdo con Rogers *et al* (1999, en Esbec y Echeburúa, 2014) este inventario tiene propiedades psicométricas adecuadas, sin embargo, las escalas carecen de validez para realizar un diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad.

Por otro lado, el test *16 Personality Factors (16 PF)* en su quinta edición y creado por R. B. Catell en 1980, está encargado de medir dieciséis factores primarios de personalidad (afabilidad, razonamiento, estabilidad, dominancia, animación, atención a las normas, atrevimiento, sensibilidad, vigilancia, abstracción, privacidad, aprehensión, apertura al cambio, autosuficiencia, perfeccionismo y tensión). Consta de 185 reactivos con tres alternativas de respuesta.

El presente cuestionario se ha utilizado en diferentes situaciones de evaluación de la personalidad, ya sea en el área clínica u organizacional; destacando en la primera de ellas por la individualización de determinados componentes que se adecuan a las características de los Trastornos de la Personalidad. Cabe mencionar que debido a la clasificación de sus rasgos, dimensiones globales y estilos de respuesta, el *16 PF* permite interpretar combinaciones específicas de escalas como: la tendencia al suicidio, tendencias paranoides, sociopatía, entre otras.

A su vez, se encuentra el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)*, realizado por Ben-Porath y Tellegen (2008) y adaptado a su versión española por Santamaría en el 2009; consta de 338 ítems con 50 escalas organizadas conceptual y jerárquicamente, las cuales están vinculadas a modelos actuales de personalidad y psicopatología. Cuenta con 8 escalas de validez, 3 dimensiones globales, 9 escalas clínicas reestructuradas, 23 escalas de problemas específicos, 5 escalas somáticas/cognitivas, 9 de internalización, 4 escalas de externalización, 5 interpersonales, 2 de intereses y 5 de personalidad psicopatológica.

Las puntuaciones del MMPI-2 convergen con el sistema de evaluación de la personalidad que se incluye en el DSM-V; por lo que es el instrumento más utilizado por los psicólogos clínicos y neuropsicólogos, haciéndolo un inventario claramente útil en la evaluación psicológica de los Trastornos de la Personalidad.

Si bien, dichos instrumentos estandarizados son a los que más se recurren en el área clínica y de investigación (Esbec y Robles, 2013; en Esbec y Echeburúa, 2014), también tienden a ser vulnerables a la manipulación de esta población debido al carácter egosintónico que presentan; por lo que es imprescindible recurrir a las entrevistas clínicas, especialmente cuando se cuenta con información colateral (historia del paciente), a fin de contrastar el reporte con los resultados obtenidos en los instrumentos.

4.2 Tratamiento multidisciplinar para el Trastorno Límite de Personalidad

La intervención psicoterapéutica del Trastorno Límite de Personalidad resulta compleja debido a las características del mismo, es por ello que resulta fundamental brindar un tratamiento multidisciplinario, en el cual se tomen en cuenta los factores *temperamento y carácter*. García (2007) comenta al respecto que para dichos factores se sugiere un tratamiento biológico a partir de psicofármacos, aunado al psicoterapéutico, interviniendo en factores cognitivo-contextuales.

Generalmente, este trastorno se aborda de manera multidisciplinar, aunque si la sintomatología es poco intensa es recomendable un tratamiento ambulatorio centrado en la psicoterapia individual, precisando o no alguna intervención psicofarmacológica; de otro modo que si los síntomas del individuo son mayores, se considera necesario un tratamiento psicoterapéutico acompañado de psicofármacos específicos con el fin de disminuir la impulsividad e inestabilidad.

La *American Psychiatric Association* (Mazaira y Wikinski, 2013) propone abordar el tratamiento farmacológico a partir de un esquema de tres dimensiones sintomáticas: afectivas (labilidad emocional, sensibilidad al rechazo, ira inapropiada, explosiones temperamentales); impulsividad (descontrol de conductas) y cognitivas.

Wikinski (2013) retoma a Klein (1977), quien reporta que las medidas terapéuticas farmacológicas utilizadas suelen ser:

- Inhibidores de recaptación de serotonina, utilizada para la regulación del estado de ánimo y control de impulsos. Se mencionan algunos como: la *Fluoxetina* (20 a 60 mg al día), *Citalopram* (20 a 40 mg al día) *Escitalopram* (20 mg al día) y *Sertralina* (50 a 200 mg al día).
- *Litio* y *Carbamazepina*, son utilizados en casos extremos donde hay poco control de impulsos.
- Inhibidores de la *monoaminoxidasa*, utilizada para la sensibilidad al rechazo, en algunos casos son acompañados con antidepresivos y ansiolíticos.
- En el caso de pacientes agresivos se administran antipsicóticos atípicos y anticonvulsivantes los cuales actúan como estabilizantes del humor. Para lo

cual, Wikinski (2013) complementa el uso de antipsicóticos, ya sea típicos o atípicos, para estabilizar los síntomas cognitivos y perceptuales; así, para el humor depresivo, la impulsividad y la hostilidad se recomienda *Haloperidol* de 1 a 2 mg con un tratamiento no mayor a 12 semanas. Igualmente, se proponen: *Olanzapina*(5 a 10 mg), *Risperidona*(2 a 4 mg) y *Quetiapina* (600 a 800 mg), con el fin de tratar la ideación paranoide, la desorganización conceptual y los episodios de ira.

Una importante ventaja del tratamiento farmacológico para el TLP es la eficacia que tiene en los resultados con estas personas, ya que los fármacos logran una estabilidad en los episodios de ansiedad y/o depresión, a excepción de ciertos ansiolíticos como las benzodiazepinas, que tienden a promover abuso. Sin embargo, dado que los síntomas afectivos en personas diagnosticadas con este trastorno generalmente no tienen una duración acotada y suelen manifestarse a lo largo de su vida, no es posible precisar el momento adecuado para suspender la intervención farmacológica; la suspensión de los fármacos dependerá de la respuesta clínica y de la mejora en la calidad de vida del individuo, especialmente en el ámbito de las habilidades sociales.

Beck *et al.* (2005) y Caballo (2004) coinciden que, en general, los principales propósitos de la intervención multidisciplinaria para el TLP se enumeran de la siguiente manera:

1. Mejorar el control de las emociones.
2. Modificar las creencias y supuestos irracionales y reducir los pensamientos dicotómicos.
3. Mejorar las relaciones interpersonales.
4. Mantener la adherencia al tratamiento.
5. Disminuir los síntomas de ansiedad y depresión.
6. Mejorar el control de impulsividad del individuo.

7. Consolidar e incrementar las habilidades sociales que tiene la persona en diferentes contextos de su vida.
8. En caso de que se presenten, reducir las conductas autolesivas y/o intentos suicidas.
9. Establecer un claro sentido de la identidad.

Dado lo anterior y debido a la complejidad del trastorno, es claro que, independientemente de la intensidad de la sintomatología de las personas con TLP, se considera indispensable que se brinde una intervención completa a estos pacientes, que cuente con puntualizaciones fisiológicas, cognitivas y contextuales, llevadas a cabo por diferentes profesionales de la salud mental.

4.3 Intervención y técnicas Cognitivo-Conductuales para el Trastorno Límite de Personalidad

En la mayoría de las ocasiones, el tratamiento para el TLP suele representar un reto para los profesionales de la salud dada la complejidad del trastorno (dependiendo también de la variabilidad y sintomatología en cada individuo). No obstante, se puede observar que para realizar una ruta crítica completa y adecuada hacia un paciente con TLP, es necesario basarse en los cambios fisiológicos, cognitivos y contextuales de cada rubro. Por esta razón, es posible afirmar que -para los factores cognitivo-contextuales- los aportes de la psicoterapia Cognitivo-Conductual han tomado gran importancia en la intervención del presente trastorno.

En la línea de la Terapia Cognitivo-Conductual los principales objetivos a desarrollar en los pacientes con TLP destacan en la disminución de pensamientos dicotómicos y disfuncionales, la expresión de emociones negativas de forma moderada, el control de la impulsividad (incluyendo actos autolesivos y conductas suicidas) y la construcción de un sentido de identidad definido (Escribano, 2006).

Caballo (2004, en Escribano, 2006) ha planteado una propuesta de intervención a partir del modelo Cognitivo- Conductual, la cual se compone de cuatro fases:

1. Fase inicial: Hace referencia a las primeras sesiones de la terapia, donde se tiene como principales objetivos la identificación del paciente, el análisis del motivo de consulta, la determinación de la sintomatología más característica del individuo y la detección de posibles conductas autodestructivas e ideación suicida. Asimismo, el psicoterapeuta debe asegurarse de detectar las situaciones críticas o de riesgo de cada situación.
2. Fase de construcción de hipótesis y selección de objetivos: Consta de brindar psicoeducación específica del TLP y seleccionar y priorizar los objetivos y metas de la intervención.
3. Intervención propiamente dicha: En esta fase se pretende detectar y modificar los pensamientos automáticos, dicotómicos y disfuncionales, producir cambios en creencias irracionales , reinterpretar el esquema cognitivo del paciente, mejorar la capacidad para procesar la información, decrementar la intensidad y variabilidad de los estados emocionales, buscar estabilidad emocional, controlar la impulsividad y realizar los cambios contextuales necesarios en la vida cotidiana de la persona (trabajar en las relaciones interpersonales).
4. Fase de seguimiento: Esta fase tiende a cobrar gran importancia en los pacientes con TLP debido a la inestabilidad que suelen presentar, además de las muy probables y frecuentes recaídas que pueden ocurrir.

Siguiendo la línea de intervención del autor, en el presente capítulo se presentarán las técnicas cognitivo-conductuales más eficientes para los objetivos antes descritos, es decir se profundizará en la tercera fase de la propuesta de Caballo (2004, en Escribano, 2006).

Terapia Racional Emotivo-Conductual de Ellis (TREC)

Dentro de los objetivos cognitivos mencionados para el TLP, se encuentran la detección y modificación de pensamientos disfuncionales, para lo cual se ha propuesto la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis. Dicho planteamiento de intervención realizado por Albert Ellis, se basa en los fundamentos teóricos sobre las causas de los desórdenes psicológicos, Ellis afirma que gran parte del origen de dichos padecimientos son a partir de ideas irracionales del pensamiento. Una de sus suposiciones básicas parte de lo que el individuo se dice a sí mismo y cómo influye en la manera que se siente y comporta; emociones, cogniciones y conductas no se experimentan de forma aislada, sino que se encuentran interrelacionadas. En ese sentido, el individuo realiza una interpretación sobre los eventos de su vida cotidiana a partir de creencias y pensamientos que han formado anteriormente, lo cual lo llevan a actuar y reaccionar de diversas formas.

Por lo tanto, el objetivo de la presente terapia es identificar el origen filosófico de los problemas psicológicos del usuario, para posteriormente modificar sus evaluaciones irracionales y perturbadoras, cambiando las emociones y conductas generadas a partir de las mismas, además de generar pensamientos y creencias racionales que le permitan desarrollarse de manera funcional (Bravo, 2013). En este sentido, es posible afirmar que la presente propuesta será de utilidad para modificar las ideaciones suicidas de las personas con TLP, además de reestructurar los pensamientos dicotómicos que se le presentan.

De este modo, Ellis en 1984, propone el modelo ABC; el cual estipula que los acontecimientos activadores (*A*) por sí mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (*C*); sino que éstas dependerán de la manera de interpretar (*B*) dicho acontecimiento activador. En otras palabras, en la presente terapia se considera *A* al *acontecimiento activador*, es decir, a la situación en la que la persona se exponga, un suceso real y externo; *C*, refiere a la *respuesta cognitiva, emocional o conductual* que el individuo tiene a partir de *B*, el cual apunta al *sistema de creencias* que se tienen de la situación activadora.

La *TREC* se basa en la idea central de distinción entre *creencias racionales* y *creencias irracionales*, en cuanto a las primeras de ellas, Ellis, en 1994, las define

como cogniciones evaluativas de significado personal que son de carácter preferencial y se expresan en forma de *deseo, preferencia, gusto o agrado*. Por el contrario, los *pensamientos irracionales*, son cogniciones evaluativas de carácter absolutista y dogmático, expresándose a partir de exigencias rígidas y absolutistas (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012). Para ello, Ellis identifica once creencias que, a partir de su práctica, son las más relevantes y significativas del ser humano.

De acuerdo con Escribano (2006), uno de los puntos principales que retomar con los pacientes con TLP es que dichas distorsiones les provoca perseguir objetivos concretos y por ende, desarrollar y mantener sus prioridades estables; es por ello que se afirma importante reestructurar cada una de las ideas irracionales que se les presente.

Cabe retomar que debido a la impulsividad de los usuarios diagnosticados con TLP, estos tienden a mantener una inadecuada tolerancia a la frustración, además de presentar ideación suicida y otros pensamientos distorsionados; por ello, es necesario intervenir en su visión catastrófica de las situaciones y de lo que piensan de ellos y de terceras personas. En este sentido, la *TREC*, además de considerar las creencias irracionales propuestas por Albert Ellis, se ha enfocado en evaluar cuatro formas de pensamiento irracional que serán de gran importancia en la intervención de dicho trastorno. Estas se pueden describir como:

1. *Demandas*, las cuales refieren a las exigencias absolutistas expresadas como: *debo de..., tengo que... o debería....*
2. *Visión catastrófica*, manifestada en el discurso del individuo como: *es horrible..., será terrible....*
3. *Intolerancia a la frustración*, expresada con argumentos de: *no puedo soportarlo.*
4. *Evaluación y condena global*, que implica la valoración distorsionada de *sí mismo, de los demás y del futuro.*

Por otro lado, según Dryden, DiGiuseppe y Neenan (2003), en Ruíz, *et al.* (2012), para la estructura y proceso de la técnica para estos pacientes, es importante incluir los siguientes pasos:

1. Definir y acordar los objetivos concretos de la sesión.
2. Llevar a cabo el proceso de evaluación de los ABC del problema establecido. Identificando de primera instancia el *acontecimiento activador*, posteriormente las *consecuencias* que el usuario le atribuye al primero, y por último el *sistema de creencias* generado a partir de A.
3. Debatir entre terapeuta y usuario las creencias irracionales específicas, intentando de indagar en nuevas creencias, ésta vez racionales y funcionales para el individuo.
4. Elegir y definir tareas a realizar entre sesiones que le permitan al usuario identificar sus creencias irracionales.
5. Determinar una nueva filosofía que genere en la persona una mayor funcionalidad en sus diferentes contextos.

Siguiendo esta línea, Escribano (2006) comenta la importancia que tiene la confrontación del terapeuta con los pensamientos del paciente con TLP, utilizando evidencias contrarias extraídas de la vida cotidiana del usuario. No obstante, habrá que realizarlo con cautela dado a la impulsividad que caracteriza al trastorno. Es así como, Ruíz, *et al.* (2012), proponen la utilización de técnicas didácticas de persuasión, entre las que destacan las siguientes:

- **Análisis y evaluación lógica:** Implica en mostrar a la persona a utilizar los principios de la lógica para analizar y modificar las conclusiones de sus premisas, es decir cambiar sus creencias irracionales.
- **Reducción de lo absurdo:** Consiste en llevar al extremo la creencia expresada, para posteriormente el usuario analice lo absurdas que pueden resultar sus consecuencias y considere la posibilidad de reformularla.

- Análisis y evaluación empírica: Trata de aportar evidencia empírica que pruebe su pensamiento u opinión.
- Contradicción con el calor apreciado: Se resaltan creencias particulares del usuario que contradigan con otras que, igualmente son muy valoradas por él.
- Apelar a consecuencias negativas: Esta técnica se basa en mostrar a la persona las consecuencias negativas que tiene su forma de pensar.
- Apelar a consecuencias positivas: Consiste en enseñar al individuo a extraer las consecuencias positivas que puede traerle al adoptar otro sistema de creencias.

Se sugiere de forma importante que al trabajar con pacientes que presentan TLP se evite la velocidad excesiva durante el proceso de esta técnica, los progresos serán lentos y paulatinos; ésto a fin de no causar fracasos terapéuticos innecesarios.

Detención de pensamiento

Una marcada característica del Trastorno Límite de Personalidad es la impulsividad de sus actos, la cual en muchas ocasiones los lleva al descontrol total de situaciones, además de actos autolesivos y suicidas; por lo que se ha de tomar en cuenta el tratamiento de dicho síntoma a través de alguna técnica de autocontrol, a fin de que el paciente adquiera habilidades de afrontamiento más adaptativas y moderadas, en este caso se presenta la *detención de pensamiento*.

El procedimiento de *Detención de pensamiento*, mencionado por Wolpe (1969) para intervenciones de pensamientos obsesivos y fóbicos (Ruíz, *et al*, 2012), es un método que se ha empleado para la rumiación de cierto pensamientos que no son funcionales para el paciente, en este caso que presente TLP.

La técnica consiste en enganchar al usuario en una serie de situaciones similares a las que está viviendo y le provoquen tener los pensamientos disfuncionales a tratar, mientras él se encuentra con los ojos cerrados. Posteriormente, cuando se detecten dichos pensamientos el psicoterapeuta deberá realizar un ruido fuerte, a fin de

detener las ideas que el paciente esté generando. El procedimiento continúa hasta que la persona pueda realizarla en contextos reales.

Ruíz, Díaz y Villalobos (2012), afirma que se trata de un procedimiento elemental y es posible que dé culminación en una semana aproximadamente. Sin embargo, al hablar de un paciente diagnosticado con TLP la duración tenderá a alargarse dada la complejidad de los síntomas que presenta, más específicamente de la rumiación de pensamientos dicotómicos e irracionales.

En este punto y de acuerdo con Escribano (2006), es imprescindible que a la par de mejorar los estilos de afrontamiento del usuario con TLP a partir del autocontrol, se le detalle que el malestar que pueda sentir durante este proceso es transitorio, dado que estas personas tienden a expresar sus emociones de forma muy intensa.

Es importante mencionar que posterior a la aplicación del procedimiento antes descrito, es necesario que el usuario pueda identificar, enumerar y describir sus pensamientos disfuncionales, elaborar una lista de otros más agradables y funcionales, con el fin de repetir el ejercicio con estas variaciones.

Adquisición y mantenimiento de conductas (reforzamiento, modelado y ensayo conductual)

El propósito de estas técnicas reside en que el paciente conozca cómo se originan y pueden mantenerse sus conductas, ya sea a corto, mediano y largo plazo. En el caso del TLP, es necesario que el paciente logre primeramente una adecuada adherencia terapéutica, puesto es él el que deberá llevar control propio de su comportamiento, especialmente de las acciones autolesivas o suicidas que pueda manifestar. En este sentido es posible reforzar, modelar o extinguir ciertas conductas de interés.

Dentro de las técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de cualquier conducta, se encuentra el *reforzamiento*. El cual se define como el procedimiento por el cual existe un aumento en la probabilidad de ocurrencia de una conducta; éste se puede llevar a cabo a partir de dos formas:

- Reforzamiento positivo: Consiste en incrementar la probabilidad de ocurrencia de una conducta a través de la presentación de un estímulo gratificante como consecuencia. Existen tres tipos de reforzadores: primarios o incondicionados (asociados a necesidades básicas del ser humano), secundarios o condicionados (su valor reforzante es adquirido a partir de un proceso de aprendizaje) y sociales (muestras de atención, valoración, aprobación o reconocimiento social).
- Reforzamiento negativo: Refiere al aumento de la probabilidad de que ocurra un comportamiento específico al retirar un estímulo aversivo inmediatamente después de la aparición de la conducta.

Cabe mencionar que las personas diagnosticadas con TLP suelen adaptarse a que un tercero refuerce su comportamiento, por lo que se sugiere iniciar con un reforzamiento por parte del terapeuta, para posteriormente mostrarle la forma de realizarlo por sí mismo (autoreforzamiento).

Por otro lado, Escribano (2006), comenta la relevancia que tienen terceras personas en el mantenimiento de las conductas desadaptativas del trastorno, por lo que propone realizar un trabajo adicional con ellas, para explicar la manera de no reforzar comportamientos poco saludables del paciente.

Al trabajar las conductas desadaptativas, autolesivas y suicidas en pacientes con TLP, es necesario plantear nuevas conductas. No obstante, habrá que tener en cuenta intolerancia a la frustración de estos usuarios, por lo que será preciso que el terapeuta modele las conductas que requieran mayor dificultad para ellos.

El *modelado*, tiene sus bases en el aprendizaje observacional o vicario, propuesto en el año 1969 por Albert Bandura (Ruíz, *et al*, 2012); este considera el cambio de comportamiento de un individuo en función de la observación de las consecuencias de la conducta de otro.

El proceso del modelado requiere de la aplicación de tres fases secuenciales:

1. Exposición: Consiste en la realización de la conducta por el modelo, y la observación directa de la misma por el usuario.

2. Adquisición: En esta fase se pretenderá que el observador adquiera la conducta del modelo, para lo cual será necesario que el modelo se asegure que el observador mantenga la atención adecuada, retenga la conducta que se lleve a cabo, para que posteriormente pueda reproducirla.
3. Ejecución: Una vez adquirida la conducta, el observador deberá realizarla, sin embargo es importante tomar en cuenta las habilidades del mismo, por lo que es altamente probable que éste no la reproduzca como se mostró.

A la par del *modelado*, el terapeuta debe asegurarse que el usuario sea capaz de repetir lo que se le esté mostrando; para lo cual se sugiere realizar un *ensayo conductual*. Su objetivo es que el usuario practique la nueva conducta en un contexto controlado, donde pueda ser observado, además de recibir retroalimentación (una positiva y otra correctora) y reforzamiento. El ensayo del comportamiento a aprender puede realizarse, inicialmente, mediante *role-playing*, donde el terapeuta y el usuario ensayan una conducta en un contexto específico. La mayor ventaja del ensayo conductual es que facilita la adquisición y retención de las conductas que se entrenan, ya que durante ésta, la persona puede llevar a cabo el nuevo comportamiento en diversas ocasiones.

Al utilizar el *ensayo conductual* con usuarios con TLP, es de suma importancia que durante la sesión se trabaje con una sola conducta en una determinada situación y no llevar a cabo diversos problemas, incluso se sugiere que se trabaje una conducta por más de una sesión, reforzando cada vez que se presente un logro; habrá que tener en cuenta que estos pacientes suelen mostrarse muy sensibles a reforzadores a corto plazo. Asimismo, se deberá elegir una situación reciente o que tenga alta probabilidad de ocurrencia, igualmente se debe evitar que el ensayo tenga una duración máxima a tres minutos. Por último se sugiere cuidar el manejo de emociones del paciente con TLP, especialmente en este tipo de sesiones.

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Caballo (2004) comenta que los pacientes con el diagnóstico de TLP suelen presentar buenas habilidades sociales; no obstante el problema radica en que han

creado expectativas disfuncionales sobre la forma en que ellos y las demás personas deben comportarse en situaciones sociales específicas.

Como ya se ha indicado, las dificultades que existen en este trastorno se relacionan con patrones cognitivos dicotómicos y catastróficos, además de respuestas emocionales y conductuales incontrolables, las cuales llevan a rupturas prematuras en sus relaciones sociales. Siguiendo esta línea, los usuarios con TLP presentan alta dificultad en la solución de conflictos, hacen juicios prematuros y pasan de la evitación de problemas a la confrontación intensa con otras personas.

Debido a lo anterior, se presenta la propuesta de un *entrenamiento en habilidades sociales*, el cual está dirigido a ocuparse de las relaciones con los demás, equilibrar sus prioridades y demandas, adquirir claridad en cuanto a sus deseos y obligaciones y construir respeto a sí mismos y a otras personas. Es así como, con ayuda de la presente técnica el paciente con TLP adquirirá habilidades sociales básicas, como lo son: hacer peticiones, negar cuando es necesario, expresar opiniones, conseguir objetivos concretos, mantener relaciones con otra persona y mantener el respeto por sí mismos.

El entrenamiento de habilidades sociales se define como el conjunto de técnicas, que tienen como objetivo mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y habilidades de comunicación.

Esta técnica se basa en la teoría del aprendizaje social; Kelly (1988, en Ruíz, *et al*, 2012) señaló que una *habilidad social* es una conducta aprendida que es posible adquirir y mantener a partir de diferentes mecanismos, de los cuales puede destacar: reforzamiento directo de las habilidades, experiencias de aprendizaje vicario, retroalimentación interpersonal recibida (comunicada por otra persona) y/o desarrollo de expectativas cognitivas respecto a situaciones interpersonales.

En este sentido, las habilidades sociales consisten en todas aquellas competencias que pueden agruparse en diversas categorías y que, asimismo se encuentran relacionadas entre sí; de esta forma, las habilidades conductuales, marcadas por Caballo en 1977 (Ruíz, *et al*, 2012), refieren a toda conducta que implique cualquier interacción social en el contexto del individuo, entre ellas destacan:

- Habilidades no verbales (mirada, sonrisa, gestos, entre otras).
- Habilidades paralingüísticas (volúmen y tono de voz, tiempo de habla, perturbación del habla).
- Habilidades verbales (contenido general del discurso, como manifestaciones de aprecio, halagos, desacuerdos).

Es así como, el *entrenamiento en habilidades* se encuentra enfocado generalmente a personas con déficits en: iniciar y mantener conversaciones, hablar en público, expresiones de afecto, defensa de derechos propios, petición de favores, rechazo de peticiones, hacer y aceptar cumplidos, expresión de opiniones personales y afrontamiento de críticas.

Es indispensable que para el desarrollo en la enseñanza de estas conductas específicas el terapeuta se asegure que el usuario comprende los principios básicos de la conducta socialmente adecuada y que cada aproximación o intento hecho por la persona sea reforzado. Asimismo, para el seguimiento de la presente técnica, es fundamental que el usuario mantenga una auto-observación y con ella un auto-registro, esto permitirá reforzar la motivación para el cambio.

Cabe resaltar que para la enseñanza de las habilidades sociales habrá que basarse en la utilización de otras técnicas como el modelado, el reforzamiento y el ensayo conductual; además de mencionar la relevancia de una retroalimentación en cada sesión por parte del terapeuta.

Como se puede observar, los objetivos a cumplir de las técnicas con enfoque cognitivo conductual anteriormente descritas, concuerdan con las metas que se requieren alcanzar en los usuarios con *Trastorno Límite de la Personalidad*. Así, una intervención a partir de la presente perspectiva apoyará al usuario a controlar sus impulsos, así como los episodios de ansiedad e ira; aprenderá diferentes formas de regulación emocional y conductual; además de adquirir y reforzar sus habilidades sociales, logrando equilibrio y funcionalidad en los ámbitos personal, social y laboral.

5. DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA

La investigación tuvo como fin prevenir el suicidio en una persona con Trastorno Límite de Personalidad, identificando una de las primeras fases que el individuo presenta: ideación.

Objetivo general: Elaborar una ruta crítica para prevenir el suicidio de una persona diagnosticada con Trastorno Límite de Personalidad desde el enfoque cognitivo conductual.

Objetivos particulares:

- Disminuir la frecuencia de ideas suicidas.
- Modificar el esquema cognitivo disfuncional que se le presente.
- Desarrollar en el usuario habilidades sociales necesarias para su contexto específico.

Método

Participante: Mujer de 34 años diagnosticada con Trastorno Límite de Personalidad (TLP).

Criterios de inclusión: El participante deberá estar diagnosticado con TLP por un médico-psiquiatra, entrar en el rango de edad de 18 a 35 años y haber presentado al menos un intento suicida.

Criterios de exclusión: No tener un diagnóstico definido de TLP. En caso de que la persona lo presente, no haber tenido ninguna situación de ideación, planeación y/o intento de suicidio.

Escenario: Cubículo con medidas de cuatro metros por cuatro metros, aproximadamente. Dicho cubículo se encontrará dentro del Centro Comunitario de Salud Mental, Cuauhtémoc.

Instrumentos:

1. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota
(*Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI*)
2. Escala de Desesperanza Aprendida de Beck
3. Test de 16 Factores de Personalidad

Materiales:

- Dos libretas
- Dos bolígrafos
- Grabadora de voz: Celular marca Motorola, modelo: *Moto G segunda generación*.

Tipo de estudio y diseño: Se presenta un estudio explicativo, de corte mixto y con diseño pre-experimental (n=1).

O1 ----- X ----- O2

Procedimiento

1- Se pidió el apoyo de una institución psiquiátrica, donde se lleve a cabo tratamiento a personas con TLP

2- Se realizó una evaluación haciendo uso de una entrevista y del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI*) y la Escala de Desesperación Aprendida de Beck.

3- Se elaboró una ruta crítica haciendo uso de las técnicas cognitivo conductuales (Terapia Racional Emotiva de Ellis, modelado, ensayo conductual, auto-reforzamiento, autocontrol y entrenamiento en habilidades sociales y asertividad), las cuales se eligieron en función de la evaluación y entrevista, que constó de 22 sesiones.

4- Se realizó una post evaluación a fin de observar los resultados generados a partir de la manipulación de las variables independientes con la aplicación del Test: 16 factores de personalidad. Cabe mencionar que no se implementó el mismo instrumento de la pre-evaluación debido a que el tiempo de la aplicación era mínimo a un año, pudiendo provocar durante el estudio poca validez. Por lo cual, se tomó la decisión de aplicar un test que evaluara rasgos similares que el MMPI.

5- Se realizaron sesiones de seguimiento, al mes y a los tres meses posteriores al trabajo psicoterapéutico, con el fin de observar que los resultados obtenidos se mantuvieran.

Información del caso

A continuación se presenta la información recabada durante los procesos de evaluación con la participante, por motivos de confidencialidad sus datos personales no serán mencionados o bien serán cambiados, por ende durante el proceso se le llamará participante "L", tiene 34 años y es del sexo femenino, actualmente es ama de casa y menciona tener una licenciatura como Ingeniero Químico. Ella vive con su esposo de 37 años con el que tiene 5 años de casada, además tiene dos hijos con la edad de 5 años y año, cinco meses.

Etapa de evaluación

1- Planeación de entrevista por áreas:

Área 1. *Impulsividad e ira*

Área 2. *Situación familiar y de pareja*

Área 3. *Situación social*

Dicha planeación se presenta en el *Anexo 1*.

Resultados

A continuación se presentan los datos recabados durante el proceso de evaluación.

Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2).

Resultados de la Escala Básica

Subescala	Puntuación en T	Interpretación según el manual MMPI 2
Hipocondriasis (Hs)	T=67 Alta	Persona que no responde bien a la terapia psicológica, puesto que sólo busca ayuda médica. Normalmente estas personas son remitidas porque no se les encuentra base orgánica a su <i>queja</i> .

Depresión (D)	T=70 Alta	<p>Suelen ser personas deprimidas, infelices, con tendencias de ánimo apagado, pesimistas, pasivas, indecisas, aisladas, indolentes y con cierta inclinación a la culpabilidad.</p> <p>Asimismo, reportan preocupaciones somáticas, debilidad, fatiga, poca energía y tensión constante.</p> <p>Son propensas a preocuparse, indecisas, con poca confianza en sí mismas, por lo que expresan sentimientos de inutilidad e incapacidad para funcionar de forma eficiente.</p> <p>Igualmente, informan sentimientos de fracaso en el área laboral o académica, presentando dificultad para concentrarse.</p> <p>Normalmente, evitan involucrarse con otras personas, tienen mayores tendencias suicidas que otros pacientes; además de que suelen encontrarse motivados para un tratamiento psicológico.</p>
Histeria Conversiva (Hi)	T=61 Moderada	<p>Personas con puntaje moderado suelen querer dar buena imagen de habilidad social y simpatía. Pueden presentarse como expresivas, convencionales y moralistas.</p>

<p>Desviación Psicopática (Dp)</p>	<p>T=74 Alta</p>	<p>Pueden ser personas con poca capacidad de juicio, por lo que son incapaces de planear adecuadamente sus acciones.</p> <p>De igual manera, suelen ser inestables e irresponsables, tienden a presentar arrebatos agresivos, no sentirse culpables por su conducta y pueden fingir culpa cuando están en problemas.</p>
<p>Masculinidad - Femineidad (Mf)</p>	<p>T=51 Baja</p>	<p>Tienden a ser personas inseguras, devaluadas y con tendencia a la pasividad y la sumisión.</p>
<p>Paranoia (Pa)</p>	<p>T=87 Extrema</p>	<p>Personas con puntajes extremos suelen tener conductas psicóticas, delirios de persecución o de grandeza, además de ideas de referencia.</p> <p>Pueden presentar alteración grave con riesgo de psicosis, además de sentirse maltratadas, resentidas, rencorosas con facilidad de enojo y consideran que los demás las molestan.</p>

<p>Psicastenia (Pt)</p>	<p>T=79 Alta</p>	<p>Suelen ser personas ansiosas, tensas y agitadas, tienen preocupación por problemas insignificantes, pueden ser temerosas y aprehensivas.</p> <p>Normalmente demuestran incomodidad, nerviosismo y con dificultad para concentrarse; se sienten inseguros e inferiores, por lo cual carecen de confianza en sí mismos.</p> <p>Asimismo, pueden ser personas autocríticas y moralistas, con dificultad de tomar decisiones y de hacer cambios en su vida.</p> <p>Por otro lado, suelen ser personas tímidas, por lo que tienen dificultad para establecer relaciones interpersonales y en la interacción con grupos grandes de personas. Igualmente, pueden presentar síntomas obsesivos compulsivos.</p>
<p>Esquizofrenia (Es)</p>	<p>T=97 Extremo alta</p>	<p>Personas confundidas o muy alteradas por alguna situación crítica actual, son susceptibles a puntuaciones notablemente altas sin ser psicóticas o esquizofrénicas.</p>

Hipomanía (Ma)	T=47 Moderada	Suelen ser personas convencionales y conservadoras ó personas autocontroladas y sumisas.
Introversión social (Is)	T=82 Alta	<p>Normalmente son personas introvertidas, tímidas y socialmente inseguras.</p> <p>Asimismo, evitan involucrarse con personas significativas que le rodeen. Tienden al aislamiento y pueden presentar una probable confusión de realidad con la fantasía.</p>

Impresión Clínica

Persona de 34 años del sexo femenino, de manera visible presenta un aspecto de salud favorable, respecto a su presentación e higiene luce igualmente funcional. La usuaria es madre de dos infantes, de 5 años y un año con cinco meses, tiene una pareja del sexo masculino de 37 años, todos habitan en la misma casa ubicada en la Ciudad de México. Cuenta con una preparación académica a nivel Licenciatura y pertenece al rango social de clase media.

La paciente fue remitida por el Médico Psiquiatra José Antonio Ortiz Guzmán, el cual labora en el Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) "Cuauhtémoc", referida como Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Con el fin de obtener datos que respaldaran este diagnóstico se le hizo una entrevista a la usuaria y se le aplicó el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (*MMPI-2* por sus siglas en inglés *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*) cuenta con 567 ítems con respuesta de verdadero y falso, está diseñado en 10 categorías principales de la conducta humana anormal, y cuatro escalas de validez que evalúan la persona en general, que mide si las personas respondieron a la prueba de forma veraz y precisa.

Durante la aplicación de la prueba la usuaria se mostró atenta a las preguntas, cuando tenía dudas respecto a algún ítem buscaba que los aplicadores se las aclararan y llenó cada uno de los espacios. Dentro de la prueba el dato L (mentira) indica la validez que tienen las respuestas del participante, este dato es importante ya que es el determinante respecto a si se continúa la interpretación del resto, en este caso la puntuación T= 50 lo que indica que hubo una actitud adecuada a la prueba. El resto de los resultados arrojaron la siguiente información:

La subescala Maculinidad-femineidad (Mf) en la que presentó un puntaje bajo T=51 refiriendo a personas inseguras, devaluadas y con tendencia a la pasividad y la sumisión. Por otro lado presenta un puntaje moderado con T=61 en Histeria conversiva (Hi) suelen querer dar buena imagen de habilidad social y simpatía. Pueden presentarse como expresivas, convencionales y moralistas.

La subescalas que presentan un puntaje alto son Hipocondriasis (Hs) con una T=67 personas que no responden bien a la terapia psicológica, puesto que sólo busca

ayuda médica. Sin embargo no se encuentra la fuente orgánica de su queja. En Depresión (D) T=70 se caracterizan por ser pesimistas, pasivas, indecisas, aisladas, indolentes y con cierta inclinación a la culpabilidad. Asimismo, reportan preocupaciones somáticas, debilidad, fatiga, poca energía y tensión constante. Igualmente muestran propensión a la preocupación, indecisión y poca confianza en sí mismos. Expresan sentimientos de inutilidad lo cual está bastante ligado al fracaso en el área laboral o académica, presentando dificultad para concentrarse. Evitan involucrarse con otras personas, tienen mayores tendencias suicidas que otros pacientes

Por otro lado, en las subescalas Desviación psicopática (DP) e Introversión social (Is) también presenta un puntaje alto, en el primer caso la T=74, presenta características como poca capacidad de juicio, lo que les hace ser incapaces de planear adecuadamente sus acciones. Suelen ser inestables e irresponsables, tienden a presentar arrebatos agresivos, no sentirse culpables por su conducta y pueden fingir culpa cuando están en problemas. En el caso de la Introversión social son personas introvertidas, tímidas y socialmente inseguras. Asimismo, evitan involucrarse con personas significativas que le rodeen. Tienden al aislamiento y pueden presentar una probable confusión de realidad con la fantasía.

En el caso de Psicastenia (Pt) presenta una T= 79 siendo igualmente un puntaje alto, en este caso refiere a personas ansiosas, tensas y agitadas, tienen preocupación por problemas insignificantes, pueden ser temerosas y aprehensivas. demuestran incomodidad, nerviosismo y con dificultad para concentrarse; se sienten inseguros e inferiores, por lo cual carecen de confianza en sí mismos. Asimismo, pueden ser personas autocríticas y moralistas, con dificultad de tomar decisiones y de hacer cambios en su vida. Por otro lado, suelen ser personas tímidas, por lo que tienen dificultad para establecer relaciones interpersonales y en la interacción con grupos grandes de personas. Igualmente, pueden presentar síntomas obsesivos compulsivos.

Las dos últimas escalas a describir, la usuaria presentó un puntaje alto y en extremo alto. En el primer caso; Paranoia (Pa), el puntaje T= 87 indica que suelen tener conductas psicóticas, delirios de persecución o de grandeza. Presentan alteración grave con riesgo de psicosis, además de sentirse maltratadas, resentidas,

rencorosas con facilidad de enojo y consideran que los demás las molestan. En el caso de la Esquizofrenia (Es) la T=97 puede tener diversas interpretaciones sin embargo en este caso el puntaje puede deberse a la confusión y alteración que le produce la situación crítica a la que la usuaria se está enfrentando, por ende esto no los hace psicóticas o esquizofrénicas.

Los datos que arrojó la entrevista fueron referentes a la relación que mantenía la usuaria con su pareja y su familia, lo referente a sus intentos de suicidio y la ideación que aún persistía. En el primer punto la usuaria comentó que relacionarse con sus hijos se le dificultaba; con los medicamentos se mantenía tranquila pero después de cierta hora ya no los toleraba, por ende esperaba que su marido le ayudara pero esto no era así, lo cual producía problemas entre ellos, llegando a tener fuertes discusiones que en algunos casos llegaban a los golpes e incluso en un par de ocasiones a que la usuaria intentara quitarse la vida. Por otro lado la usuaria reportaba tener problemas para relacionarse con otros, ella solía pensar que casi todos tenían una mala impresión de ella. Además reportó que no se sentía bien con los efectos secundarios que le producían los medicamentos.

La sintomatología que presentaba la usuaria, en la mayoría de los casos le hacía pensar que su familia estaría mejor sin ella y comenzaba a pensar en todo lo “malo” que ella hacía, entonces era cuando ella pensaba en quitarse la vida y aunque pensaba en algunas maneras, era en los momentos donde no podía controlar su ira cuando ella intentaba suicidarse.

En cuanto a las características específicas de la ideación suicida, la usuaria comentó que el pensamiento se le había presentado frecuentemente en las últimas semanas (al menos una vez a la semana, debido a la situación familiar en la que se encontraba). Por otro lado, no se pudo observar la presencia de autolesiones como cortes en la piel o golpes a sí misma, no obstante refirió que la idea de hacerse daño estaba presente.

Cabe resaltar que no se presentaba planeación en cuanto a la idea de quitarse la vida, mencionó que simplemente eran impulsos en situaciones que ya no podía tolerar.

La Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (2013) menciona al *Trastorno Límite de la Personalidad* dentro del *Grupo B* de los *Trastornos de la personalidad*, descrito como el patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen, del círculo afectivo e impulsividad intensa. Para el diagnóstico de éste, es necesario que se manifiesten por lo menos cinco de las características que se mencionan dentro del manual. Los datos arrojados por la prueba ajustan con los criterios para el diagnóstico.

Con base en los resultados se sugiere realizar una intervención cognitivo conductual debido a que en el rubro de hipocondriasis tuvo un puntaje alto, esta terapia muestra resultados durante la intervención lo que le permitiría observar que algunos efectos que le produce el medicamento, los puede conseguir con base a las técnicas que se derivan de la misma.

Se recomienda se identifique y se trabajen de primera mano las ideas irracionales, con el fin de decrementar el puntaje en las áreas de paranoia, psicastenia, depresión y esquizofrenia, lo cual le permitirá a la usuaria ver otros panoramas a sus creencias y problemas.

De la misma manera, se sugiere el trabajo en habilidades sociales, principalmente en control e identificación de emociones, autoconcepto y autoestima, así como la asertividad, conjuntando los puntos anteriores la relación social con el entorno de la usuaria debe mejorar, lo que le permitirá una mejor relación con su entorno e incluso la adquisición de nuevas relaciones. Esto a su vez disminuiría la sensación de inutilidad y conductas impulsivas como el daño a otros o a sí misma.

Reportes de la sesiones

Sesión 1 (11 de abril, 2017)

La usuaria se presentó en el cubículo en compañía del Dr. Hugo Trejo para ser presentada con los terapeutas. La sesión dio inicio a las 10:20 am y se le hizo saber que el servicio que estaba por tomar era proporcionado por parte de la UNAM, de primera mano se le realizaría una evaluación con el fin de saber si era candidata a la intervención, de no ser así, los servicios que se le proporcionarían en CECOSAM seguirían manejándose de la misma manera.

A lo anterior, se abordó el tratamiento farmacológico que se le está dando en el centro, respecto a esto mencionó que se mantiene bajo los efectos de *Fluoroxetina*, *Clonazepam* y *Quetiapina*, que logran controlarle la ira y la impulsividad, sin embargo la usuaria menciona que dichos medicamentos interfirieron en su vida debido a que le producen síntomas secundarios como sueño, temblores o náuseas. Reporta que durante el periodo menstrual los síntomas aumentan, que los medicamentos le funcionaron bien el primer mes, incluso bajo este periodo, pero en el segundo mes tuvo una recaída y tuvieron que aumentarle la dosis, situación que afectó porque dicho aumento le provocaba mucho sueño.

Posteriormente los terapeutas indagaron en su círculo familiar, el cual se compone de dos hijos y su esposo, ella comenta que antes de los medicamentos sus hijos le desesperaban bastante, ya que las edades en las que se encuentran suelen llorar bastante, lo que provocaba que ella gritara e incluso les pegara. Con su esposo la relación también llega a descontrolarse cuando él intenta decirle que hacer, incluso comenta que cuando llegan a pelear y ella se va a los golpes, él la sujeta y eso le molesta más. En la última discusión que tuvieron, ella se “desconectó” e intentó quitarse la vida, situación que le hizo pedir ayuda profesional.

Comenta que hace cinco años dejó de ejercer su carrera y que entre las razones que la hicieron tomar esa decisión fue su responsabilidad como mamá y que sus intentos al socializar fallaron. La usuaria dijo que las situaciones antes mencionadas la hicieron buscar ayuda psicológica dos años antes con su pareja, sin embargo ambos desertaron.

Posteriormente se procedió a la aplicación de la prueba MMPI, la usuaria no tuvo complicaciones para contestarla. La sesión llegó a su fin a las 11:30.

Sesión 2 (20 de abril, 2017)

La usuaria llegó puntual a la sesión, se comenzó por preguntarle cómo había estado su semana y comentó nuevamente que los medicamentos le provocaban mucho sueño, que había tenido conflictos con su marido por la forma en la que llevan la educación de sus niños, se le preguntó cómo era ésta, haciéndole saber los tipos de crianza que hay; democrático, autoritario y libertino, ella reporta que se identifica con democrática y libertina ya que en ocasiones no pueden poner límites debido a que en ocasiones su mamá le ayuda a cuidarlos y esto hace que ella emita comentarios de cómo criar a sus hijos, situación que le irrita bastante y que además le produce problemas con ella.

Se profundizó en las etapas de infancia y adolescencia de la usuaria, ella comenta que la crianza que recibió de sus padres fue autoritaria; que su padre ponía los límites y su mamá buscaba que se cumplieran, de no ser así había golpes, a pesar de eso ella comenta que mantiene una mejor relación con su mamá que con su papá. La participante logra identificar que desde la infancia siempre fue manipuladora y cuando no lograba lo que se proponía hacía berrinches. Al entrar a la adolescencia comenta que sintió que no valía nada, incluso llegó a cortarse algunas partes de su cuerpo con el fin de cortarse la vida, sin embargo menciona que pensar en la muerte a su edad es algo que le produce miedo, especialmente cuando se trata de sus seres queridos.

Durante el periodo de preparatoria comenta que los pensamientos de “no valgo nada” continuaron, hasta que conoció a un chico con el que estuvo dos años, sin embargo nunca formalizaron para ser novios. Dentro de la misma relación ella reportaba que había sufrido abuso sexual ya que el chico la llegó a tocar, en ocasiones ella no sabía cómo reaccionar e incluso llegaba a confundirse con saber si estaba de acuerdo o no, dentro de la misma línea, comenta que alrededor de los 4 o 5 años uno de sus primos también la tocó aunque agrega no estar segura del todo de lo que sucedió.

Durante el periodo de la universidad la usuaria comenta que comenzó a beber alcohol como una forma de salida a sus problemas y para poder convivir con la gente que le rodeaba en su contexto escolar, sin embargo dejó de asistir a las

convivencias porque ya no se sentía cómoda y se percató que al mismo tiempo fue quedándose sin amigos, la usuaria comenta que ella nunca se ha alejado de alguien, incluso en sus relaciones ella nunca ha terminado, comenta que siempre la terminan y eso la ponía y la pone bastante mal.

A lo anterior, comenta que ha pensado en dejar a su esposo porque ella siente que él le oculta algo y además lo siente indiferente, pero que no concibe a sus hijos sin una vida familiar común, lo cual la hace sentir “deprimida” y ver todo como un panorama oscuro, ella comenta que si no ha intentado matarse nuevamente o de forma recurrente es por sus hijos.

Al final cuando la usuaria comentó si tenía algo que agregar a lo que se había comentado durante la sesión, ella agregó que durante su primera infancia vivió con sus tías debido a que sus padres eran comerciantes y decían que no tenían tiempo para estar con ella y no fue, sino hasta la primaria y secundaria que vivió con sus padres. Comenta que mientras vivió con sus tías su infancia fue bastante cómoda, que nunca tuvo carencias de ningún tipo en contraste a las que tuvo con su familia, donde además había otros tres niños con los que debía compartir. En la preparatoria y universidad ella regresó a vivir con sus tías debido a que la escuela le quedaba más cerca, actualmente mantiene contacto con una de ellas.

Sesión 3 (24 de abril, 2017)

La usuaria se presentó puntual a la hora de su cita, al preguntarle cómo había ido su semana comentó que todo había estado normal, sin embargo comentó que tuvo una comida con la familia de su esposo, la cual le había generado algunas problemáticas de forma personal con su suegra.

La participante comenta que los problemas con su suegra comenzaron cuando su esposo le comentó que la usuaria estaba embarazada, situación que alarmó a la señora ya que es muy apegada a la religión, desde entonces ella siente que su suegra no la apoyó, que era grosera, que muchas veces hacía comentarios negativos a la relación que mantiene con su hijo, sin embargo menciona que con “el problema” que presenta ahorita, los papás de su esposo se han mostrado un poco más flexibles.

Por otra parte comenta que tiene una concuña con la cual llega a sentirse incómoda por comentarios que ella atribuye a su persona como “yo que trabajo” o correcciones que le llega a hacer a sus hijos porque agrega que no la siente sincera, comenta que cuando su concuña y su suegra están juntas no puede mantener una conversación con ellas; situación que no sucede cuando visita a su familia, además le molesta que hagan planes y quieran modificar sus tiempos porque ella es muy cuidadosa con el orden, todo lo mencionado ella se lo ha dicho a su marido, sin embargo genera conflictos debido a que a su esposo si le gusta salir a convivir.

Ella dice que antes de juntarse con su marido la relación iba bastante bien, que ella no conocía a sus padres sin embargo, ambos estaban comenzando a planear su boda pero no se pudo lograr debido a que se embarazó antes de eso, comenta que su esposo le pidió que abortara pero ella no estuvo de acuerdo, sin embargo no pasó mucho tiempo para que decidieran tenerlo, postergando su boda, boda que menciona ella aún no llega y que le hace no creer más en sus promesas.

La participante comenta que actualmente tiene enojos diario, que eso le ha hecho pensar que requiere un momento para ella porque todo su tiempo lo dedica a sus hijos pero que llega a ser muy agotador y que hay cierta hora en la que ya no tolera nada. Entre los proyectos próximos que tiene son dar clase en una secundaria y tomar un curso, sin embargo se detiene por su “problema”. Ella comenta que sus

virtudes son ser ordenada, inteligente y sensible, por otro lado los defectos que se encuentra son inseguridad, apatía y que no puede llevar una conversación sin sentirse agredida.

Se dio cierre a la sesión informándole que para la próxima sesión se le diría si era candidata para la investigación y por ende se le proporcionaría la impresión diagnóstica que se generó con la información proporcionada.

Sesión 4 (28 de abril, 2017)

La usuaria se presentó a las 10:00 am a la sesión, y comenzó comentando que la situación con su hija no iba tan bien pues la nota inconforme con todo, incluso agrega que en ocasiones ha llegado a sentir que la niña quiere tomar el papel de autoridad en la relación con ella y con su hermana. La participante teme que su hija presente la misma problemática que ella tiene actualmente y que incluso su marido la culpa de lo que sucede con la niña, pues le dice que ella es la del “problema”.

La usuaria comentó que la elección de su carrera tuvo por influencia a su familia, que ella gustaba por estudiar biología, sin embargo le decían que no tendría beneficio económico, así que eligió la ingeniería, además comenta que también cree que es una coincidencia.

Comenta que nunca le han pedido como requerimiento un estudio a nivel neuronal y que en su familia no hay antecedentes de problemas psiquiátricos, recuerda un primo que tiene un posible retraso, agregó que su madre asistió al psicólogo después de la menopausia para control de ira.

A continuación se presenta el análisis funcional que se realizó con la información recabada:

Análisis Funcional

Estímulo	Organismo	Respuesta	Consecuencia
<ul style="list-style-type: none"> - Desobediencia, llantos de sus hijos. - Conflictos con su esposo. - Período menstrual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enojo. - Molestia. - Dolor de cabeza. - Sueño. - Estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Golpes y gritos a sus hijos y esposo. - Romper cosas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mal humor. - Mala relación y comunicación con su esposo y familia. - Cansancio extremo. - Disgusto por su vida. - No tener un plan de vida individual establecido.
<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos disfuncionales como: <i>"Todo está perdido"</i>, <i>"No hay solución"</i>. 		<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para socializar funcionalmente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mala relación con su familia. - No tener amigos. - Personalizar los comentarios de las demás personas. - Dificultad para pedir empleo - Ideación e intento suicida..
<ul style="list-style-type: none"> - Fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor de cabeza. - Temblor. - Sueño. - Pérdida de apetito. - Sed 	<ul style="list-style-type: none"> - Decremento de la impulsividad e ira. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora en la relación con sus hijos.

En el cuadro anterior se puede observar que el contexto familiar es un factor importante para que la usuaria se muestre agresiva, principalmente cuando se siente cansada, enojada o con dolores de cabeza, lo cual deja como resultado una relación poco funcional con sus hijos y esposo. Cabe mencionar que los síntomas de la usuaria se intensifican cuando se encuentra en su periodo menstrual.

Asimismo, la usuaria reporta tener mala relación con sus familiares, se cree incapaz de hacer amigos por sí misma, además de pensar que otras personas hablan mal de ella. Se puede notar que estas situaciones son consecuencia de los pensamientos disfuncionales que presenta, lo cual le resulta tener dificultad para relacionarse funcionalmente. Cabe resaltar que este tipo de pensamientos (*“No hay solución”, “Todo está perdido”*) que tiene la usuaria de sí misma y de los demás le han producido tener la idea de quitarse la vida.

Como último punto del cuadro, se puede apreciar que el uso de fármacos en la usuaria genera un decremento en su ira e impulsividad, logrando que se sienta más tranquila cuando se encuentra con sus hijos, sin embargo la usuaria experimenta de manera orgánica efectos secundarios que no le permiten realizar otras actividades.

La usuaria se mostró atenta y estuvo de acuerdo con lo que le comentaron los terapeutas, ella preguntó si entonces eso confirmaba que era TLP, los terapeutas le hicieron saber que preferían no manejarlo con esa etiqueta para no entorpecer la intervención, ya que muchas veces eso traba a los usuarios, ella agregó que había investigado del tema y que también se había identificado con algunas cosas que se mencionaban. Posterior a la explicación se le planteó a la usuaria que cumplía con los criterios para ser participante de la investigación y que era importante el compromiso de las dos partes.

Así que se pasó a preguntarle cuáles eran sus expectativas y metas dentro de la terapia que estaba por tomar: entre las expectativas ella espera la misma seriedad y compromiso que hasta el momento ha obtenido, además que se respete su confidencialidad y por último que la terapia se enfocase sólo en ella.

Sus objetivos son los siguientes:

- Disminuir el sentimiento de miedo
- Mejorar sus habilidades sociales
- Mejorar la comunicación con su familia nuclear
- Dejar de predisponerse a las situaciones
- Generar un plan para su desarrollo personal y profesional

Al finalizar, se le hizo saber a la usuaria que no habría sesión la semana siguiente debido a que serían días feriados y se realizaría el plan de intervención. Al marcharse la usuaria los terapeutas le avisaron a la psicóloga Vázquez que la participante cumplía con los criterios, con el fin de hacerle saber que tomarían el caso.

Etapa de intervención

A continuación se presentará la propuesta del plan a trabajar con la usuaria, con el fin de dar solución a las quejas que presenta.

Objetivo general: Disminuir la ira e impulsividad enseñándole a la usuaria la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales ante situaciones en su vida cotidiana.

Objetivo específico 1: Reestructurar los pensamientos disfuncionales que presenta la usuaria (3 sesiones aproximadamente).

Justificación: Es importante que para un avance significativo en la terapia, la usuaria reestructure las creencias y pensamientos irracionales que tiene de ella misma y de su contexto.

Objetivo particular 1: Identificar los pensamientos irracionales de la usuaria apoyándose de la clasificación de Beck.

Justificación: Para lograr una modificación en las ideas y creencias irracionales de la usuaria, es necesario que de inicio pueda reconocerlos; para así, posteriormente lograr debatir dichos pensamientos.

Procedimiento:

1. Se le darán a leer una serie de oraciones utilizadas para identificar los tipos de ideas irracionales (*Anexo 2*) que se relacionen con las quejas que presenta.
2. Se le explicará a la usuaria que los pensamientos con los que se identificó son poco funcionales de forma individual y social.
3. Se le pedirá que contextualice ante qué situaciones se identifica con esas oraciones.
4. Se le entregará un registro de frecuencia (*Anexo 3*) con el fin de que reconozca ante qué situaciones se generan estos pensamientos, así como lo que sucede después en forma conductual, cognitiva y emocional.

Posibles tareas: Aplicación del registro de frecuencia.

Criterio de logro: La usuaria presentará el registro con un mínimo de cinco pensamientos.

Objetivo particular 2: Que la usuaria logre modificar las ideas irracionales que pudo identificar.

Justificación: Como seguimiento al procedimiento de la TREC y para mostrarle a la usuaria con argumentos que los pensamientos que tiene no logran sustentarse con la realidad.

Procedimiento:

1. Se retomará la tarea que realizó la usuaria respecto a la identificación de las situaciones que le activaron tales pensamientos.
2. Se le explicará a la usuaria el proceso de la técnica a aplicar, mencionándole que en el momento que lo desee podrá detenerlo.
3. A continuación, se tomará la idea menos frecuente para ponerla en cuestión mediante la aplicación del diálogo socrático.
4. La aplicación de este diálogo parará cuando la usuaria comience a aceptar los argumentos que se le han dado.

Posibles tareas: Registro de pensamientos irracionales que se le presenten y una alternativa más funcional ante los mismos en diferentes situaciones (*Anexo 4*).

Criterio de logro: La usuaria reconocerá y modificará los pensamientos trabajados durante las sesiones en situaciones de su vida por al menos una semana.

Objetivo específico 2: Mostrar a la usuaria técnicas de habilidades sociales con el fin de que las aplique en su vida cotidiana.

Justificación: El uso funcional de las habilidades sociales ayudará a la usuaria a mejorar en sus relaciones, así como a modificar la percepción que tiene de sí misma.

Objetivo particular 1: Que la usuaria modifique la percepción que tiene de sí misma, cognitiva y conductualmente.

Justificación: Es necesario que la usuaria note cambios en sí misma de acuerdo a sus demandas para que se sienta cómoda cuando tenga que socializar en diferentes contextos.

Procedimiento:

1. Se le mostrará a la usuaria una manera funcional de autocontrolarse a partir del reconocimiento de sus emociones, así como la forma en la que las manifiesta; esto se logrará a partir de ejemplos de situaciones en su vida diaria.
2. Se le presentarán diferentes situaciones hipotéticas, en las cuales la usuaria deberá mencionar la manera cómo reaccionaría, así como las posibles consecuencias para así misma y los demás.
3. Posteriormente, se le pedirá que piense alguna otra forma para dar solución a la situación; de manera que mencione una lista de posibles soluciones más funcionales (lluvia de ideas). En caso que no brinde ninguna idea, los terapeutas le propondrán algunas opciones.
4. Se evaluarán las consecuencias de las posibles soluciones brindadas (formas más funcionales de reaccionar ante las situaciones).
5. Se le mostrará a la usuaria la técnica *Autoinstrucciones*, explicándole que ante alguna situación en la que ella detecte que puede perder el control pueda detener sus pensamientos y así generar otros con los que pueda sentirse mejor emocionalmente.

Posibles tareas: Registro de frecuencia, en el cual escribirá la situación, la emoción y la autoinstrucción que pudo generar; al menos presentar cinco situaciones (*Anexo 5*).

Criterio de logro: La usuaria presentará al menos cuatro situaciones en las que modificará la consecuencia emocional a partir de las autoinstrucciones que genere.

Objetivo particular 2: Que la usuaria logre comunicar de forma asertivamente lo que siente, piensa y quiere.

Justificación: Es necesario que la usuaria logre comunicarse de manera asertiva como un complemento al objetivo anterior, con el fin de que pueda decir lo que siente piensa o desea.

Procedimiento:

1. Se le explicará a la usuaria de forma teórica y con ejemplos qué es la asertividad, así como las técnicas que hay dentro de esta.
2. Con base en lo anterior, se le dirá a la usuaria que hable de situaciones en las que considera que tuvo que ser asertiva y no lo fue, así mismo como parte del ejercicio deberá decir cómo tenía que responder de forma asertiva
3. Por medio de un ensayo conductual se le mostrará a la usuaria cómo se expresa una persona asertiva, tomando en cuenta: volumen de voz, tono de voz, postura y que el mensaje que quiera transmitir sea claro. Dentro del mismo cubículo la usuaria mostrará ante una situación como reaccionaría.

Posible tarea: La usuaria reportará de forma escrita cinco momentos en los que tuvo que reaccionar de forma asertiva.

Criterio de logro: Que en contraste con la literatura haya reaccionado en 4 de esas situaciones de forma asertiva

Objetivo particular 3: La usuaria aprenderá a mantener conversaciones con diferentes personas en su entorno.

Justificación: Debido a la comunicación disfuncional que lleva con su esposo y familia en general, es necesario que la usuaria genere la habilidad de iniciar y seguir conversaciones que se presenten en su contexto.

Procedimiento:

1. Se le expondrá a la usuaria la importancia de saber iniciar y mantener una conversación con personas cercanas a ella, haciendo uso de las herramientas trabajadas en los objetivos anteriores.
2. Se realizarán ensayos conductuales, representando tres situaciones de contextos diferentes. Una con su esposo, la siguiente ante una situación laboral y la última con algún miembro de la familia de su esposo. Para dichos ensayos se le pedirá a la usuaria que aplique las técnicas anteriormente vistas.
3. Se retroalimentará a la usuaria sobre su participación en cada ensayo conductual, tomando en cuenta los criterios aprendidos en objetivos anteriores.
4. Se realizarán los ensayos conductuales necesarios con el fin que la usuaria se encuentre segura al comunicarse en las tres situaciones hipotéticas.

Posible tarea:

- A. La usuaria realizará una lista con sus expectativas y demandas individuales
- B. La usuaria comunicará a su esposo la lista que realizó con lo que desea hacer de manera asertiva.

Criterio de logro: Que no se genere un conflicto verbal y/o físico.

Objetivo específico 3: Que la usuaria proponga un plan de vida (*Anexo 6*) en el que incluya áreas de interés personal, familiar y laboral.

Justificación: Con el fin de reforzar lo aprendido durante la intervención y para generarle más interés por el futuro, es necesario que la usuaria identifique hacia dónde apuntan sus objetivos y cómo llegar a la realización de estos.

Procedimiento:

1. La usuaria presentará un anteproyecto en el cual reportará las expectativas que tiene de su vida de los 35 a los 50 años.
2. Se le explicará a la usuaria en qué consiste armar un proyecto de vida, para posteriormente separar cada una de sus expectativas y comenzar a formar el plan.
3. Conforme a sus demandas (buscar trabajo, comenzar amistades, entre otras) se le ayudará a encontrar diferentes herramientas para lograr dichos objetivos.
4. De acuerdo a la demanda más inmediata que tenga la usuaria en su plan, se le enseñará un *análisis de tareas*, con el fin de concluirla con éxito.

Posible tarea: La usuaria llevará a la aplicación concreta su demanda más inmediata.

Criterio de logro: Que la usuaria logre con éxito la tarea que se propuso.

El plan de intervención por sesión se presenta en el *Anexo 7*.

Etapa post-evaluación

Con el fin de evaluar los resultados de la etapa de intervención desde el enfoque cognitivo-conductual, se aplicó la prueba psicométrica *16 Factores de Personalidad* (16 PF, por sus siglas en inglés). El presente cuestionario, desarrollado por Raymond B. Catell en el año 1980, permite evaluar 16 rasgos primarios de la personalidad del individuo, dentro de los que se encuentran:

A. Afabilidad: Refiere a la tendencia desde ser una persona social e interpersonalmente reservada hasta estar cálidamente implicada.

B. Razonamiento: Evalúa la capacidad del individuo para resolver problemas. A pesar que esta escala no sea un rasgo de la personalidad, es considerada como una variable moduladora de la misma.

C. Estabilidad: Esta escala determina el estilo de afrontamiento a los problemas cotidianos de su vida cotidiana.

E. Dominancia: Estima la tendencia a ejercer la voluntad del individuo mismo sobre los demás.

F. Animación: Evalúa el grado de espontaneidad y sociabilidad del participante frente a la seriedad y la inhibición de la espontaneidad.

G. Atención a las normas: La presente escala pretende medir el grado en que las normas culturales de lo correcto e incorrecto se han *interiorizado* y se emplean para manipular la conducta humana.

H. Atrevimiento: Este rasgo mide el grado de seguridad en las relaciones sociales, así como el modo de afrontamiento a la timidez y al retraimiento social.

I. Sensibilidad: Refiere al grado de empatía, sentimentalismo y gusto por lo estético.

L. Vigilancia: Evalúa el grado de suspicacia, escepticismo y desconfianza hacia otras personas.

M. Abstracción: Esta escala estima si el individuo se encuentra más orientado a aspectos realistas, lógicos y pragmáticos ó a procesos mentales.

N. Privacidad: Mide la tendencia a la apertura de la persona frente a su disposición a la privacidad de las emociones.

O. Aprehensión: Este rasgo mide el grado de seguridad y despreocupación del individuo.

Q1. Apertura al cambio: La presente escala pretende diferenciar a personas tradicionales y apegadas a lo familiar frente a aquellos de percepción abierta y analítica.

Q2. Autosuficiencia: Refiere al mantenimiento del contacto o proximidad de los otros frente al individualismo.

Q3. Perfeccionismo: Compara la flexibilidad y tolerancia al desorden y faltas frente a la organización y la disciplina.

Q4. Tensión: Se asocia con incapacidad de relajación, impaciencia e intranquilidad.

Los resultados de la prueba arrojan en los factores primarios como afabilidad (A, T=5), animación(F, T=6), vigilancia(L T=6), apertura al cambio (Q1, T=5), autosuficiencia (Q2, T=6) y perfeccionismo (Q3, T=6) que la usuaria se encuentra dentro de la norma respecto al manejo de estos seis rasgos, es decir que no difiere del resto de la población. Sin embargo, en otros factores aún hay desviaciones ligeras; consideradas de esta manera porque están muy cerca de la norma, como el rasgo de razonamiento (B, T=7); ya se mencionó, no es un rasgo de la personalidad pero es moduladora de la misma, igualmente se encuentra el rasgo de aprehensión (O, T=7), abstracción (M, T=4) y tensión (Q4, T=4).

Dentro de los factores donde la puntuación tiene una desviación fuerte, se encuentra como primer punto el C que está referido a la estabilidad, la T=1 indica una persona emocionalmente cambiante, se frustra fácilmente, tiende a victimizarse y a ser conformista. Experimenta falta de control bajo ciertas condiciones e incluso presentan síntomas físicos como dolores de cabeza, irritabilidad e insomnio. Así mismo en el factor G que refiere a la atención de las normas, indica probabilidad a una persona inconformista, acepta pocas obligaciones y suele ser inestables en sus propósitos, siente gusto por lo que hace pero cuando su motivación baja cambia de actividad.

Por otro lado la prueba arroja datos que aunque no se encuentran en la desviación extrema, resultan ser significativos, tal es el caso del factor E (T=3) que refiere a la dominancia, en este caso hay probabilidad de que sea respetuosa, cooperativa y que evite conflictos, tendencia a acomodarse ante los deseos de otros generando que posponga los propios. En el factor H obtuvo un puntaje T= 2, en este se evalúa atrevimiento, en este caso refiere a una persona tímida, al margen de la actividad social la mayor parte del tiempo, generalmente suelen presentar sentimientos de inferioridad, también tiende a ser cauta y con miedo a avanzar.

A lo anterior, la prueba arrojó puntajes significativos, que rebasan la desviación normal, tal es el caso de el factor N (T=8), en este caso se evalúa el nivel de privacidad que maneja la persona en su vida, este puntaje indica que es una persona astuta y perspicaz, discreta pero también atenta al manejo social, generalmente piensa lo que dice, además de planear todos sus actos. En el mismo caso se encuentra el factor I con un puntaje T=9, refiere a una persona sensible, sin embargo sus observaciones llegan a ser de tipo moral, suele ser demandante de atención y afecto.

Con base en lo anterior, es preciso mencionar los cambios significativos reflejados en la etapa *post-evaluación*, específicamente en las características fundamentales para el diagnóstico del *Trastorno Límite de la Personalidad*, que de acuerdo con la Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (2013), los rasgos predominantes son: inestabilidad emocional (principalmente en relaciones interpersonales), percepción alterada en la autoimagen y la intensidad en la impulsividad de los actos del individuo.

Es así que, ante la evaluación primaria, la cual consistió en la aplicación del *Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)* aunada a entrevista inicial, la usuaria se presentó como una persona insegura, pasiva, con tendencias de sumisión y devaluación propia; del mismo modo se mostró pesimista ante otras ideas que le comentaban diversas personas, lo cual provocaba que se aislara y fuera introvertida socialmente.

A partir de la intervención, es posible afirmar que actualmente la participante cuenta con recursos para tomar sus propias decisiones sin necesidad del asentimiento ante los demás, tiende a ser más cooperativa en actividades familiares, laborales y sociales.

Asimismo, la usuaria cuenta con mayor análisis ante las situaciones de su vida cotidiana, acepta nuevas ideas y se permite debatir principios disfuncionales para sí misma. Esto le ha permitido ser una persona más flexible y tolerante en las diferentes áreas de su contexto, adaptándose mayormente a los cambios sin perder sus propios objetivos.

Cabe mencionar que al inicio de la terapia, la usuaria se presentó con niveles altos de impulsividad, que aunada a otros factores concluyó en varios intentos de quitarse la vida; actualmente, de acuerdo a los resultados de la prueba *16 PF* y a las observaciones de los terapeutas, es posible afirmar que la participante es capaz de detener y analizar los pensamientos irracionales que se le presenten y actuar de manera más funcional ante situaciones que le generen ansiedad; lo cual le ha brindado mayor estabilidad y autocontrol.

Por último, retomando los datos obtenidos por la prueba así como las características observadas y mencionadas por los terapeutas, se puede apreciar que la intervención psicológica mejoró varias de las áreas y rasgos que presentaba al inicio de las sesiones, sin embargo se sugiere el seguimiento en la intervención psicológica, especialmente en mejorar el manejo de habilidades sociales (específicamente asertividad) y técnicas de relajación para situaciones de ansiedad o estrés. Sin embargo, para que prosiga la mejora en la usuaria es importante que se continúe trabajando una de las técnicas que le fue más funcional, la detección, paro y debate de ideas irracionales, o bien, la reestructuración cognitiva. Un trabajo

en conjunto de estos puede incrementar su adaptación a los diferentes contextos y a su estabilidad emocional.

Resultados

Esta investigación tuvo como objetivo, la elaboración de una ruta crítica para prevenir el suicidio de una persona diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad, desde el enfoque cognitivo-conductual. A partir de la intervención realizada durante 22 sesiones, dividida en tres fases: evaluación, intervención y post-evaluación/seguimiento se pueden señalar cambios tanto cualitativos, como cuantitativos que a continuación se mencionan.

La fase de evaluación se realizó con la aplicación de una entrevista conductual semiestructurada en la que se ahondó en temas como la relación con su familia y pareja, relación con sus redes sociales cercanas, así como ira e impulsividad. También se aplicaron el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota - 2 (MMPI-2) y la Escala de desesperanza de Beck.

Antes de realizarse la entrevista y la prueba, al llegar, la usuaria se veía despreocupada por su apariencia física, con una postura corporal encorvada y facciones en su rostro como el seño fruncido que denotaban fatiga, a la par, esto se complementaba con el discurso que daba al responder las preguntas.

La usuaria comentaba tener comúnmente síntomas como fatiga, depresión, náuseas y temblores que durante su periodo menstrual aumentaban, todo esto como efecto secundario del uso de medicamentos que le ayudaban a inhibir principalmente la impulsividad y la ira. Antes del uso de medicamentos no lograba controlarse, peleaba física y verbalmente con la gente que le rodea; principalmente con su esposo y sus hijos, situación que fue quebrando dichas relaciones. Ella comentaba que había momentos en los que se desconectaba, lo cual impedía que pudiera tomar el control de sus actos, pero no fue, sino hasta que intento quitarse la vida, que busco ayuda.

Respecto a su círculo social y vida laboral, la participante dejó de ejercer su carrera durante 5 años lo que la tuvo alejada de amistades, además mencionó que siempre le era difícil mantener relaciones sociales manifestando la ausencia de habilidades.

Cuando habló de su pasado comenzó identificándose como una persona manipuladora desde la infancia, tuvo un estilo de crianza autoritario por parte de sus padres, sin embargo por el trabajo de los mismos y más adelante por la cercanía de la escuela, la usuaria creció bajo el cuidado de sus tías. Respecto a la familia de su marido, manifestó en varias ocasiones tener problemas con ellos por la forma en la que se dirigían en ocasiones a ella o por cosas que decían que ella se adjudicaba, además le molestaba bastante que su esposo no pudiera independizarse de ellos, siendo esta la causa de algunos conflictos.

La participante era una persona insegura, temía todo el tiempo por el bienestar de sus hijos, a no cumplir las expectativas de los demás, a que su marido le fuera infiel o a que le ocultara algo, temor a no saber criar a sus hijos, a que la relación con su marido terminara, generando con todo lo mencionado un cúmulo de culpas que reforzaba con sus pensamientos irracionales como “todo está perdido” o “no hay solución” y actos que eran poco funcionales al ser ejecutados, resultando ser lo suficientemente fuertes para idear su muerte y en algunas ocasiones intentar suicidarse.

Con base en la entrevista realizada y retomando las características del DSM-V la usuaria presentaba varios rasgos que se le adjudicaban al trastorno límite de la personalidad, como los esfuerzos desesperados para evitar el desamparo, relaciones inestables, alteración en la identidad, impulsividad, comportamientos de automutilación, control poco funcional de la ira, así como inestabilidad crónica.

Sin embargo como se mencionó, se hizo uso del MMPI-2 el cual respaldó el diagnóstico realizado con la entrevista, la prueba evalúa diferentes factores, de primera mano el dato L (mentira) indica la validez que tienen las respuestas del participante, este dato es importante ya que es el determinante respecto a si se continúa la interpretación, en este caso la puntuación T= 50 lo que indica que hubo una actitud adecuada a la prueba. El resto de los resultados arrojaron la siguiente información:

Resultados de la Evaluación

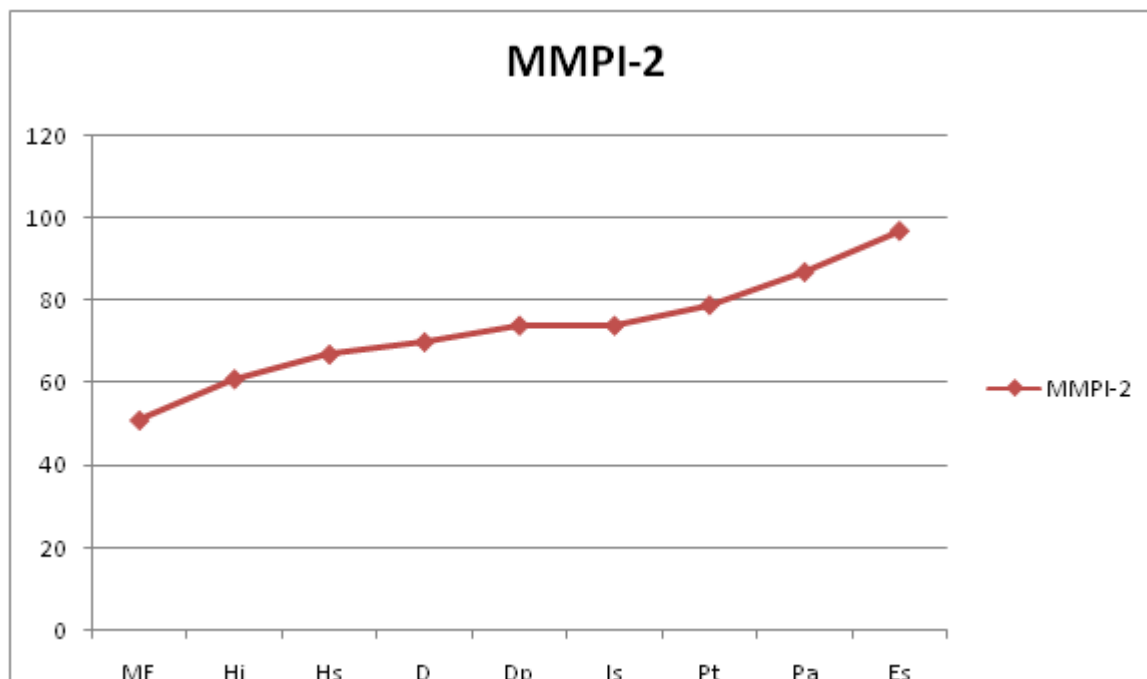


Figura 1: Se graficó utilizando como base el valor T de cada área

Como se aprecia en la figura 1, las puntuaciones antes de la intervención con la usuaria, resultaron arriba de sesenta en su mayoría, exceptuando masculinidad-femenidad (MF) y ligeramente histeria conversiva (Hc) representando ambas, características de pasividad y preocupación por adaptarse ante las demandas sociales.

Sin embargo, en las cinco áreas que les proceden se puede ver que no hay variación de los datos e incluso cuando se leen las características de cada área para la interpretación (Cuadro 1) se logra el enlace de las mismas, además de ajustar perfectamente a los criterios de diagnóstico para el TLP. En desviación psicopática (Dp) indica probabilidad alta de una persona con poca capacidad de juicio, generando arrebatos agresivos, inestabilidad e irresponsabilidad, resultando una persona impulsiva, lo cual se une con la variable de depresión (D) al compartir una consecuencia que aparece cuando se presentan puntajes altos como en este caso; la propensión a tendencias suicidas.

El área de depresión además de especificar inclinación a la culpabilidad, preocupación y poca confianza en sí mismo, se relaciona a dolores, fatiga y debilidad, que al ser así no tendría una fuente orgánica sino psicológica, pero como se aprecia en la figura, el área de hipocondriasis (Hs) también se encuentra alta, esto indica que la usuaria podía no haber respondido bien a la terapia psicológica y ayudarse más con los fármacos.

De la misma manera, en introversión social (Is) la puntuación de la usuaria se encuentra entre el rango sesenta-ochenta, indicando que la persona tiene una fuerte probabilidad de ser socialmente insegura, así como de confundir la realidad con la fantasía. A su vez esta última área también está muy conectada con la psicastenia (Pt) que indica la misma probabilidad respecto a lo social además de acompañarla con dificultad para concentrarse y por ende para tomar decisiones, preocupación por cosas insignificantes, además de sensación de inferioridad.

En los puntajes extremadamente altos se presenta la paranoia (Pa) indicando propensión a delirios de persecución o grandeza, sensación de ser atacada constantemente por los demás llegando a ser rencorosa y/o resentida. En el caso de la esquizofrenia (Es), no se detectaron conductas que se ajusten a dicha área, ni de parte de los psicólogos ni del psiquiatra, por lo tanto se adjudicó que esta puntuación se debía a alguna situación crítica que la usuaria estuviera pasando.

Como se puede observar lo anterior se ajusta a lo también descrito por la usuaria durante la evaluación con el uso de la entrevista, por ejemplo el reconocimiento de su inseguridad social, la falta de autocontrol, la poca confianza en sí misma y el resto de características que arroja la prueba que en general podría englobarse en las ideas irracionales reforzadas por sí misma y por el contexto.

Respecto a la escala de desesperanza de Beck la usuaria puntuó en cinco; siendo el punto de corte en ocho, una puntuación superior indicaría un riesgo de desesperanza alto y por ende un riesgo suicida alto. Sin embargo, cabe recordar, que en el MMPI, la usuaria puntuó alto en depresión e impulsividad haciéndola propensa a conductas suicidas, además de que su último intento de suicidio tenía poco de haberse presentado.

A partir de las observaciones durante la evaluación y los resultados cuantitativos arrojados por la prueba MMPI-2, se realizó la ruta crítica con el objetivo de decrementar la ira e impulsividad de la participante a partir de técnicas cognitivo conductuales, a continuación se exponen los reportes que se generaron en cada sesión y en los que pueden apreciarse los cambios cualitativos que se observaron en el caso.

Sesión 5 (8 de mayo, 2017)

La quinta sesión comenzó a las 10:00 am, nuevamente la usuaria se presentó puntual, al preguntarle cómo le había ido en la semana ella respondió que muy bien, a lo cual mencionó que el tratamiento farmacológico le ha calmado mucho en cuanto a situaciones que solía ser muy impulsiva, poniendo como ejemplo el control de sus hijos; sin embargo reportó de igual manera que los conflictos con su pareja continúan, su esposo le ha llegado a mencionar que no ha cambiado en nada en cuanto a su carácter culpandola así de los problemas que han tenido últimamente.

La usuaria mencionó que el conflicto que más se presentó en esta semana fueron los celos hacia su esposo. Comentó que han habido veces que ella quiere ver el celular de su esposo para saber que no habla con nadie más, esta última vez su pareja le admitió el acceso a su celular (de mala gana) y a pesar que no encontró ninguna conversación los pensamientos de la posible infidelidad continuaron.

Asimismo, mencionó que ante este tipo de situaciones ha logrado controlarse con el fin de no comenzar una riña más grande, esto lo ha hecho debido al recuerdo la última ocasión en que pelearon e inmediatamente se aleja de la situación.

De igual forma, ella dijo que los pensamientos de la posible infidelidad comenzaron desde el inicio de una relación con dos personas del trabajo (un hombre y una mujer), la cual se dio en el mes de febrero. Así, cuando su esposo se reúne con estas personas no responde el teléfono y a ella le resulta extraño.

Posterior a ello, se le informó que los criterios que ella presentaba en cuanto a su queja eran compatibles con los solicitados para la investigación y por lo tanto era candidata para la intervención. Se le preguntó si ella deseaba continuar con la siguiente fase, a lo cual accedió de inmediato, es así que se le proporcionó el

consentimiento informado con el fin de que lo leyera atentamente y firmara si estaba de acuerdo. Después de que la participante estuviera de acuerdo con el consentimiento y de profundizar en la explicación de los puntos del mismo, se procedió a tomarle sus datos sociodemográficos.

Para finalizar la sesión, se le mencionó a la usuaria que se le daría una semana sin asistir al CECOSAM (Centro Comunitario de Salud Mental), con el fin de analizar las metas y objetivos de la terapia y programar una intervención con los mismos. La sesión dio cierre a las 11:05 am.

Sesión 6 (16 de mayo, 2017)

La usuaria se presentó a las 10:00 am, el día martes, se movió la fecha de la cita debido a que el lunes era día feriado y los terapeutas desconocían si el CECOSAM tendría en servicio las instalaciones.

Se le preguntó a la usuaria como habían estado sus días y comentó que en ese transcurso había notado que las ideas que tiene le impiden relacionarse con las personas, eso incluía a su familia, lo cual para los terapeutas fue una buena entrada al punto uno de la intervención, que era trabajar con las ideas irracionales de la participante.

Por ende, se le explicó a la usuaria a que se refería el término “ideas irracionales” y cómo se identifican y los efectos que tienen sobre la cognición y la conducta. Posteriormente se le pidió a la usuaria que mencionara lo que había entendido y diera ejemplos, ella comentó que cuando peleaba con su marido regularmente se deprimía porque al final de cada discusión culpaba de los hechos.

Con el ejemplo anterior, se le preguntó por qué se dan las discusiones y retomó que la mayor parte del tiempo es por la familia de él, debido a que hacen comentarios que chocan con lo que ella cree pero que al final le hacen pensar que tienen razón, dando como resultado molestia que expresa siendo indiferente.

La usuaria comentó que con base a lo que comentan su esposo, su cuñada y su suegra ella piensa que a los hombres no les gustan las mujeres enfermas, que todas las mujeres deben ser perfectas, trata de adaptarse a ese modelo, pero se

frustra al no lograrlo. Por ejemplo, comenta que su esposo en un principio era cariñoso pero que a ella le costaba mostrar afecto, situación que prestaba a que su marido la culpara de su mal humor, haciéndole creer que eso es cierto.

Se finalizó la sesión informándole a la usuaria que la próxima sesión se retomarían algunos de los pensamientos identificados durante la sesión, no sin antes entregarle una lista de ideas irracionales, por ende de tarea se le pidió identificara con la explicación que se le dio ideas irracionales y las apuntara.

Sesión 7 (19 de mayo, 2017)

La sesión dio inicio a las 10 de la mañana, al preguntarle a la usuaria como estaba comentó que se le terminó el medicamento lo cual le provocó ansiedad; describiendo esta sensación como la necesidad de “explotar”, además agregó que comenzó a tener una punzada en la cabeza, ambos síntomas produjeron en la participante cambios de humor.

Lo anterior llevó a la usuaria a discusiones principalmente con su esposo, comenta que tienen peleas “por cosas tan mínimas” y después de que suceden se arrepiente de las acciones que toman ambos en el momento. Además comenta que hubo un rato en el que estuvieron él, su hija y ella en el baño mientras que su bebé lloraba, situación que le estresó porque la niña comenzó a hacer travesuras, dando como resultado que “explotara” gritándole a todos.

Posteriormente los psicólogos se adentraron en las ideas irracionales ella comentó que está cansada de tener que cumplir con las expectativas de los demás, agregando que es de las discusiones que más tiene con su marido ya que él le exige demasiado, además comenta, que no sólo son las exigencias de él sino de toda su familia, especialmente sus suegros. Profundizando la situación, respecto a lo que comenta de sus suegros, no son exigencias directas, son comentarios que ella toma como “indirectas” y que interpreta todo hacia su persona.

Se retomaron las ideas irracionales que debe ser la mujer perfecta, cumplir con el 100% de los cuidados de sus hijos y esposo, adicional a trabajar. Por otro lado agrega que no debe salir a la calle con sus hijos porque es muy inseguro y cualquiera les puede hacer daño de todo tipo. Ambos puntos se le debatieron,

mostrando más resistencia a la reestructura en la segunda idea. Para finalizar, se le entregó un registro para que apuntara las ideas irracionales que identifique.

Sesión 8 (22 de mayo, 2017)

La usuaria se presentó puntual a la sesión. Al preguntarle acerca del progreso que había tenido en la semana, ella refirió que había presentado un poco de ansiedad ante la predisposición a que hubiera peleas en las situaciones donde se encontraba toda su familia reunida. Refirió una problemática que tuvo con su esposo dos días anteriores a la sesión, la cual sucedió durante la preparación del desayuno: mencionó estar atendiendo a sus dos hijos y a su marido mientras ellos se encontraban sentados esperando cada quién por su comida, sin embargo el conflicto comenzó cuando su hijo más pequeño lloraba y su hija de seis años hacía berrinche por no querer desayunar, de igual forma su esposo le exigía que le pasara el azúcar pues se le hacía tarde; en ese momento la usuaria se desesperó y no supo controlar la situación, por lo que "explotó" con su esposo gritándole que él podía alcanzar el azúcar sólo. Posterior a dicho problema, la usuaria llegó a pensar que "cumplió con todo lo que debía hacer" y que no tenían razón alguna de echarle culpas, decidió comunicarlo con su pareja más tarde y éste le mencionó que "no sabía por qué continuaba con el mismo comportamiento si estaba en terapia y tomando medicamento", esto le hizo sentir triste y desesperanzada. Ante esta situación de la usuaria, se le comentaron los cambios que ella estaba logrando al asistir a la terapia, de los cuales se le resaltaron los pensamientos más funcionales que ha tenido y cómo ha aplicado las autoinstrucciones para controlarse a sí misma en situaciones específicas. Asimismo, se le mencionó que además de las afirmaciones que ha estado aplicando, puede cuestionarse acerca de "lo peor que podría suceder" y sobre el objetivo de sus acciones.

Por otro lado, refirió como otro aspecto importante de su semana la salida que tuvo el domingo a una fiesta infantil de parte de la amiga de su hija; ella comentó que lo ve como avance puesto que en otra circunstancia hubiera preferido no salir en fin de semana y tampoco socializar con las otras mamás de los niños invitados a la fiesta. De igual manera, mencionó que se presentaron algunos pensamientos irracionales en la situación como: "si hablo de los logros de mi hija pensarán que soy envidiosa y soberbia", sin embargo pudo detenerlos y cambiar estos pensamientos por

probabilidades de lo que podría estar sucediendo, dentro de las cuales se encontraba: "si le comento de mi hija es porque me siento orgullosa de ella". Al final de esta situación, comentó igualmente que se sintió cansada y no supo cómo detener la plática con las demás mamás, lo cual tuvo como consecuencia mucha ansiedad y frustración. En esta parte de la sesión se le habló de las técnicas de "evitación" y "escape", se le mencionó cómo aplicarlas y ante qué situaciones, además se le reforzó que debía aplicar la respiración, para posteriormente buscar soluciones alternativas y regresar a la situación para resolverla.

Por último se le comentó que posterior a trabajar con sus pensamientos se le mostrarían técnicas para mejorar sus habilidades sociales, con lo que se tranquilizó bastante y dijo que se iba con un panorama más amplio con lo aprendido en la sesión. Por último se le dio la tarea de anotar en el registro las ideas irracionales que tenía y pensamientos más funcionales que podrían generar un cambio, así como las consecuencias en ambos casos. La sesión dio término a las 11:10 am.

Sesión 9 (26 de mayo, 2017)

La usuaria se presentó a la hora acordada en cada cita, se le preguntó cómo había estado su semana y comentó que los roces con su marido continuaban especialmente por las mañanas, debido a que a ella le cuesta mucho trabajo levantarse temprano, el tener que hacerlo la hace sentirse aún cansada, además de que le resulta tener que realizar actividades de forma acelerada para cumplir con todas, por ejemplo alistar a su hija para la escuela.

Por otro lado, comenta que le cuesta mucho trabajo tolerar a sus hijos, especialmente después de las 6 de la tarde y hasta que se van a dormir, por ende ha buscado apoyo de su marido en ese aspecto pero en ocasiones no lo consigue porque él llega a hacer uso de su celular y por ende no está enfocado en ayudarla, entonces ella se ve obligada a seguir a su cuidado, comenta que se han vuelto ambos niños "muy berrinchudos", al revisar las situaciones en las que sucede se dejó a la vista que con el fin de mantenerlos tranquilos, ambos padres ceden a lo que los niños piden, situación que se comentó con la usuaria, sin embargo ella rescata que tampoco exigen mucho de ellos porque no quieren que tengan problemas como los de ella.

Lo último dio paso a abrir las ideas irracionales, respecto a su creencia de que el pasado es determinante para lo que se es en el presente, ella comenta que tiene constantes recaídas y tristezas al centrarse en lo que ya pasó, especialmente en sus relaciones y el final que tuvieron algunas. Ella teme a que sus relaciones actuales terminen porque no desea sentirse como en los momentos que perdió a seres que quería por separación o muerte, incluso reconoce que conforme iba perdiendo gente buscaba a otra persona a donde llevar su “necesidad de estar con alguien”.

Con lo anterior se realizó un debate con el fin de reestructurar la idea irracional, haciéndole ver que si bien el pasado puede influir en lo que se es actualmente, no es determinante, además se retomó la idea de que deba dar el 100% de si misma, con este par de ideas y las ya trabajadas en sesiones anteriores se le pidió siguiera realizando los registros que incluyen la identificación de ideas con el paro de pensamiento.

Sesión 10 (29 de mayo, 2017)

La sesión dio inicio a las 10:10 am hora en que se presentó la usuaria, pidió disculpas por el retardo y comenzó hablando respecto a una discusión que tuvo con su marido el día viernes, lo que desató tal situación es el desacuerdo y la incomodidad que le produce al estar con sus suegros, aunque resaltó que pudo controlarse en el momento con los paros de pensamiento, sintió necesario el comentarle a su esposo la incomodidad cuando iban camino a casa, pero la situación se salió de control.

La usuaria menciona que le gustaría que sus suegros no se metieran en situaciones respecto a la educación de sus hijos o su situación de pareja, menciona que su suegra le hace comentarios respecto a cómo limpiar o cocinar. Durante este periodo mencionó que el lugar donde vive con su esposo e hijos es propiedad de sus suegros y que además, los mismos, viven muy cerca, por lo tanto debe verlos diario, ella está interesada en buscar una forma de restarle importancia a sus comentarios, porque no puede enfrentarlos.

Con lo anterior, se le comenzó a hablar de la asertividad, dándole una pequeña explicación de lo que es y haciéndole saber que se trabajará más adelante, sin embargo era importante que supiera qué es, porque se buscó demostrarle cuán pasiva o agresiva estaba siendo ante algunas situaciones y personas. La usuaria reconoció que es pasiva tanto con sus hijos como con sus suegros, por otro lado, salta a la agresividad cuando se trata de su esposo.

Con lo anterior se le mostró a la usuaria con las situaciones que nos comentó durante las sesiones y con los registros que llevó de tarea como a partir de un cambio en la consecuencia de una conducta puede generar cambios en el pensamiento y conductas antecedentes, por ende se le pidió que no dejara de realizar los registros.

Sesión 11 (2 de junio, 2017)

La sesión dio inicio a la hora acordada, la usuaria comentó que tuvo malestares físicos como dolor de cabeza, además comenta que sigue teniendo dificultades para levantarse, se abordó esta temática sugiriéndole cambio de lugar para su despertador, además de no reiniciar el ciclo de sueño al despertarse.

Mencionó que los conflictos con sus suegros continúan, que ya no se “engancha” a los comentarios como lo hacía, porque en cuanto comienza a pensar en lo que le dicen, para el pensamiento pero no sabe qué hacer para comunicar lo que piensa en el momento respecto a su inconformidad.

Por otro lado, comentó que le ofrecieron un empleo que está pensando si tomar o no, debido a los problemas que tiene, principalmente porque consiste en ser profesora a nivel secundaria y teme no poder controlarse, además de que le vayan a preguntar por qué toma medicamento o tener problemas con los padres de familia. En este punto se le pidió que hiciera un análisis respecto a la situación, qué tan funcional de forma personal le sería tomar el empleo. No sin antes debatir las ideas catastróficas que se comentan.

Los terapeutas retomaron el punto de la expresión de ideas, exponiéndole de forma detallada que es la asertividad, en qué consiste y cuáles técnicas son las que deben emplearse y en qué momento son más funcionales. Entre estas técnicas está la del disco rayado, banco de niebla y la tercera alternativa.

Con base en la explicación se le explicó a la usuaria la técnica de ensayo conductual en la cual se moldearía el tipo de comunicación que lleva con el resto, poniendo como ejemplo una situación con su hermana, en la cual le pide dinero, a la usuaria le conflió ser asertiva bajo esa condición, sin embargo en el segundo ensayo y con las observaciones de los psicólogos, logró mejorar un poco. Como tarea se le pidió a la usuaria que ante “los berrinches”, que comentaba tenía su hija, aplicara la técnica de disco rayado.

Sesión 12 (5 de junio, 2017)

La usuaria se presentó puntual a la cita, físicamente se notó diferente, en sesiones pasadas no mostraba mucha importancia en su apariencia física, sin embargo comentó que había sentido motivación para arreglarse, ambos terapeutas manejaron reforzador social para reconocer su esfuerzo.

Se le cuestionó a la participante respecto a su fin de semana, comenta que gran parte de este estuvo bajo control, lo cual le permitió sentirse estable, sin embargo, agrega que ahora siente una especie de inconformidad debido a que con el debate de sus ideas irracionales y con la reestructura cognitiva que ha tenido, al escuchar el discurso de otros que son cercanos a ella como su esposo, sus suegros o sus papás, no puede evitar pensar que no tienen razón, sin embargo no sabe cómo afrontarlo.

Con lo anterior se le reforzó el uso de la comunicación asertiva, ella comenta que su tarea para aplicar el disco rayado fue bastante funcional, sin embargo, comenta que en algunos casos los berrinches de su hija aumentaron, por ende se le explicó que en algunos casos sería normal debido que la niña se estaba enfrentando a un efecto de extinción de respuesta. Por otro lado, comenta que quiso ser asertiva con su suegra cuando esta le cuestionó nuevamente por la limpieza que lleva en casa, después de explicar lo sucedido, se le sugirió utilizar “banco de niebla” en el cual

tendría que validar la frase de la señora y al mismo tiempo comunicar lo que ella pensaba de la situación.

La usuaria comenta que sus suegros al ser dueños del lugar donde ellos rentan se sienten con el derecho de entrar y salir cuando ellos quieren, así como a plantear sus reglas. Con lo anterior se buscó con la usuaria la manera de comunicar esa inconformidad, de primera mano a su esposo y posteriormente a sus suegros. Ella agrega, que últimamente ha notado que su esposo es muy parecido a su suegro, sin embargo con la terapia ha aprendido a analizar las situaciones, permitiéndole ya no sentir culpa aún cuando el señor Roberto se empeñe en hacérselo creer. Se le pidió a la usuaria que siguiera realizando el registro de paro de pensamiento y se le entregó otro que aborda el tema de la asertividad.

Sesión 13 (9 de junio, 2017)

La sesión dio inicio a las 10:00 am, la usuaria se presentó igual que la sesión pasada en lo que respecta a su apariencia física, posteriormente comenzó a hablar sobre su semana, comenta que aún tiene problemas con su hija por conducta; comenta que en ocasiones desafía su autoridad, a lo que se le sugirió realizara un reglamento, ya que por la edad en la que se encuentra la niña, comenzará a aprender cómo comportarse en diferentes contextos, además se le explicó sobre la aplicación de contingencias para la modificación de conductas. Sin embargo, también se le sugirió mantenga la aplicación de técnicas asertivas.

Comenta, que con su marido es con el que ha intentado aplicar las técnicas que se han comentado durante las sesiones, especialmente cuando comienzan a discutir, modula el tono y volumen de su voz e intenta aplicar “banco de niebla” y tercera alternativa con el fin de encontrar soluciones y evitar peleas.

Por otro lado menciona que su marido le comenta posterior al uso de las técnicas que ella no ha cambiado y que de qué le sirve el medicamento y la terapia, ella comenta que no sabe cómo contestarle y que prefiere quedarse callada, igualmente con el fin de evitar peleas. La participante rescata que ella si es capaz de reconocer sus cambios e intentos por estar bien, pero que le pesa el enfrentarse a que su marido no reconozca sus errores y problemas y a que sólo le recrimine los suyos.

Respecto a el trabajo que comentó que estaba interesada a tomar, mencionó que asistió a la entrevista ya que decidió que lo hará, al relatar el día de la entrevista comenta que cuando tuvo que interactuar se sentía bien pero que hubo un momento en el que las ideas irracionales aparecieron y se sintió rechazada, sin embargo utilizó paro de pensamiento. Otra situación que la tensó fueron las actividades a realizar y el no poder lograrlas, ella misma comenta que se dio cuenta que eran catastróficas y que había solución. Al final comenta que al llegar a su casa, se sentía cansada de todo, incluso del tener interacciones con la gente, los psicólogos le comentaron que esto podría ser únicamente parte del cansancio del día. Se le pidió a la usuaria seguir llenando los registros y además que identificara cinco situaciones en las que identificara que era asertiva.

Sesión 14 (12 de junio, 2017)

La sesión comenzó a las 10:10 am, puesto que la usuaria se retrasó en la llegada. Comentó que durante el fin de semana se sintió muy frustrada y ansiosa, lo cual le atribuía un poco al término de su medicamento (*Clonazepam*), el cual dejó de tomarse por cuatro días, dijo que a partir de ello sentía mucho cansancio, náuseas y dolor de cabeza y mandíbula; otra de las razones por las cuales se manifestaba ansiosa fue un conflicto con su esposo el viernes anterior (9 de junio), al pedirle que relatara la situación ella mencionó que decidió organizar la salida de su hija de la escuela junto con otras mamás, fue así como comenzó a administrar el dinero de la fiesta; sin embargo hubo un mal entendido con la escuela ya que una de las mamás dejó dinero con una secretaria, por lo cual le pidieron que ésta no podría recibir dinero de ninguna persona y todo debía ser depositado en una cuenta bancaria. Ante esta situación la usuaria decidió apoyar a la mamá que se había confundido llevándose ella el dinero para después depositarlo en el banco correspondiente. Al llegar a su casa le comentó lo sucedido a su pareja, quien reaccionó de manera muy agresiva diciéndole que no tenía que haber recibido el dinero puesto que los demás podrían pensar que quería robárselo y aunque ella intentó explicarle -de forma muy pasiva- que no fue con esa intención la situación empezó a tornarse cada vez más agresiva, comenzaron a gritarse causando que sus hijos empezaran a alterarse. La solución que encontró para detener la pelea fue salirse de su casa por unos instantes, en ese momento tuvo pensamientos sobre nunca hacer nada por los

demás porque lleva a más problemas, además de darle la razón a su pareja sobre qué pensarían las otras mamás de sus actos. Fue así como decidió ir a depositar al banco el dinero que había recogido, cuando regresó le presentó el recibo de pago a su esposo. Posteriormente no hablaron de lo ocurrido.

Ante la situación vivida el fin de semana, se le retroalimentó a la usuaria de manera que analizara la cadena de respuestas que se dieron y las diferentes maneras en las que pudo haberla roto. Se le comentó de nuevo sobre la técnica *paro de pensamiento* y cómo pudo haberla usado en esa situación. Asimismo, se le comentó acerca de otros posibles pensamientos de las demás Mamás más realistas y funcionales. Con esto la usuaria dijo sentirse más tranquila.

Posteriormente se realizó un *ensayo conductual* para poner en práctica su asertividad, se le explicó el propósito y el procedimiento de la técnica. La situación que se le presentó fue la siguiente: *"Su hermana le pidió dinero prestado, el cual tenía destinado para un compromiso importante con su hija; por esta razón le mencionó a su hermana que se lo prestaba con la condición de devolverlo en una fecha programada. Sin embargo, han pasado dos días de esa fecha y aún no lo devuelve"*, se le mencionó a la usuaria que ella debía pedir su dinero de vuelta a uno de los terapeutas que fingiría ser su hermana. Se pudo observar que durante el ensayo la usuaria optó por una postura con la cabeza baja, los ojos mirando hacia arriba, algunas veces torcía la boca a seña de disgusto y en su discurso mencionó que no había problema si accedía a que no le pagara sino hasta después de otra semana. Estas observaciones se le mencionaron a la participante, mencionándole cómo los podía corregir y dándole opciones sobre su discurso. Se realizó de nuevo el ensayo tomando en cuenta la retroalimentación brindada, el cual mejoró en postura, volumen y tono de voz, teniendo problemas con su discurso.

Se dio cierre de sesión preguntándole cómo se sentía después de comentar la situación del fin de semana y del *ensayo conductual*, a lo cual mencionó que estaba ahora más tranquila y con un panorama más amplio sobre lo que le sucedió el viernes anterior. Se le pidió de tarea que continuara con los registros.

Sesión 15 (16 de junio, 2017)

La usuaria se presentó puntual a la sesión, la cual dio inicio al pedirle los registros que se llevó como tarea. Dentro de estos, la participante describió una discusión con su pareja en la semana; al preguntarle sobre la pelea mencionó que no recordaba la razón exacta por la que ésta comenzó, sin embargo dijo que sus discusiones siempre culminaban con el argumento *"No entiendo para qué continúas en terapia y con medicamentos si no cambias"*, lo cual le hace sentir enojada pero continúa sin comentar nada puesto que no quiere que su esposo se moleste más con ella, es así como termina dándole la razón. Se pudo notar que ante esta situación la usuaria reconoció que es pasiva al no comunicarle a su pareja cómo se siente, sin embargo mencionó que aún no se siente con la seguridad para decírselo.

Por otro lado, en la presente sesión comentó que tuvo un logro muy significativo para ella en la semana: llamó por teléfono a la escuela a la que quiere ingresar como docente de matemáticas y química, esto la hizo sentir muy satisfecha consigo misma aunque le hubiera gustado comunicar algunas expectativas sobre el trabajo, como por ejemplo: sueldo base que pueda cubrir las necesidades de su familia, capacitación para dar las clases, aporte de seguro social, asegurarse que la escuela pueda cubrir el material completo con el cual realizar actividades en clase, así como no tener que trabajar horas extra sin previo aviso. Ante esta situación se realizó un *ensayo conductual* con la usuaria representando la siguiente entrevista de trabajo, se le mencionó que debía comunicar sus necesidades a uno de los terapeutas, quien tomaría el papel de la directora del plantel. De igual manera se le pidió a la participante que tomara en cuenta las características de una comunicación asertiva vistas en sesiones previas. Al terminar con el *ensayo conductual* se retroalimentó a la usuaria sobre su desempeño, haciendo notar las acciones asertivas que tuvo, como el volumen y tono que utilizó al comunicar su discurso, además de argumentos tales como *"Me gustaría recibir al menos \$5,000.00 mensuales, ya que necesito cubrir las necesidades de mis hijos"* ó *"Yo propongo utilizar esta editorial para trabajar"*; por otro lado, se le comentó que debe cerrar la conversación adecuadamente para reafirmar lo planteado y se le mencionaron algunas maneras de hacerlo.

Por último, la usuaria comentó que el siguiente lunes 19 de junio tendría cita con su psiquiatra, asimismo el viernes 21 no podría asistir a terapia, por lo cual se realizó un movimiento en las sesiones de la terapia brindándole una semana libre. Se le dejó de tarea continuar con sus registros además de llevar a práctica la comunicación asertiva. Se dio cierre de sesión a las 11:15 am.

Sesión 16 (27 de junio, 2017)

La sesión se llevó a cabo después de una semana debido a la cita con el psiquiatra de la usuaria, de la cual mencionó que se le realizó una modificación con el medicamento "*Clonazepam*", puesto que le causaba sueño y le costaba levantarse por las mañanas; asimismo el médico le comentó que en situaciones de suma ansiedad tenía permitido tomarse una gota del mismo fármaco. La participante también le mencionó a su médico que a partir de tomar los medicamentos ha tenido cansancio extremo, dificultad para conciliar el sueño, dolor de cabeza y pérdida de cabello.

Al pedirle la tarea de la sesión anterior se pudo notar que la usuaria volvió a presentar una discusión con su pareja, dijo sentirse sobresaturada por las indicaciones que él le da sobre las labores de casa. Mencionó también que se le dificulta continuar con la misma tolerancia que le ha tenido hasta ahora; asimismo afirmó sentirse insegura de continuar con su decisión en la docencia, puesto que piensa que tendrá mayor número de responsabilidades en casa, además de que no se sintió bien en el área social durante la semana. Con el fin de debatir esta situación se le pidió que sacara la tarea de la sesión anterior (cinco acciones asertivas de semana), dentro de ésta se pudo observar que logró mantener una conversación con la directora del plantel donde ingresará próximamente; fue así como ella pudo analizar que se ha sentido satisfecha con ese logro y dijo que sí quería continuar con ello.

Al finalizar la sesión se le explicó que no podrá tener el control completo en las áreas laboral y familiar, por lo cual debía realizar como tarea una propuesta de reglamento a seguir por parte de toda su familia, el cual debería comunicar posteriormente.

Sesión 17 (3 de julio, 2017)

La sesión comenzó al pedirle la tarea de la sesión anterior a la usuaria, quien mencionó que no la había podido realizar por falta de tiempo, por lo que no se pudo realizar ensayo conductual para comunicarlo a su familia.

Por otro lado, la participante afirmó que durante la semana tuvo una conversación con su suegra, en la cual no se sintió incómoda, logró interactuar con ella sin llegar a una discusión o molestia, comentó que si un argumento le causaba enojo, ella simplemente cambiaba el tema. Asimismo, pudo aplicar las técnicas asertivas: *banco de niebla* y *tercera alternativa*.

Posteriormente, se le preguntó sobre el área laboral, a lo cual mencionó que se sentía a gusto pero le causaba miedo exponer frente a los niños y las maestras en la clase muestra que le solicitaron. Primeramente se le explicó que el miedo que sentía era irracional, así como los pensamientos generados a partir de la situación, se debatió acerca de estos y se buscaron entre los tres otros posibles panoramas. Después, se realizó un *ensayo conductual* a partir de la clase muestra que debía dar pocos días después; es así como los terapeutas tomaron el rol de alumnos mientras ella les exponía la clase que había preparado. Al retroalimentarle el desarrollo del ensayo, se pudo notar que la participante ha mejorado en cuanto al tono y volumen de voz para comentar sus argumentos, se le corrigió la postura y algunas muletillas, además de brindarle indicaciones sobre cómo dirigirse a los niños.

Para finalizar la sesión se le comentó que lo más pronto posible debía comunicar los logros que ha tenido durante la intervención, así como las expectativas que tenía acerca de su familia y pareja; fue así como se le pidió de tarea una *lista de expectativas y logros* que para ella sean significativos. De igual forma se le comentó que se llevaría de nuevo el *registro de pensamientos funcionales*.

Sesión 18 (7 de julio, 2017)

La usuaria llegó puntual a la sesión, la cual dio inicio al pedirle la tarea de la sesión anterior. Ante la petición, la participante mencionó que se le habían dificultado escribir sus expectativas, ya que pensaba que algunas no estaban acorde a su familia y las percibía como exigencias. Por otro lado, comentó que mientras las escribía se percató que las expectativas descritas para su situación de pareja eran muy difíciles de lograr, cabe destacar el siguiente argumento de la usuaria: "*...hay cosas buenas en la relación de pareja y están de por medio los niños, pero siempre es la misma situación y el mismo reproche, para él la culpa siempre es mía...*", dicho esto la participante comenzó a llorar. Afirmó que no desea separarse porque a su percepción no sería una buena solución para los niños, pero han sido varias veces que piensa en cómo sería su vida si se divorciara.

Debido a la situación anterior se explicó y analizó el tema de *familia*, su función y características de las veces que llega a ser funcional y disfuncional y se retomó la temática de *roles y responsabilidades familiares*, remarcando de nuevo la imposibilidad de mantener un control total por sí misma.

En la presente sesión la usuaria tuvo la oportunidad de hablar sobre temáticas que no había mencionado en sesiones anteriores, como la situación sexual en su pareja y la ideación de separación; debido a lo anterior la retroalimentación fue corta pero significativa para ella, lo cual se reflejó ya que la usuaria refirió que se iba con un panorama más amplio acerca de lo que antes pensaba y comentó que se sentía más preparada para comunicarle a su esposo lo que esperaba de él. Fue así como se le pidió de tarea que trabajara más ampliamente en su lista de *expectativas*, explicándolas más claramente.

Se finalizó con la sesión a las 11:25 am.

Sesión 19 (10 de julio, 2017)

Al comenzar la sesión, a las 10:05 am, se le preguntó a la usuaria cómo le había ido en la semana, a lo que ella respondió que se sentía más tranquila, puesto que logró comunicar a su esposo algunas de sus expectativas y aunque éste no tuvo la reacción ideal para la participante, le causó satisfacción el saber que pudo comenzar con los temas.

Asimismo comentó haberse sentido ansiosa en el transcurso de la semana, sin embargo la usuaria pudo controlar sus síntomas a partir de practicar la respiración y aplicar el *paro de pensamiento*. Pudo analizar que sus ideas eran disfuncionales y muy catastróficas y que existían otras posibilidades para lo que estaba pensando.

Con el fin de cubrir el objetivo de la sesión, se le propuso a la participante realizar un *ensayo conductual* para practicar la comunicación de sus expectativas y logros. Para ello, se le indicó que los debía explicar de manera clara y específica; tomando en cuenta que eran varios puntos a comunicar, se le sugirió comenzar con la temática de la *comunicación*. La usuaria estuvo de acuerdo y comentó que posteriormente le gustaría hablar sobre su situación laboral y la económica familiar. Una vez aclarados los puntos anteriores, la participante empezó con el desarrollo de la técnica.

Los terapeutas pudieron observar que su discurso era adecuado, sin embargo carecía de organización, puesto que antes de terminar con el primer tema (*comunicación*) comenzó a hablar de la educación de sus hijos. De igual forma, se le explicó que al entablar este tipo de conversaciones con su pareja debía hacerlo en un contexto adecuado y evitar decir la frase: *"Tenemos que hablar"*, ya que se pueden hacer interpretaciones falsas sobre lo que se quiere decir.

Por otro lado, se le reforzaron positivamente argumentos como *"Me siento con la seguridad de buscar un trabajo"* ó *"Me gustaría que la relación que llevamos fuera de esta forma"*, así como la postura que presentó al decir esto.

Por último se le mencionó que debía cuidar el tono y el volumen de su voz, ya que tendían a ser bajos y en ocasiones causaban que sus argumentos se tornaran pasivos. Asimismo, fue necesario comentarle que es importante que comentara los logros que ha tenido a partir de la terapia.

Como tarea de la sesión se le pidió que eligiera un momento (lugar, fecha y hora) para comunicárselo a su pareja; así como practicar en su casa la manera de hacerlo. La participante refirió que se sentía con mayor confianza después de la sesión, la cual culminó a las 11:20 am.

Sesión 20 (14 de julio, 2017)

La usuaria se presentó relajada y puntual a la sesión. Comentó que no pudo comunicarle a su esposo sus expectativas, ya que no encontró un momento en el que estuvieran los dos fuera de una situación de estrés. Mencionó también que se sentía con poca "*valentía*" para decirlo, por lo cual estuvo postergando la acción.

Por otra parte, dijo que, a pesar de no comentar con su pareja todo lo que se había planteado, se propuso a observar las reacciones de su esposo ante comentarios referentes a los temas que deseaba comunicar. Refirió que continuaba con miedo a las consecuencias de esa plática pero que se encontraba segura de querer hacerlo.

A partir de lo comentado por la usuaria se le recordó lo analizado en la sesión anterior, así como los logros individuales y familiares que ha tenido; del mismo modo se recapituló la forma de realizar la comunicación.

Por último, se habló sobre los objetivos que tenía para su vida futura, a lo cual refirió que le gustaría ser independiente en las áreas: personal, familiar y laboral. Fue así como se le explicaron los componentes de un plan de vida (objetivo general, objetivos específicos, ejecución y temporalidad). Se llevó como tarea realizar un *plan de vida* tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, en el cual debía incluir objetivos específicos a corto (6 meses - 1 año), mediano (5 años) y largo plazo (10 años).

Dicho esto se dio cierre de sesión, dándole la oportunidad a cualquier comentario o duda, fue así como la usuaria refirió que de nuevo se iba segura de lo que necesitaba hacer. La sesión culminó a las 11:13 am.

Sesión 21 (17 de julio, 2017)

La presente sesión fue planeada para retroalimentar los temas y técnicas más funcionales en caso de alguna recaída.

La usuaria se presentó puntual y se le preguntó cómo había estado durante el fin de semana, a lo que respondió que se había sentido tranquila en cuanto a peleas con su esposo, sin embargo se le terminó uno de los medicamentos administrados en cita psiquiátrica (*Quetiapina*), lo que tuvo como consecuencia sensación de cansancio y dolor de cabeza; aunado a esto, mencionó que, a pesar de no haber tenido peleas con su pareja, la comunicación con él se ha tornado difícil.

Por otra parte, comentó que le preocupaba que posterior a la terapia no supiera cómo enfrentar pláticas acerca de su padecimiento (*TLP*), ya que piensa que los demás pueden reaccionar de mala manera si lo comenta. Para modificar la idea anterior se le afirmó que aunque presentara *TLP* actualmente contaba con estrategias y herramientas con las cuales podría afrontar ciertas situaciones, reforzando así sus logros en habilidades sociales, detección y paro de pensamiento, asertividad y modificación de su comportamiento; comentado esto se le explicó que no era realmente necesario mencionar la etiqueta a las demás personas.

Posteriormente, se le recordó a la participante que en caso de alguna recaída y en un caso de impulsividad utilizara la técnica de *escape*, con el fin de realizar respiración diafragmática y poder así analizar sus ideas, también se le indicó que era necesario que después de esto comentara el análisis de las mismas dando pauta a una nueva conversación más adecuada. Asimismo, se le comentó que utilizara el paro de pensamiento ante alguna idea disfuncional y/o recurrente, a fin de cuestionarlo, confrontarlo y analizar otras posibles opciones.

Para finalizar la sesión, se le mencionó a la usuaria que la próxima vez que se presentara sería la última sesión, por lo cual era importante que comentara todas sus dudas. En esta sesión no se administró ninguna tarea y se dio por terminada a las 11:15 am.

Sesión 22 (21 de julio, 2017)

La sesión dio inicio a las 10:23, la usuaria se disculpó por la impuntualidad y posteriormente se dio inicio a la terapia. Se le recordó que la presente sesión era la última, así que se abordarían dudas o situaciones que hubieran sido relevantes durante el periodo que había pasado de la última sesión.

La usuaria mencionó que lo más relevante era que continuaba con el trabajo con su marido, que ambos se están centrando en cumplir con las expectativas que la participante había planteado durante las sesiones anteriores. Comentó que en los momentos en los que la situación comenzaba a complicarse ambos retomaban las expectativas y la usuaria continuaba con el uso de la comunicación asertiva.

Por otro lado comenta que con la tolerancia a sus hijos continúa trabajando con las técnicas que se le enseñaron de relajación e igualmente con la comunicación asertiva y el manejo de reglas. La usuaria comentó que está totalmente comprometida a continuar con la aplicación de las técnicas aprendidas ya que reconoce le han sido muy funcionales sin embargo, sabe que aunque ya obtuvo la solución de algunas situaciones, vendrán otras, y si continúa como hasta ahora difícilmente tendrá recaídas.

Se le comentó a la usuaria que como fase de post-evaluación se le aplicaría una prueba; 16 factores de personalidad, con el fin de obtener datos que arrojen resultados de la intervención realizada, la aplicación de la prueba dio inicio a las 10:55 am y finalizando a las 11:25.

Finalmente, se le presentaron a la usuaria los objetivos que ella planteó quería lograr para que visualizara el logro de cada uno, reconociendo que estos se habían cumplido. Ambos terapeutas agradecieron su participación en el proyecto y viceversa, la participante agradeció el trabajo de los terapeutas con el caso.

Posterior a la intervención, se aplicó la prueba psicométrica *16 factores de personalidad*; con el fin de obtener datos respecto a los efectos que tuvo el trabajo que se realizó con la participante.

Resultados de la Post-evaluación

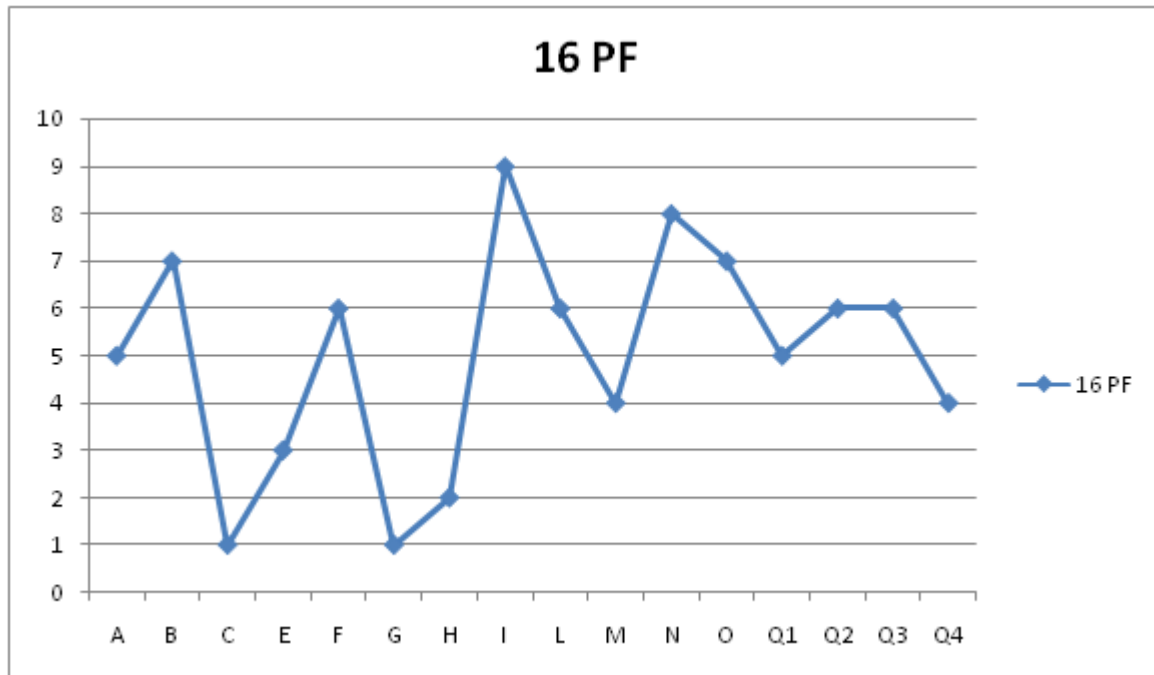


Figura 2: Los datos que caen en el rango cinco y seis se les considera dentro de la norma

La figura 2 muestra el resultado de la intervención con la usuaria; por motivos de tiempo entre las etapas no se pudo aplicar de nuevo el inventario *MMPI-2*, así que se buscó una prueba que se le asemejara (Cuadro 2).

En el caso de afabilidad (A) la prueba arroja que es una persona cálida, atenta y colaboradora con el trato a los demás, lo cual genera el primer contraste con lo que en un principio se presentaba en el *MMPI* respecto a la introversión social (Is) e incluso en la psicastenia (Pt), además otro de los factores que respalda a la afabilidad es animación (F) que al encontrarse dentro del promedio resulta una persona que sabe adaptarse a diferentes situaciones sociales.

Por otra parte, el factor de vigilancia (L) indica que la usuaria se encuentra dentro del promedio, indicando que es una persona confiada, analítica y por lo tanto vigilante y suspicaz sin generar conflictos, logrando otra contrariedad con los resultados antes de la intervención, en áreas como psicastenia (Pt), depresión (D), lintroversión social (Is) y desviación psicopática (Dp), que en resumen la evaluaron como insegura de sí misma, con poca capacidad de juicio y socialmente insegura.

En el caso de Q1, Q2 y Q3 se puede englobar que el puntaje promedio indica que la participante es una persona independiente y por lo tanto con recursos para la toma de decisiones. Mantiene metas y persiste en alcanzarlas teniendo un autocontrol adecuado, abierta al cambio, flexible y tolerante así como cuidadosa en sus relaciones personales. De nuevo, contrastando con el MMPI el cual aportaba que la usuaria tenía probabilidades altas para la falta de concentración, dificultad para la toma de decisiones, arrebatos agresivos y tendencias suicidas altas.

Con base en la figura 2, los factores que cayeron en el cuatro y siete fueron interpretados como ligeras desviaciones, en este caso se encuentran razonamiento (B), abstracción (M), aprehensión (O) y tensión (Q4). En los dos primeros casos refiere a la solución de problemas, el puntaje sobre la norma en B refiere a un individuo inteligente, de pensamiento abstracto y ágil para comprender, por su parte M indica que es una persona práctica, realista y en ocasiones ansiosa por realizar las cosas correctamente, motivada por los resultados inmediatos; nuevamente se podría comparar con los resultados del MMPI, la 16 PF indica que ya se pone en práctica la capacidad de planeación y de juicio. Q4 al encontrarse debajo del promedio sugiere que la participante no se frustra con rapidez, sin embargo con el puntaje en O no se deja de lado que en ocasiones se preocupe por lo que pase en su vida o que sienta dificultad para integrarse con grupos sociales.

Como último punto respecto a la figura 2, cabe resaltar los puntos en los que los factores caen en extremos altos y bajos, encontrando en el primer caso estabilidad (C) presenta altibajos de humor, suele victimizarse y ser resentida lo cual aún queda en equivalencia con el área de paranoia en el MMPI al ser también de los puntajes en extremo altos. En (G) atención a las normas, se encuentra en el extremo bajo al promedio, indicando una persona inconformista, inestable e impulsiva, además de aceptar pocas obligaciones sin embargo cabe recordar que anteriormente se mencionó que tiende a motivarse por resultados inmediatos y por cosas prácticas. Respecto a atrevimiento (H) y dominancia (E) indican que la usuaria se encuentra al margen de la actividad social y suele ser más cooperativa que asertiva, lo cual puede dificultar su intromisión frente a grupos sociales.

En el caso del puntaje superior a la norma se encuentra sensibilidad (I) indica que en ocasiones la participante puede ser idealista y dependiente, sin embargo, llega a

ser astuta y discreta según el factor (N) privacidad, suele ser cuidadosa de no herir a los demás y piensa lo que dice por lo tanto es difícil que hable de temas personales con los demás, lo cual se contrasta nuevamente con el área de desviación psicopática del MMPI.

Como se pudo observar la prueba arroja cambios significativos en la usuaria, que en comparación a lo que se vio en un principio con el MMPI, se puede afirmar que logró comprender y llevar a cabo las actividades propuestas por los terapeutas y si bien se tienen puntajes extremos aún, debe considerarse que los cambios son graduales, además que la etapa de post evaluación muestra más puntajes a favor de la intervención que en contra.

Por otra parte, no se pueden dejar de lado las observaciones realizadas a lo largo de la intervención, así como los cambios que la usuaria manifestó estar presentando.

Desde el comienzo de la fase de intervención se pudo notar un comportamiento cooperativo por parte de la usuaria, así como atención plena a las herramientas que se le fueron proporcionando.

Se optó por modificar las ideas irracionales que la participante mostraba, utilizando como base el formulario de autoayuda TRE así como las ideas irracionales e imperativos planteados por Ellis, con las cuales de las 11 planteadas, se identificó con 10, algunas de ellas: “La idea de que toda persona adulta necesita verdaderamente ser amada o aprobada por todas las personas allegadas en su comunidad”, “La idea de que, para sentir que uno vale la pena, tiene que ser absolutamente competente, adecuado y triunfar en todos los aspectos posibles” “La idea de que, si algo es ó puede ser peligroso o temible, uno debe sentirse terriblemente preocupado por ello y seguir pensando en la posibilidad de que ocurra” y “La idea de que es horrible y catastrófico que las cosas no resulten como uno quisiera”. Como se puede apreciar sus pensamientos ajustaban al catastrofismo, sobregeneralización, solían ser dicotómicos y tendían a la personalización.

La usuaria detectó que parte fundamental de que ella tuviera ideas irracionales tan fuertes venía de su “costumbre” de culparse siempre de todo, esta sensación de

culpa fue decrementando con el debate de las ideas que ella manifestaba, a continuación se mencionarán algunas: “ mi papel como mujer es estar al 100 % de los cuidados de mi esposo y de mis hijos adicional a trabajar, sólo así sería la mujer perfecta”, “ a los hombres no les gustan las mujeres enfermas”, “ el hecho de que mi esposo se perfume es porque quiere gustarle a alguien más”, “al subir al taxi nos pueden asaltar o llevar a otro lado”, “le caigo mal a la gente o quieren algo de mí”.

Con el debate que se realizó para cada una de las ideas disfuncionales, la participante consiguió una reestructuración de pensamiento significativa, es decir, además de identificar sus creencias logró modificarlas dándole como resultado una percepción diferente de sí misma, de los demás y de su futuro.

Respecto a si misma, la usuaria comenzó a darse cuenta que era imposible dar el 100%, debido a que en algún momento tenía que cometer algún error y que eso estaba bien porque no debía ni podía ser la mujer perfecta, por ende comenzó a decretar responsabilidades en casa como el cuidado de su esposo, actividades que sus hijos ya podían realizar, así como algunos labores del hogar y del negocio que su marido tenía en casa.

La preocupación por enfermarse o por asumir las quejas psicológicas que presentaba le incomodaban bastante porque eran razones para que la gente la rechazara, al trabajar con esto entendió que no tiene que agradarle a todo el mundo, además durante esta etapa de la intervención la usuaria identificó que las demás personas también tenían ideas poco funcionales hacia si mismos y hacia los otros. Por otro lado comprendió que no puede evitar enfermarse pero que puede prevenir la gravedad de las mismas y que una enfermedad no siempre está sujeta a la incapacidad.

Como se mencionó, uno de los pilares fundamentales en las ideas que presentaba la usuaria era la culpa, esta tenía un peso muy fuerte, conforme avanzó la intervención la usuaria comentó en una sesión que había tenido una discusión con su marido por algo absurdo, sin embargo logró darse cuenta que no era su culpa esa situación ni otras que en su momento se adjudicaba, siendo esto crucial en la intervención y en la relación con su esposo.

Del mismo modo, fue posible observar que al realizar dicho cambio de creencias la participante modificó su aspecto físico y la confianza en sí misma, presentándose con una postura más erguida, el ceño relajado, tono de voz modulado e incluso la mayoría de las veces con una sonrisa.

En sus relaciones; como ya se mencionó, los cambios se notaron principalmente con su esposo; aún cuando este no cooperara con la intervención. Él solía recalcarle que ella era la culpable de todos los problemas, además ellos tenían algunas diferencias en su modo de pensar y por ende en la resolución de problemas, a tal grado que no podían llegar a un acuerdo, generando numerosos conflictos que en ocasiones salían de su casa, provocando la intromisión de sus padres, suegros y otros familiares que la culpaban de lo que sucedía reforzando las ideas que tenía de sí misma y además las que creía que le adjudicaban.

Cuando se fueron trabajando ideas como “a todos les caigo mal”, “la gente hace cosas para molestarte” o “me harán daño a mi o a mi familia”, la usuaria fue abriendo el contacto hacía los demás; especialmente con su familia, y aunque con su marido las cosas mejoraban lentamente, ella en ocasiones ya no seguía las discusiones, sabía dar argumentos y cuando se equivocaba también sabía aceptarlo, también comenzaba a pensar soluciones que en contraste a antes de la intervención, después de cada pelea se deprimía, presentaba dolores corporales o bien no controlaba su ira.

Cuando la usuaria se presentó a las primeras sesiones comentó que no visualizaba su futuro, que no había solución para ella, que todo lo malo le seguiría pasando y que era imposible que ella cambiara. El objetivo principal que ella tenía era su familia a costa de su propio bienestar, no tenía un plan de vida, ni objetivos o soluciones para sus problemas.

Cuando esta primera fase de la intervención fue dando resultados, a la participante le llegó una oferta de trabajo para ser profesora a nivel secundaria, ella comentó lo insegura que estaba de comenzar a visualizarse en el campo laboral de nuevo, debido a que le costaba tener interacción con la gente, sin embargo, a diferencia de cuando llegó, ella comentó que antes de la intervención bajo ninguna circunstancia se hubiera atrevido a pensarlo, pero al mejorar la percepción de sí misma y de los

otros, se sentía capaz de realizar las actividades de dicho empleo, que de primera mano no le importaba si se lo daban o no, pero que al menos ya se comenzaba a demostrar que estaba saliendo de su zona de confort. Más adelante, la usuaria obtuvo el trabajo.

Cabe mencionar que la reestructuración fuera de las sesiones se continuó reforzando con la aplicación de los registros de frecuencia y la técnica denominada *paro de pensamiento*, las cuales le fueron muy funcionales en momentos donde detectaba que estaba a punto de “explotar”; refiriéndose así a los momentos en los que su ira e impulsividad de descontrolaban.

Al finalizar la intervención, la usuaria se mostró capaz de detener sus pensamientos para analizarlos y posteriormente actuar de manera funcional ante ciertas situaciones; lo que le ayudó a dar un equilibrio en su vida familiar y social, además de disminuir sus niveles de ira, impulsividad y ansiedad. Igualmente la participante comentó que se sentía con mayores ánimos de hacer cambios en su vida, sintiéndose cada vez menos triste y con mayor capacidad de continuar con nuevos planes a futuro.

Por otra parte, se le brindó un entrenamiento en habilidades sociales con el fin de reafirmar sus lazos afectivos en el ámbito familiar y crear nuevas redes de apoyo. Se comenzó el entrenamiento con la temática de *asertividad*, con la cual la usuaria tuvo complicaciones debido a que antes de la intervención esta se presentó como una persona extremadamente pasiva, especialmente con personas cercanas y con las que le representaban autoridad. No obstante, al aplicar técnicas como *disco rayado*, *banco de niebla* y *tercera alternativa*, la usuaria logró expresar la percepción que tenía en situaciones que para ella eran significativas.

Lo anterior podría ejemplificarse con las peleas que tenía con su esposo o sus suegros; la participante pensaba que ellos hacían o decían cosas para molestarla, con el trabajo en asertividad la usuaria afrontó esta y otras ideas. Cuando las discusiones llegaban hacía uso del *banco de niebla* con el fin de defender su argumento pero al mismo tiempo validar el comentario del otro y no generar más conflictos. Con sus hijos generalmente hizo uso del *disco rayado* y la *tercera alternativa* le fue funcional para llegar a acuerdos con su marido e incluso cuando

tuvo las entrevistas de trabajo, acompañando estas técnicas con el uso adecuado de la comunicación no verbal. Esta parte de la intervención se acompañó con el registro que se utilizó en paro de pensamiento sin embargo, se complementó con otras columnas que planteaban aspectos de la comunicación no verbal como tono y volumen de la voz, así como postura corporal.

Como parte de criterio de logro en este punto, se estableció que la usuaria debería comunicarle las expectativas que tiene de su marido y de su relación sin tener una discusión como resultado, el logro de esta tarea se hizo en dos partes ya que su esposo fue poco participativo, cuando logró comunicarle también obtuvo las demandas de él y con base a lo que se dijeron ambos lograron establecer acuerdos entre ellos, por ejemplo evitar discusiones frente a sus hijos, peleas por cosas absurdas y comunicarse sin tener que llegar a los gritos.

Por otra parte, la usuaria comentaba que se le dificultaba confiar en la gente; situación que se modificó con el trabajo de las ideas irracionales, sin embargo aún a pesar de ello no sabía cómo iniciar o mantener conversaciones, así como mantenerse tranquila frente a un grupo, lo cual se fue modificando con el uso de ensayos conductuales y tareas fuera de terapia en dónde pudiera llevar a cabo dichas habilidades.

En varias ocasiones tuvo que interaccionar con personas, por ejemplo en fiestas u organizaciones de eventos en los que ella estaba implicada, al principio no lograba congeniar y prefería salirse de las fiestas; ya que comenzaba a pensar en lo que los otros pudieran creer de ella, pero después logró sacar eventos que ella quería organizar; como la fiesta de su esposo o de su hija, obteniendo buenos resultados, es decir que aunque hubieron situaciones que provocaran su ira, no generaron actos impulsivos como en otras ocasiones había sucedido.

Como se mencionó, se observaron logros de organización, planeación y ejecución de actividades en la vida de la participante. Ante ello, cabe mencionar que al momento en que la usuaria se presentó a la terapia se mostraba incapaz de finalizar los planes que se planteaba. Como parte final de la intervención dividió actividades en tres áreas de su vida, a continuación se mencionan algunas: *personal* (mantener una estabilidad emocional y desarrollarse profesionalmente), *familiar* (dedicar mayor

tiempo en familia) y *laboral* (ingresar a una escuela secundaria como docente de ciencias y manejar un negocio propio).

Se le mencionó a la usuaria que para estas actividades debía verificar el tiempo, los recursos personales, económicos y sociales, así como la planeación detallada de estas. Al presentar su plan de vida, la usuaria comentó que al realizar esa tarea notó que su miedo a estar sola (refiriéndose a que su marido la dejara) permanecía pero que ya no era determinante para llevar a cabo sus planes.

Se le enseñaron técnicas de relajación, que complementaron algunos puntos de la intervención, tal fue el caso en la relación con sus hijos y su marido, especialmente cuando tenía que empezar a comunicarse de forma asertiva. Además observó la función que tiene dicha técnica para lograr el sueño, aunque no le fue tan funcional para el control de la ansiedad, sin embargo ante estos casos continuó utilizando paro de pensamiento.

Igualmente, se quiso realizar condicionamiento encubierto con el fin de que aprendiera a mantenerse relajada ante las peleas con su esposo, dicha técnica no le fue funcional, aunque logró entrar en relajación rápidamente no pudo mantenerse concentrada.

De esta manera, con los datos cualitativos también se pueden observar cambios; que en comparación a lo que plantea el DSM-V para el diagnóstico de TLP y a como llegó la usuaria, son bastante significativos, contrastando criterios como el desamparo, relaciones inestables, alteración de identidad, impulsividad, inestabilidad afectiva o control de ira.

Sin embargo, para ser más puntuales, uno de los cambios más significativos a rescatar aquí fue como a partir de la intervención sobre las ideas irracionales la usuaria comenzó a generar cambios en su vida y a abandonar la idea de “no hay solución”, analizó las situaciones antes de realizar algún acto o bien a expresó sus inconformidades. Cuando se le preguntó si seguía pensando en el suicidio comentó que no, que ahora era capaz de visualizar alternativas y llevar a cabo una de ellas, en contraste a antes de la terapia, donde ni siquiera se sentía con la tenacidad de plantear una solución.

Interpretación del inventario MMPI-2

Área	Puntuación T	Características
Maculinidad-femineidad (Mf)	T=51	Refiere a personas inseguras, devaluadas y con tendencia a la pasividad y la sumisión.
Histeria conversiva (Hi)	T=61	Personas que suelen querer dar buena imagen de habilidad social y simpatía. Pueden presentarse como expresivas, convencionales y moralistas.
Hipocondriasis (Hs)	T=67	Personas que no responden bien a la terapia psicológica, puesto que sólo busca ayuda médica. Sin embargo, no se encuentra la fuente orgánica de su queja.

Depresión (D)	T=70	<p>Se caracterizan por ser pesimistas, pasivas, indecisas, aisladas, indolentes y con cierta inclinación a la culpabilidad. Asimismo, reportan preocupaciones somáticas, debilidad, fatiga, poca energía y tensión constante.</p> <p>Igualmente muestran propensión a la preocupación, indecisión y poca confianza en sí mismos. Expresan sentimientos de inutilidad lo cual está bastante ligado al fracaso en el área laboral o académica, presentando dificultad para concentrarse. Evitan involucrarse con otras personas, tienen mayores tendencias suicidas que otros pacientes.</p>
Desviación psicopática (Dp)	T=74	<p>Presentan características como poca capacidad de juicio, lo que les hace ser incapaces de planear adecuadamente sus acciones. Suelen ser inestables e irresponsables, tienden a presentar arrebatos agresivos, no sentirse culpables por su conducta y pueden fingir culpa cuando están en problemas.</p>

<p>Introversión social (Is)</p>	<p>T=74</p>	<p>Son personas introvertidas, tímidas y socialmente inseguras. Asimismo, evitan involucrarse con personas significativas que le rodeen. Tienden al aislamiento y pueden presentar una probable confusión de realidad con la fantasía.</p>
<p>Psicastenia (Pt)</p>	<p>T= 79</p>	<p>En este caso refiere a personas ansiosas, tensas y agitadas, tienen preocupación por problemas insignificantes, pueden ser temerosas y aprehensivas. demuestran incomodidad, nerviosismo y con dificultad para concentrarse; se sienten inseguros e inferiores, por lo cual carecen de confianza en sí mismos. Asimismo, pueden ser personas autocríticas y moralistas, con dificultad de tomar decisiones y de hacer cambios en su vida. Por otro lado, suelen ser personas tímidas, por lo que tienen dificultad para establecer relaciones interpersonales y en la interacción con grupos grandes de personas. Igualmente, pueden presentar síntomas obsesivos compulsivos.</p>

Paranoia (Pa)	T= 87	El puntaje indica que suelen tener conductas psicóticas, delirios de persecución o de grandeza. Presentan alteración grave con riesgo de psicosis, además de sentirse maltratadas, resentidas, rencorosas con facilidad de enojo y consideran que los demás las molestan.
Esquizofrenia (Es)	T=97	Puede tener diversas interpretaciones sin embargo en este caso el puntaje puede deberse a la confusión y alteración que le produce la situación crítica a la que la usuaria se estuviera enfrentando, por ende esto no la hace psicótica o esquizofrénica.

Cuadro 1: El orden muestra el puntaje que se obtuvo de la usuaria, del más bajo a en extremo alto.

Interpretación del Test de 16 Factores de la Personalidad

Factor	Puntuación T	Descripción
A. Afabilidad	5*	Puntaje promedio, lo que puede indicar una persona afable, cálida, atenta a los demás y colaboradora. Aunque también puede ser reservada en algunas situaciones.
B. Razonamiento	7	Puntaje con una ligera desviación al polo alto, lo cual puede referir al individuo como inteligente, de pensamiento abstracto, ágil para la comprensión y solución de algunos problemas.
C. Estabilidad	1	Persona reactiva y emocionalmente cambiante, se frustra fácilmente, se victimiza y suele presentar resentimiento hacia los demás. Experimenta una cierta falta de control sobre su vida con altibajos de humor y admite que sus necesidades emocionales no están satisfechas.

E. Dominancia	3	<p>Persona cooperativa, evita conflictos y en diversas ocasiones insegura, dócil, retraída pero cuidadosa con los demás. Suele ser más cooperativa que asertiva y reconoce que deja pasar el tema si alguien hace algo que le molesta.</p>
F. Animación	6*	<p>Puntaje dentro de la media, puede referir a una persona animosa, espontánea, activa, impulsiva y expresiva. Sin embargo, tiende a tomar situaciones personales con mayor seriedad, comportándose callada y cuidadosa.</p>
G. Atención a las normas	1	<p>Puntajes bajos en este factor suelen caracterizarse como personas inconformistas, que aceptan pocas obligaciones, inestables en sus propósitos y faltas de atención en compromisos del grupo. Igualmente, se toleran fallar, no sienten necesidad de cumplirse a sí mismos y sienten placer por lo que hacen, sin embargo cuando su motivación baja tienden a cambiar de actividad. Se guían por impulsos y no tienen normas.</p>

H. Atrevimiento	2	<p>Persona tímida, temerosa, cohibida y con falta de confianza en sí misma; se encuentra al margen de la actividad social, por lo que puede presentar sentimientos de inferioridad ante ciertas situaciones. De igual forma, le resulta difícil hablar frente a un grupo de gente, se intimida fácilmente y siente miedo a avanzar en sus metas.</p>
I. Sensibilidad	9	<p>Altos puntajes en el presente factor pueden indicar a una persona sensible, sentimental, demandante de atención y afecto, idealista y en ocasiones dependiente. Se apoya en la empatía y en la sensibilidad cuando tiene que hacer consideraciones.</p>
L. Vigilancia	6*	<p>Puntaje promedio, lo cual puede indicar a una persona confiada pero con capacidad de análisis de las situaciones; adaptable pero vigilante y suspicaz, sin llegar a ser conflictiva.</p>

M. Abstracción	4	<p>Persona práctica, realista, cuidadosa, convencional, ansiosa por querer hacer las cosas correctamente, preocupada por los detalles y centrada en las actividades que tiene que hacer. Normalmente se encuentra motivada por resultados inmediatos, evita metas lejanas y confía en juicios prácticos.</p>
N. Privacidad	8	<p>Persona privada, astuta, perspicaz y discreta; se encuentra atenta al manejo de lo social. Tiende a ser cuidadosa de no herir a los demás, piensa lo que dice, es respetuosa, exacta y ambiciosa, por lo que es difícil que hable con los demás temas personales. Suele planear sus actos y mantiene una empatía social.</p>
O. Aprehensión	7	<p>Puntajes ligeramente desviados al polo alto pueden indicar a una persona autocrítica, que puede comportarse en ocasiones por miedo o culpa. Con una ligera dificultad para sentirse aceptada en grupos y que se preocupa por los diversos cambios que ocurren en su vida.</p>

Q1. Apertura al cambio	5*	Dentro del promedio, lo cual puede referir a una persona abierta al cambio, analítica, crítica y que acepta nuevas ideas.
Q2. Autosuficiencia	6*	Puntaje promedio, refiriendo posiblemente a una persona autosuficiente, con recursos para tomar sus propias decisiones, independiente. No necesita el asentimiento de los demás para realizar sus actividades, pero no necesariamente es dominante en la relación con los otros.
Q3. Perfeccionismo	6*	Puntaje dentro de la norma, indicando a una persona organizada, flexible y tolerante, con buen manejo en el área social adaptándose a las diferentes situaciones. Mantiene metas personales y persiste en alcanzarlas, teniendo un autocontrol adecuado. Es cuidadosa en sus relaciones personales, siendo considerada con los demás.
Q4. Tensión	4	Puntaje con una ligera desviación al polo bajo, lo cual puede referir a una persona relajada, tranquila, paciente, satisfecha que no se frustra con rapidez.

Cuadro 2: Descripción de los factores de la prueba 16 Factores de Personalidad. x*: Indica los puntajes dentro del promedio

DISCUSIÓN

A continuación, se retomarán los puntos más sustanciales de este proyecto con el fin de darle una estructura completa al mismo. Con base en los resultados obtenidos, se realizará una revisión con la literatura utilizada para saber que tanto ajustan y/o difieren los puntos que se plantearon en esta tesis con el trabajo de otros autores.

En la fase de evaluación; como ya se mencionó en los resultados, los datos arrojados por las pruebas y por la entrevista, dejan ver que la usuaria tenía características para ser diagnosticada con TLP tomando como base los criterios del DSM-V. Por su parte Torres (2007) menciona que dicho trastorno es una pauta duradera de percepción, de relación y de pensamiento sobre el entorno y sobre sí mismo, retoma los criterios del DSM-V, agregando que estos mismos al ser identificados por la persona se pueden reconocer como irracionales.

Sin embargo, resulta interesante notar observaciones como las de Oldham, Morris (1995) y Caballo (2004) respecto a la correspondencia sentimental que buscan estas personas en sus relaciones, las cuales se caracterizan por ser muy dependientes y extremistas como fuente del pensamiento dicotómico que manejan, tal era el caso de la usuaria respecto a la relación con su esposo; generalmente ella buscaba que él le correspondiera, que la comprendiera como ella lo hacía, que estuviera siempre de acuerdo o que actuara como ella pensaba que era lo correcto.

Sobre la misma línea, Caballo (2004) mencionaba que en el área cognitiva hay episodios micropsicóticos bajo situaciones de estrés, los cuales eran visibles en la participante, bajo estos episodios suelen predisponerse al abandono de un ser amado; en este caso se notaba cuando la participante creía que su esposo la dejaría por alguien más y esto le atemorizaba, llevándola en ocasiones a cambios de humor y por ende conflictos con su pareja. Por otro lado también creía que la gente se burlaba todo el tiempo de lo que hacía o decía lo cual era un bloqueo para crear nuevas relaciones o mantenerlas. Otro de los conflictos que afrontaba era la imagen que tenía de sí misma: inestable, débil y dependiente, viviendo con una constante preocupación por el desprecio de los demás, viéndolos como imponentes o crueles.

Caballo (2004), reconoce que los usuarios con TLP tienen una serie de distorsiones cognitivas; al citar a Beck y Freeman (1990), distorsiones presentes en la usuaria, visibles en su pensamiento catastrófico y dicotómico, también se dejaba llevar bastante por lo que ella pensaba que los demás creían, interpretando siempre a su forma ideas o pensamientos de otros.

Asimismo, se pudieron observar características cognitivas mencionadas por Beck y Freeman (1990, en Caballo, 2004) como intolerancia a la frustración al mencionar que eran muy frecuentes ocasiones en las que ya no podía soportar a sus hijos; la evaluación global que presentaba era a partir de una visión malvada hacia los demás (suegra, cuñada y esposo), victimaria de sí misma, comentando que todos estaban en su contra y con una perspectiva del futuro negativa, en la que refería tener claridad ante lo que quisiera que sucediera en un tiempo próximo.

Las características más representativas de esta población son los cambios de ánimo: ira en situaciones de estrés, poco control de impulsos, culpa y depresión (Caballo, 2005), los cuales estuvieron presentes en la participante, dificultando su relación con las personas y generando una adaptación poco funcional en los contextos que se desenvolvía. El mismo autor comenta que estos síntomas pueden provocar inestabilidad en los patrones de vigilia-sueño y problemas psicosomáticos, que se hacían evidentes en la usuaria, intensificándose con el uso de medicamentos.

Con lo anterior, cabe recordar que la probabilidad de conductas parasuicidas o suicidas es alta en esta población debido a la impulsividad de sus actos, Cervera, Haro y Martínez-Raga (2005) mencionan que la impulsividad y agresividad característica de estos casos, lleva a que los individuos no vean las consecuencias de sus actos. Los intentos de suicidio que la usuaria tuvo, se presentaron cuando ella estaba en episodios de ira, momentos en los que ella aseguraba “desconectarse” perdiendo el control de sus actos, pudiéndolos identificar como respuestas inmediatas a su impulsividad.

No pueden dejarse de lado, factores ajenos a las características del trastorno pero que sin embargo, interceden para ser parte propicia de un suicidio; Ortuño (2009) agrega además de los factores biológicos o médicos, los sociales: edad, falta de

apoyo familiar, acontecimientos estresantes y el aislamiento social. Como se mencionó durante la intervención había factores sociales que provocaban que la usuaria tuviera recaídas; no obstante con cargar con una “etiqueta” que ella se encargaba de recordarse a diario, otras personas cooperaban para reforzarle las ideas disfuncionales que tenía de sí misma y del contexto, aún cuando sabían de los antecedentes clínicos de la participante.

Respecto a las conductas parasuicidas, cuando la participante era adolescente realizaba cortes en su cuerpo sin pensar en matarse; por ende la ideación aún no estaba estructurada pero se identificaba una conducta que generalmente está asociada a la liberación de estrés o modificación del contexto (Wikinski, 2013), ésta tuvo que ser un foco rojo para la participante y la familia. Con lo que menciona la autora se puede apreciar cómo la automutilación se va condicionando con la liberación de “algo” y situaciones que pudieron ser tratadas como prevención, más adelante desembocarán en otras conductas como es el caso del intento de suicidio o la consumación del mismo, ajustando perfectamente a la definición que da Ortuño (2009): el suicidio es una solución a dolores físicos incurables, morales u otras situaciones de difícil resolución.

Las ideas irracionales que se funden en las personas son tan fuertes que en efecto modifican la percepción de sí mismos y del mundo. Si bien es cierto, que en ocasiones cuando alguien se suicida deja la incertidumbre del por qué lo hizo, también es cierto que debía tener un peso fuerte para tomar esa decisión, Sentíes (1997) mencionaba que aunque nunca se concrete un por qué, se puede atribuir que la angustia es un punto importante para la autodestrucción, por ende este autor apostaba por un tratamiento que vaya en función de reducir los terrores de las presiones internas y externas, generando vías de escape psicológicas y reales.

Retomando el tema, Sentíes (1997) mencionaba que el hecho de que alguien presente depresión o ansiedad son motivos suficientes para comenzar un tratamiento psiquiátrico, pero cabe recordar que es importante no dejar los pensamientos de la persona de lado; uno de los inconvenientes de la psiquiatría es que gran parte de los que se mueven dentro de esta área trabajan bajo la perspectiva psicoanalítica, siendo ésta de periodos muy largos y además costosa, lo cual podría tener altas probabilidades de ser poco funcional para los usuarios con

TLP, debido a la propensión tan continua que tienen al suicidio y por otra parte, al acceso económico para dicho tratamiento.

Por otro lado, Ortuño (2009) y Wikinski (2013) mencionan ciertas pautas para la identificación de conductas suicidas y su prevención, que en efecto son funcionales dentro de la práctica, especialmente dentro de la evaluación. Por su parte, el único que marca una posible intervención es el primer autor, siendo un tanto ecléctico al comentar una posible fusión entre la perspectiva psicodinámica y la cognitivo-conductual; además del acompañamiento de fármacos. La probabilidad de saber qué de lo que se hizo tuvo efecto sería un problema y por tanto, no podría apostarse a la aplicación de un tratamiento con dicho método.

Tomando en cuenta el tratamiento farmacológico en este caso, fue posible notar cierto autocontrol en la participante, específicamente con la *Fluoxetina*, un inhibidor de la serotonina encargado de controlar el estado de ánimo y los impulsos. De igual manera, se observó poca estabilidad en la ideación paranoide y en los episodios de ira de la usuaria, atribuido probablemente a la administración del antipsicótico denominado *Quetiapina*, que tenía diagnosticado cada 24 horas. Por otro lado, la participante se encontraba bajo dosis de *Clonazepam*, con el cual lograba controlar episodios de ansiedad.

Sin embargo, a pesar de la mínima estabilidad que los medicamentos le proporcionaban a la participante, ésta llegó a comentar la presencia de efectos adversos en su comportamiento, como lo fueron: cansancio extremo, náusea, temblor, dolor de cabeza e incluso mayor ansiedad; además, cabe mencionar que la usuaria afirmó querer reducir las dosis puesto que no le apoyaban en su rutina diaria, pero al intentarlo no le fue posible, pues se decía *acostumbrada* a los efectos de los mismos.

Ante ello, se pudo notar que la participante tuvo complicaciones en cuanto al manejo de los fármacos sin lograr una completa estabilidad en los puntos característicos del Trastorno Límite de la Personalidad; esto pudo ser debido a diversos factores; ya que, como lo comenta Klein (1977) las personas con el presente diagnóstico mantienen los síntomas afectivos a lo largo de su vida, por lo que es difícil brindar un diagnóstico farmacológico preciso, además que no es posible determinar un

momento en específico para suspender la intervención médica, dificultando así el control de los medicamentos.

Aunado a lo anterior, el enfoque cognitivo-conductual pretende que sus técnicas vayan sobre una base empírica, además interviene en factores biológicos, sociales y principalmente trabaja con áreas como lo fisiológico, cognitivo, conductual y emocional, siendo estos sus puntos de cambio, los cuales como mencionan Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) pasan por un proceso clínico: evaluación, análisis funcional, formulación clínica, diseño de intervención y la valoración de resultados. Los efectos del tratamiento se verán reflejados en la modificación del pensamiento y la influencia que esta tiene sobre las conductas permitiéndole una mejor adaptación al usuario en diferentes contextos.

El uso del enfoque puede verse reflejado en los resultados, el plan de intervención en efecto iba en función a las demandas de la usuaria y se diseñó a manera de que los cambios graduales fueran generando beneficios de a poco. Se planteó que lo primero que debía trabajarse eran las ideas irracionales, en cuanto estas se reestructuraron, la usuaria reaccionaba de forma diferente a cuando mantenía ciertas creencias, obteniendo respuestas más funcionales por parte del contexto, lo que ayudó a modificar la percepción que tenía de sí misma y de las quejas que reportaba, logrando por otra parte, que incrementara el compromiso con el tratamiento terapéutico.

Con lo anterior y tomando como base lo mencionado por Caballo (2004) y Beck *et al.* (2005), para que una intervención brinde resultados adecuados y funcionales, no sólo para personas con diagnóstico de TLP, sino para el ámbito clínico en general, es necesaria la atención multidisciplinaria. En este caso, es de suma importancia que el usuario sea atendido por un psiquiatra con el tratamiento farmacológico, como por un psicólogo mediante una intervención que involucre las áreas cognitiva, conductual y social; como fue el caso en esta intervención. No obstante, cabe mencionar que existió sólo un contacto inicial, debido a las posibilidades espacio-temporales de ambas partes.

Conclusiones

Los efectos logrados por la propuesta que se realizó, reafirmó una serie de supuestos respecto a la influencia que tienen los pensamientos para que las personas vean la muerte como solución y aunque muchos autores mencionan que la presencia de una ideación suicida muchas veces no significa que el acto se vaya a llevar a cabo o que las conductas parasuicidas no siempre se relacionan con el suicidio, son eventos que no deben dejarse de lado, observaciones como estas, de manera gradual podrían irse transformando en situaciones diferentes teniendo un desenlace desesperado.

Por otra parte, se observó el beneficio que se puede obtener con la psicología en casos que al considerarse “psiquiátricos” se deslindan en muchas ocasiones de esta, sedando los síntomas de los usuarios, que si bien es cierto, dependerán gran parte de su vida de fármacos, eso no evita que encuentren otras rutas funcionales como el uso de las técnicas cognitivo conductuales; no que respalden el trabajo del psiquiatra sino que le acompañen y que al llevarlas a la aplicación le ayuden para momentos en los que no consuma los medicamentos e incluso para decrementar su dosis y de esta manera ayudarle con los efectos secundarios de los mismos. Una psicología bien aplicada puede generar cambios que lucen “imposibles” para los usuarios.

Los tratamientos que se les brindan a las personas con Trastorno Límite de Personalidad e incluso a los que sin tenerlo intentan suicidarse generalmente es a base de fármacos, que debido a la experiencia que se generó en este caso inhiben las conductas impulsivas de sus consumidores y ayudan a que puedan tener una mejor actividad del sueño, pero en este caso sólo quedaba hasta ahí, acompañándole con una sesión psicológica con citas de un mes a tres meses, lo que probablemente generaba poco efecto en la usuaria.

Igualmente, a lo largo del trabajo se pudo observar que generalmente el tratamiento psicológico no parece de gran importancia dentro del ámbito de la salud y que el destino conductual y cognitivo de la gente se suele poner en manos de fármacos; no se pretende restarle importancia a éstos, pero así como no es posible pretender que todo se solucione con base en terapia, tampoco se puede esperar que el fármaco

sea la mejor salida a las quejas de los usuarios. Por ende, se afirma que la respuesta a saber cuál es el mejor tratamiento, se obtiene con una buena evaluación, la cual no se debe dejar siempre en manos de pruebas; el psicólogo cuenta con habilidades de entrevista y observación conductual, más allá de ser intérprete sólo de cuestionarios. No obstante, la función del psicólogo en la clínica bien podría ser tema de otra tesis.

Al inicio de este trabajo se mencionaba que no había una apuesta sensata por parte de la psiquiatría hacia algún tratamiento para prevenir el suicidio, ni los fármacos, ni las técnicas terapéuticas, ni la hospitalización precoz. Con ello, es posible concluir que no se debe buscar una solución determinante debido a la diversidad de cada caso, pero sí es bien sabido que gran parte de los trastornos de personalidad, así como algunas causas del suicidio, encuentran buena parte de su base en los pensamientos, lo más funcional por parte del psicólogo y del psiquiatra sería trabajar principalmente bajo un mismo enfoque, así como basarse en uno que a manera de que las distorsiones cognitivas se vayan modificando, a su vez se vean efectos de manera conductual.

Es bien sabido que los casos clínicos en la psicología no pueden generalizarse del todo, no obstante, es preciso coincidir con autores como Beck *et al.* (2005) y Caballo (2004), quienes afirman que las técnicas cognitivo conductuales hacen gran diferencia respecto a otras de diversos enfoques. Por ello, es necesario remarcar que, además de los objetivos alcanzados en otros artículos, en el presente estudio se observa que los logros por parte de la participante fueron más allá de lo esperado, alcanzando contextos más amplios. Prueba de lo anterior fue que la usuaria tuvo la certeza de comenzar la búsqueda de un empleo a fin de mantener económicamente a su familia y desarrollarse profesionalmente, lo cual reflejó un rotundo cambio en la forma de verse a sí misma no sólo en el presente sino también a futuro.

Otro punto importante a concluir de este proyecto es la importancia de una terapia individualizada y especializada, puesto que como ya se mencionó, es imposible dar por hecho que los factores de cambio sean los mismos para cada uno de los usuarios. Lo anterior se pudo notar, ya que a pesar de tener una planeación para la intervención con la participante, ésta llegaba a tomar puntos cruciales de metas que

estaban destinadas a tratarse posteriormente; fue así que, al encontrarse analizando y debatiendo las ideas irracionales que ésta tenía, también comenzaba a dar pie a conversaciones en su contexto más próximo (esposo, hermana y suegros), llegando a ser en ocasiones asertiva sin saber la definición y técnicas de la misma.

Se recomienda la participación simultánea de las personas que rodean constantemente a los usuarios con las características que se presentaron en este trabajo, debido a que muchos comentarios o conductas de estos, pueden ser determinantes para la motivación que pueda tener el usuario respecto a su mejora. Por ejemplo, en este caso algunas actitudes que tomaba el esposo de la usuaria en ocasiones hacían que se desanimara a continuar con el tratamiento psiquiátrico y psicológico, aun cuando ella sintiera y observara los cambios que se estaban produciendo. Se propone una sesión en la que se explique la situación que está viviendo la usuaria y las formas en que podrían auxiliarla.

Se sabe que algunos psicólogos no gustan del uso de pruebas psicométricas, ni proyectiva. El uso de estas en el presente trabajo fue crucial; aún cuando el terapeuta debe estar atento a los cambios cualitativos y cuantitativos que observe en las sesiones y que la usuaria reporte por medio de las tareas, también es necesario que estos se contrasten con los resultados que pueden generar las pruebas en una evaluación y post evaluación. Además es importante que se den sesiones de seguimiento para observar que los cambios se mantengan.

Otra factor a mencionar es que el terapeuta debe tener cuidado en generar dependencia al usuario de sus servicios; recordando que son propensos a esta característica, en este trabajo cuando la intervención fue llegando a su fin se le iba mencionando a la usuaria los logros que iba generando de manera individual y se le hacía saber que el trabajo estaba llegando a su fin para que al mismo tiempo pudiera generar las dudas que le quedaran de la intervención.

Por último, debe comprenderse que el trabajo con las conductas suicidas no debe enfocarse directamente sobre éstas, sino sobre lo que las ha cimentado y aunque esta tesis no pretendía vetar la decisión respecto a vivir o no, sí buscó ofrecer una posible solución al psicólogo y porqué no al psiquiatra, del cual pende la vida de la persona que busque su ayuda.

REFERENCIAS

- Águila, A. (2011). **Suicidio: la última decisión**. Trillas: México. Capítulo 1.
- Águila, A. (2011). **Suicidio: la última decisión**. Trillas: México. Capítulo 3.
- American Psychiatric Association. (2013). **DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**. American Psychiatric Publishing. Quinta Edición. 996.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastorno de la personalidad límite. En: **Guía de Consulta de los Criterios de Diagnósticos de DSM-5**. American Psychiatric Publishing. Quinta edición. 996.
- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D. D., Fleming, B., Ottaviani, R., Beck, J. y Meyer, J. (2005). **Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad**. Paidós Ibérica: Barcelona.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México. Retrospectiva y situación actual. **Salud Pública México**. 52 (4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400005
- Bravo, G, M, M. y Valadez, R, A. (2013). Solución de problemas. En: Valladares de la Cruz, P. y Rentería, A. (2013). **Psicoterapia Cognitivo-Conductual. Técnicas y procedimientos**. UNAM: México. 89-132.
- Bravo, G. M. M. y Valadez, R. A. (2013). Terapia Racional Emotivo-Conductual. En: Valladares de la Cruz, P. y Rentería, A. **Psicoterapia Cognitivo-Conductual. Técnicas y procedimientos**. UNAM: México. 89-132.
- Caballo, V. E. (2004). **Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento**. Editorial Síntesis: España. 751.
- Caballo, V, E. y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: Controversias actuales. En: **Psicología desde el Caribe**. 1 (5). 31-55. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300503>

Cervera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (2005). **Trastorno Límite de la Personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica**. Editorial Médica Panamericana: México.

Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R. y Rosales, J. (2007). Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios y su Asociación con Diversos Aspectos Sociodemográficos. **Psicología Iberoamericana**. 15 (2), 17-21. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915933003.pdf>

Esbec, E, Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. En: **Terapia Psicológica**. 32 (3). 255-264. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n3/art08.pdf>

Escribano, N, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento- En: **Intelligo**. 1 (1). 4-20. Disponible en: <https://www.trastornolimitado.com/images/stories/pdf/TLP-estudio-y-tratamiento-por-tania-escribano-nieto.pdf>

Espinosa, J. J, Blum, G. B. y Romero, M. M. P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. En: **Salud Mental**. Vol. 32 (4). 317-325. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n4/v32n4a7.pdf>

García, B, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP). **Clínica y Salud**. 18 (3). 347-361.

García, M., Martín, M. y Otín, R. (2010) Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. **Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatras**. 30 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000200005

Goldman, H. (1996). **Trastornos de la personalidad**. En: Psiquiatría General. Editorial El Manual Moderno: México. Capítulo 24.

Gunderson, J. (2002). **Trastorno Límite de la Personalidad, Guía Clínica**. Aula médica: Barcelona.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013).

Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1988). Intervenciones con individuos: terapias conductual, cognoscitivo y cognoscitivo-conductual. En: **Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales**. Limusa: México.

Kriz, J. (2001). Abordajes de terapia de la conducta. En: **Corrientes fundamentales en psicoterapia**. Amorroutu/Editores: Buenos Aires.

Labrador, F. (2008). Terapia de solución de problemas. En: **Técnicas de Modificación de Conducta**. 454-458.

OMS. (2000). **Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas, trastornos mentales y cerebrales**. OMS, estadísticas sanitarias mundiales.

Ortuño, F. (2009). Trastornos de la Personalidad. En: **Lecciones de Psiquiatría**. Editorial Médica Panamericana: México.

Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. y Vera-Villaruel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. **Revista Médica de Chile**. 137 (2), 226-233. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200006

Peña, L., Casas, L., Padilla, M., Gómez, T. y Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. **Revista Cubana de Medicina Militar**. 31 (3). 182-187. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000300005

Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. **Revista Cubana de Medicina General**. 15 (2), 196-217. Recuperado en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.htm

Phares, E. y Trull, T. (1999). Antecedentes históricos: cronología y análisis. En: **Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica**. Editorial Manual Moderno: México. Capítulo 2.

Phares, E. y Trull, T. (1999). Terapia conductual y perspectivas cognoscitivo-conductuales. En: **Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica**. Editorial Manual Moderno: México. Capítulo 14.

Rosales, J., Córdova, M. y Ramos, R. (2012). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. **Psicología y Salud**. 22 (1), 63-74. Disponible en:http://scholar.google.com.mx/scholar_url?url=http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/558/956&hl=es&sa=X&scisig=AAGBfm0Lqv1wE-euBWhhtAV1IGoheBarlg&nossl=1&oi=scholarr&ved=0ahUKEwjp-rv2laLOAhXFJCYKHQo2D2cQgAMIGygAMAA

Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). **Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales**. Desclée De Brouwer. 601.

Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Musitu, G. y Martínez, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. En: **Intervención Psicosocial**. 19 (3) 279-287. Recuperado en:<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2010v19n3a8.pdf>

Sentíes, H. (1997). Suicidio. En: De la Fuente, R. (1997). **La patología mental y su terapéutica II**. Fondo de Cultura Económica, México. Pág. 275-291.

Torres, G. (2007). Trastorno Límite de Personalidad: Tratamiento desde un enfoque Cognitivo Conductual. En: **Panamerican Journal of Neuropsychology**.1 (3). 311-320. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439642480015>

Wikinski, J. y Jufe, G. (2013). **El tratamiento farmacológico en Psiquiatría. Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional**. Editorial Panamericana, Argentina. 321-332.

ANEXOS

Anexo 1. Evaluación: Planeación de entrevista por áreas

Área 1. *Impulsividad e ira*

1. ¿Qué tan frecuentes son sus episodios de ira?
2. ¿Ha notado algún evento importante en su vida desde el cual hayan comenzado estos episodios?
3. ¿Cuánto suelen durar dichos episodios?
4. ¿Qué tan intensos llegan a ser los episodios de ira que manifiesta?
5. Durante una situación en la que sienta mucha ira ¿qué pasa a su alrededor antes, durante y después?
6. ¿Qué tipo de pensamientos tiene antes, durante y después de un episodio de ira?
7. ¿Qué hace antes, durante y después de un episodio de ira?
8. Como consecuencia a los medicamentos ¿ha tenido algún síntoma físico o una situación de ira o impulsividad?
9. Los síntomas físicos que ha tenido ¿los atribuye solamente a los fármacos?
10. ¿Ante qué situaciones ha notado que siente mayor ira?
11. ¿Durante su infancia y/o adolescencia manifestaba situaciones de impulsividad e ira? ¿Podría ejemplificar alguna?
12. ¿Qué es lo peor que usted considera que ha hecho a consecuencia de la impulsividad?
13. ¿En algún momento de su vida ha llegado a presentar autolesiones? (Por ejemplo: cortes en brazos, piernas o alguna otra parte del cuerpo)
14. ¿Ha tenido otros intentos de quitarse la vida? ¿Ante qué situaciones?
15. ¿Cuál es su perspectiva de la muerte?
16. Antes de recurrir al tratamiento farmacológico ¿buscó alguna otra solución?
17. ¿Se ha realizado estudios a nivel cerebral?

Área 2. *Situación familiar y de pareja*

1. ¿Cómo es la relación que lleva con su esposo?
2. Defina qué es una “buena relación” para usted.
3. ¿Cómo es la relación con sus hijos?
4. Normalmente ¿quién suele indicar las reglas y límites hacia sus hijos?
5. ¿Nota alguna preferencia de sus hijos hacia ustedes?
6. ¿Qué tipo de dificultades ha tenido al educar a sus hijos?
7. ¿Qué tipo de conflictos ha tenido con su esposo?
8. Defina qué es un conflicto para usted
9. ¿Qué soluciones han buscado?
10. ¿Cuándo fue la última vez que logró solucionar un conflicto?
11. ¿Le ha comentado algo su esposo acerca de la atención que se encuentra recibiendo actualmente?
12. ¿Ha notado cambios en su situación familiar con el tratamiento farmacológico?
13. ¿Cómo inició su relación de pareja?
14. ¿Cómo era su relación de pareja cuando no tenían hijos?
15. ¿En qué momento nota que comenzaron los problemas con su pareja?
16. Al principio de su relación de pareja ¿cómo solían arreglar sus problemas?
17. ¿Cómo fue su crianza de niña?
18. ¿Tiene algún antecedente psiquiátrico familiar?
19. ¿Alguien de su familia ha tenido problemas de consumo?

Área 3. *Situación social*

1. ¿Qué otras personas, además de su esposo e hijos, considera como un apoyo para usted?
2. ¿Cómo es la relación con sus demás familiares?
3. Actualmente, ¿continúa frecuentando a sus padres? ¿Cada cuándo? ¿Por qué?
4. ¿Cómo es la relación que lleva con la familia de su esposo?
5. ¿Se considera una persona sociable? ¿Por qué?

6. ¿Por qué decidió estudiar una ingeniería?
7. Antes de ser madre ¿solía ejercer su carrera?
8. Cuando trabajaba ¿lo disfrutaba?
9. ¿Tuvo algún problema en su antiguo trabajo?
10. ¿Le gustaría regresar a ejercer su carrera?
11. ¿Cómo fue su adolescencia?
12. En la etapa de la adolescencia, ¿solía tener muchos amigos?
13. En alguna etapa de su vida ¿ha consumido alguna sustancia? (Por ejemplo: alcohol, tabaco, otras drogas)
14. ¿Ha tenido algún problema con abuso de sustancias?
15. Antes de conocer a su pareja ¿tuvo otras relaciones? ¿cómo fueron?
16. ¿Cómo ha enfrentado las pérdidas de pareja que haya tenido?

Anexo 2. Ideas irracionales de Albert Ellis.

Ideas irracionales de Ellis

- 1- La idea de que toda persona adulta necesita verdaderamente ser amada o aprobada por virtualmente todas las personas allegadas en su comunidad.
- 2- La idea de que, para sentir que uno vale la pena, tiene que ser absolutamente competente, adecuado y triunfar en todos los aspectos posibles.
- 3- La idea de que ciertas personas son malas, malvadas e infames y deberían ser culpadas y castigadas severamente por su infamia.
- 4- La idea de que es horrible y catastrófico que las cosas no resulten como uno quisiera.
- 5- La idea de que la infelicidad proviene de causas externas y que las personas pueden hacer muy poco o nada para controlar sus penas y aflicciones.
- 6- La idea de que, si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debe sentirse terriblemente preocupado por ello y seguir pensando en la posibilidad de que ocurra.
- 7- La idea de que es más fácil evitar que enfrentar ciertas dificultades y responsabilidades de la vida.
- 8- La idea de que uno debe depender de los demás y necesitar a alguien, más fuerte que uno mismo, en quien confiar.
- 9- La idea de que nuestro pasado es un importantísimo factor determinante de nuestra conducta actual, y que, si alguna vez algo influyó fuertemente en nuestra vida, seguirá produciendo indefinidamente un efecto similar.
- 10-La idea de que uno debería sentirse sumamente afectado por los problemas y personas de los demás.
- 11-La idea de que, invariablemente, los problemas humanos tienen una solución correcta, precisa y perfecta, y que lo catastrófico es que no se encuentre esa solución perfecta.

Imperativos

- 1- TENGO QUE
- 2- DEBO DE
- 3- ES HORROROSO U HORRIBLE
- 4- NO PUEDO SOPORTAR
- 5- NO PUEDO
- 6- NECESITO

Anexo 3. Registro de frecuencia.

Formato de registro de frecuencia

Situación	Pensamiento	Consecuencia (Inmediata)		
		Conductual ¿Qué hice?	Emocional ¿Qué sentí?	Cognitiva ¿Qué pensé?

Registro de frecuencia de la usuaria

Registro de frecuencia

Instrucción: Escriba en el cuadro el pensamiento que se genera a partir de una situación en específico, así como sus consecuencias.

Situación	Pensamiento	Consecuencia (Inmediata)		
		Conductual ¿Qué hice?	Emocional ¿Qué sentí?	Cognitiva ¿Qué pensé?
Solicitar Información sobre una contratación de un plan de celular	Me están ignorando	Llamar 2 veces a los empleados	Enojo	Que no tengo presencia
Ir al centro de Salud a vacunar a mi hijo	Me está negando el servicio	Preguntar sobre más opciones	Frustración	Que es algo común en los servicios
Dejar al cuidado de mi suegra a mi hijo	Que no le es grato cuidarlo	Solo escuchaba y no quedarme con sus comentarios	Tolerancia	Que es su forma de ser y así será siempre
Mi suegro entra a casa sin avisar	Que el no estaría de acuerdo si yo le hiciera lo mismo	Platicarlo con mi esposo	Tolerancia	" "
Sale mi esposo a la misma hora no le gusta estar en casa	Celos, desconfianza y enojo frustración	Le pedi explicación de donde estaba	Furia	Que me engaña y no lo siento cincero oculta algo

Registros de pensamientos irracionales de la usuaria

Registro de Frecuencia

Situación	Pensamiento inmediato	Consecuencia	Pensamiento más funcional	Consecuencia
No estuve a tiempo	Frustración Coraje	Alteración Descontrol Confusión	Yo hice lo mejor para estar a tiempo	Mejorar mi tranquilidad Sacar el día adelante
Hacerme acercarme a saludar a la maestra de mi hija	Mejor no la saludo y evito que nos vea	Ser descortez y poco amigable	Saludarla y hacer plática sobre el momento	Satisfacción X no sentir pena
Interacción con mi suegro	Es un pesado	Enojo Pelear	Disfrutar mi día con mi familia	Tranquilidad Relajación
Despedirme de una persona	Me está ignorando y le caigo mal	Sentir enemistad	La persona está en otra casa	Saludarla y ser empática
Asistir a reunión con amistades de mi hija	Sentirme observada e ignorada	Inseguridad Dificultad para entablar una conversación	Sacar temas en común y ser empática	Menos estrés, Inseguridad Alteración Impulsividad
- Dice mi esposo que no creo en él	Enojo Coraje Resentimiento	Disolución	No voy a alzar la voz y decirle que	no me parece que me hable mal <hr/> Se evite una disolución mayor

Disciplinar a mis hijos	Enojo y culpabilidad	Gritar y posteriormente acceder a sus peticiones (algunas)	Frustración, enojo, tristeza	No quería pensar, estaba muy cansada
Ver una mujer arreglada	Que quiere gustarle a mi esposo	Actúe normal	Celos y tristeza	Que yo valgo más por muchas otras cosas
Pedirle a mi esposo que cuide de los niños y tener una discusión por esto	Nunca quiere cuidarlos para él solo es importante el trabajo y sus cosas	Malestar me demostro No hablar y quedarme con mi enojo	Resentimiento Culpabilidad Desconfianza Egoísmo Desamor	Ignorarlo para que no peleara pero me siento sola y triste

Registro de frecuencia

	Situación	Pensamiento inmediato	Consecuencia	Pensamiento más funcional	Consecuencia
Lunes	Visita de mi suegra a la casa	Estoy cansada y ocupada	Sentirme estresada y mal humor	Ignorar la situación y continuar mis actividades	Tranquilidad y una pelea menos con mi esposo
Martes	Solicitar informes sobre un servicio	Que este cerrado	Inconformidad	Preguntar si aun estaba abierto	Podría obtener la información que requería
Miércoles	Organizar salida de preescolar	No puedo hacerlo	Enojo Frustración	Enviar mi propuesta y ser empática	Satisfacción pero rechazo hacia las personas que no pensaron igual que yo
Miércoles	Preparar una clase	Aburrimiento Negación No puedo	Disponer mis planes	Abrir el libro y leer pensando que estaba	Satisfacción • ¿conductual?
Miércoles	Noche familiar	Amor, Cariño y ganas de consentirlos	Consancio pero satisfacción	* Aguantar mi consancio y no pretender estar tranquila	Ver a mis hijos jugando - Al final explotó xq no se dormían los niños

Registro de frecuencia

	Situación	Pensamiento inmediato	Consecuencia	Pensamiento más funcional	Consecuencia
VIERNES	Discusión con Roberts	No puedo con esto	Furia, estrés, tristeza cansancio	Tranquilizarme y detener la situación	Relajación
SABADO	Reunion familiar	No los aguanto	Estrés Enojo Cansancio	Detonar mi ansiedad y decir un mínimo de lo que siento	Tranquilidad
DOMINGO	Desacuerdo entre familia	Enojo Frustración Cansancio	Desconexión familiar y ambiente hostil	Superar la crítica y enfundar la situación	

Registro de frecuencia

Situación	Pensamiento inmediato	Consecuencia	Pensamiento más funcional	Consecuencia
Realizarme un corte de Cabello	Mejor no para que	Sentirme insegura	Es mejor ahora porque tengo el tiempo y lo necesito	Seguridad
Comprar la comida	ahorita dejo todo no descanso y me enoja	Angustia	Es mejor comprarla y decirle a mi esposo que estoy cansado	Llegar a un acuerdo con mi esposo
Discusión con mi esposo	Enojos De nada sirvo	Tristeza Angustia Enojo	Decirle a mi esposo que no me agrada como trato la situación	Reconciliación
Llevar al parque a los niños	No tengo ganas, que los lleve mi esposo yo siempre estoy a sus cuidados	Descontrol de los niños	Aplicar técnica de relajación	Relajación Estrés

Registro de frecuencia

Situación	Pensamiento inmediato	Consecuencia	Pensamiento más funcional	Consecuencia
Queja de la escuela por mala conducta de Aytin	La maestra esta desprestigiando a Aytin	Enojo Estres	Platicar la situación y pedirle a Roberto que lo solucionara	Tranquilidad y solución al problema
Preparar clase	No se nada, no puedo	Angustia Ansiedad Enojo	Hablar con Roberto que necesitaba de su ayuda para organizar mi tiempo.	Preparar la clase Estar tranquilo
Preparar el desayuno y dejar lista a Aytin	Estar motivado por hacer algo diferente.	Tranquilidad	Organizarme y delegar responsabilidades	Salir en tiempo y estar tranquila.
Llegada a la escuela para dar clase a nuestra maestra	Pensar en que las cosas pueden salir bien y no siempre mal	Bajar el nivel de nerviosismo	No pasa nada solo es algo mas en la vida	Presentar la clase.
Discusión con mi hermana	Porque no puede ser madura.	Enojo	Entender que no puedo cambiar o modificar el ser de una persona.	Aceptación

Anexo 5. Registro de Asertividad.***Formato de registro de Asertividad*****Registro
Comunicación asertiva**

Situación	Conducta (verbal)	Volumen de voz	Tono de voz	Postura	Consecuencias

Registros de Asertividad de la usuaria

Registro Comunicación asertiva

Situación	Conducta (verbal)	Volumen de voz	Tono de voz	Postura	Consecuencias
Pedir Aylin que apague la tv	Aylin Apaga la tv por favor	Medio Alto	firme	firme	Apagar la Tv al aplicar la tecnica de d
Disusion por mi suegra	Decir directamente a mi suegra las cosas	Medio Alto	Fuerte	Tensa	Donto Banco Final de niebla al tema y dejar de pe
Entablar conversacion	Solo decir lo minimo	Bajo	Debil	Tensa	Quedar en la incertidomb
Disusion con mi esposo	Comunicarle a mi esposo que no me ha agrada su tono de voz	Medio	firme	Tensa	No parar la situacion

Registro
Comunicación asertiva

Situación	Conducta (verbal)	Volumen de voz	Tono de voz	Postura	Consecuencias
1- Discusión con mi esposo		Alto	Alto	Evasivo	Enojo Frustración Tristeza
2- Solucionar pequeño inconveniente de la fiesta de preescolar		Bajo	Timido Inseguro	Tensa	Quedar con incertidumbre
3- Realizar Pago en cajero		Medio	Medio	Relajada	Realizar y resolver un pago

**Registro
Comunicación asertiva**

Situación	Conducta (verbal)	Volumen de voz	Tono de voz	Postura	Consecuencias
Interacción con maestras de aylin		Firme	Medio	Tensa	Confusion
Dar solución a la cancelación de boletos de	la fiesta de Kinder	Alto	Seno	cl la defensiva	Insatisfacción
Comentarle a una mamá que el evento no tiene nada	que ver con la escuela	Firme	Medio	Firme.	Solucionar malas entendidos
Hablar con aylin sobre su comportamiento	Disco Rayado	Medio	Medio	firme	Haer reflexionar Aylin

**Registro
Comunicación asertiva**

Situación	Conducta (verbal)	Volumen de voz	Tono de voz	Postura	Consecuencias
① Solicitar ayuda a Roberto para preparar mi clase		Medio	Seguro	Firme	Lograr delegar responsabilidades
② Clase abierta		Medio	Inseguro Nervioso	Tensa	Satisfacción
③ Platicar sobre las expectativas y definir si obtendría el trabajo	Ninguna	Medio	Inseguro	Firme	Incertidumbre.
④ Conversación con persona de la Mamá compañera de clase de diez años.	No dar información personal y sentirme observada.	Medio Alto	Inseguro	Defensa	Incertidumbre.

Anexo 6. Plan de vida realizado por la usuaria.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	QUE SE REQUIERE	EJECUCION	
Independencia personal, laboral y familiar	CORTO PLAZO	1. Llevar a betito a la guarderia	Buscar y agendar cita en guarderías cercanas para conocer información de precios, horarios y modo de trabajo	15 días, Azcapotzalco
		2. Generar ingresos	Organizarme y buscar una idea que me genere ingresos extras, investigar requisitos para abrir un local de dulces o artículos para fiesta, materias primas	5 meses, en enero 2018 Azcapotzalco
		3. Trabajar por las mañanas dando clases a nivel secundaria	Revisar temas del primer bloque para y estudiar para estos temas en matemáticas, física y química	14 Agosto, azcapotzalco
	CORTO MEDIANO	1. Capital propio	Administrar mis ingresos para generar un ahorro	enero 2019, azcapotzalco
		2. Realizar Maestria	Teniendo un ahorro invertir un porcentaje en actualización profesional	febrero 2018, en línea UNITEC o TEC DE MONTERREY O UNAM
		3. Estabilidad emocional	Buscar alternativas naturales para continuar con mis terapias sin tomar medicamentos	enero 2019, azcapotzalco
	LARGO PLAZO	1. Comprar casa propia	Una estabilidad en la familia tanto económica y emocional, para ver las diversas opciones de compra de un inmueble	2021, azcapotzalco
		2. Tener negocio propio	Consolidar negocio familiar y establecer roles y derechos de cada integrante de la familia	2024, azcapotzalco
		3. viajar conocer otros países en familia	Al tener una estabilidad económica, un sustento y una buena administración de un negocio, planear anualmente el conocer nuevos países en familia	2032, azcapotzalco

Anexo 7. Plan de intervención por sesión

Técnica(s) a utilizar	Procedimiento	Criterio de logro	Tarea	Duración en sesiones
Objetivo específico 1: La usuaria reestructurará los pensamientos disfuncionales que presenta.				
Justificación: Es importante que para un avance significativo en la terapia, la usuaria modifique las creencias y pensamientos irracionales que tiene de ella misma y de su contexto.				
Objetivo particular 1: La usuaria identificará sus pensamientos irracionales (teniendo como base la lista de <i>creencias irracionales</i> de Ellis).				
Justificación: Para lograr una modificación en las ideas y creencias irracionales de la participante, es necesario que de inicio pueda reconocerlos; posteriormente ella logrará debatir dichos pensamientos.				
<p><i>Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis:</i> La técnica consistirá en realizar un debate (utilizando el <i>diálogo socrático</i>), a partir de los pensamientos irracionales que presente, los cuales se verán reflejados en la <i>lista de Ellis</i> (Anexo 1) y en las ideas que haya generado durante la semana anterior.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le darán a leer una serie de oraciones utilizadas para identificar los tipos de ideas irracionales que se relacionen con las quejas que presenta. 2. Se le explicará a la usuaria que los pensamientos con los que se identificó son poco funcionales de forma individual y social. 3. Se le pedirá que contextualice ante qué situaciones se identifica con esas oraciones. 4. Se le entregará un registro de frecuencia (Anexo 2) con el fin de que reconozca ante qué situaciones se generan estos pensamientos, así como lo que sucede después en forma conductual, cognitiva y emocional. 5. Se retomará la tarea que la participante realizó respecto a la identificación de las situaciones que le activaron tales pensamientos. 6. Se le explicará a la usuaria el proceso de la técnica a aplicar, mencionándole que en el momento que lo desee podrá detenerlo. 7. A continuación, se tomará la idea menos frecuente para ponerla en cuestión mediante la aplicación del <i>diálogo socrático</i>. 8. La aplicación de este diálogo parará cuando la usuaria comience a aceptar los argumentos que se le han dado. 	<p>La usuaria presentará el registro con un mínimo de cinco pensamientos irracionales. Deberá explicar la razón de su interpretación como <i>ideas irracionales</i>, así como las consecuencias conductuales, emocionales y fisiológicas de los mismos.</p>	<p>Aplicación del registro de frecuencia.</p>	<p>Se cubrirán las sesiones 6, 7 y 8.</p>
Objetivo particular 2: La usuaria modificará las ideas irracionales que pudo identificar por argumentos más funcionales y reales.				

Justificación: Parte del seguimiento de la técnica *TREC* es que la participante logre modificar sus argumentos por otros más reales. Es así que, es indispensable mostrarle a la usuaria con argumentos lógicos, pragmáticos y empíricos que los pensamientos que tiene no logran sustentarse con la realidad que está viviendo.

<p>Se le mostrará a la usuaria la técnica <i>paro de pensamiento</i>, la cual consistirá en introducirla en estado de relajación y presentarle una situación que le provoque ansiedad o estrés. Posteriormente, se le preguntará acerca del pensamiento que tenga en ese momento. Por último, uno de los terapeutas subirá el volumen de la voz diciendo la palabra "<i>para</i>", con el fin de que la participante pueda detener el pensamiento disfuncional que tenga en ese momento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le explicará de manera detallada a la usuaria el objetivo de la técnica, mencionando que puede detenerla en cualquier momento si así lo desea. 2. Se le pedirá a la participante que se acomode en su silla con una postura relajada (los pies apoyados en el suelo, las piernas separadas a la altura de los hombros, los cuales deberán encontrarse relajados). 3. A continuación se le mostrará a la usuaria la manera correcta de respirar. Se le indicará que coloque una mano en su pecho y la otra en el estómago, para posteriormente inhalar de 3 a 5 segundos y exhalar en el mismo tiempo (la mano sobre su pecho no deberá moverse, al contrario de la de su estómago, que tendrá que identificar cuando su estómago sube y baja). Una vez controlada la respiración, se le indicará que cierre los ojos. 4. En seguida, se comenzará con el proceso de relajación, llevando la respiración de la usuaria cada vez más profunda. Se le preguntará acerca de qué tan relajada se siente después de dos a tres respiraciones. Una vez que de la escala del 1 al 10 ella mencione el número 8 se comenzará a introducirla en la situación hipotética. 5. Se le mencionará una situación con la que se encuentre familiarizada que le provoque ansiedad, frustración y/o estrés. Cabe mencionar que se observará todo el tiempo su comportamiento no verbal con el fin de identificar su estado de relajación. 6. Posteriormente, se le preguntará sobre su estado de relajación; una vez que este haya decrementado, se le preguntará acerca de sus pensamientos y la conducta que emitiría en ese momento. 7. En cuanto los terapeutas noten que la participante se sienta mayormente ansiosa o comience con rumiación de pensamiento, éstos emitirán la palabra "<i>para</i>", dando un golpe en la mesa, con el fin de que la participante se 	<p>La usuaria modificará los pensamientos trabajados durante las sesiones en situaciones de su vida por al menos por una semana.</p>	<p><i>Registro de pensamientos irracionales</i> que se le presenten y una alternativa más funcional ante los mismos en diferentes situaciones. Asimismo se le pedirá que anote las consecuencias de cada uno de los acontecimientos.(Anexo 3).</p>	<p>Se realizará durante la sesión 9</p>
--	---	--	---	---

	<p>sobresalte y detenga lo que se encuentre pensando.</p> <p>8. Se le preguntará acerca de su experiencia con la técnica y se le explicará la función que puede tener un estímulo externo, ya sea un golpe o una palabra, en los pensamientos irracionales y recurrentes.</p> <p>9. A partir de la técnica anterior, se le brindarán propuestas de pensamientos diferentes y sus posibles consecuencias.</p>			
<p>Objetivo específico 2:La usuaria aprenderá técnicas de habilidades sociales con el fin de que logre aplicarlas en su vida cotidiana.</p>				
<p>Justificación: El uso funcional de las habilidades sociales ayudará a la usuaria a mejorar en sus relaciones, así como a modificar la percepción que tiene de sí misma.</p>				
<p>Objetivo particular 1: La usuaria modificará la percepción que tiene de sí misma, cognitiva y conductualmente.</p>				
<p>Justificación: Es necesario que la participante note cambios en sí misma de acuerdo a sus demandas para que se sienta cómoda cuando tenga que socializar en diferentes contextos. Asimismo, esto apoyará la intervención con los pensamientos irracionales que presenta.</p>				
<p>Se le mostrará a la participante la que puede llegar a un <i>autocontrol</i> a partir de la técnica <i>autoinstrucciones</i>, la cual consistirá en analizar otras posibles opciones de cómo actuar en situaciones de descontrol e impulsividad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le mostrará a la usuaria una manera funcional de autocontrolarse a partir del reconocimiento de sus emociones, así como la forma en la que las manifiesta; esto se logrará a partir de ejemplos de situaciones en su vida diaria. 2. Se le presentarán diferentes situaciones de su vida cotidiana, podrán utilizarse las que comenta como quejas durante las sesiones. Ella deberá mencionar la manera cómo reaccionaría, así como las posibles consecuencias para así misma y los demás. 3. Posteriormente, se le pedirá que piense alguna otra forma para dar solución a la situación; de manera que mencione una lista de posibles soluciones más funcionales (utilizando la <i>lluvia de ideas</i>). En caso que no brinde ninguna idea, los terapeutas le propondrán otras opciones. 4. Se evaluarán las consecuencias de las posibles soluciones brindadas y se le propondrá a la usuaria aplicarlas en situaciones similares. 5. Por último, se le mostrará a la usuaria la técnica <i>Autoinstrucciones</i>, explicándole que ante alguna situación en la que ella detecte que puede perder el control utilice el <i>paro de pensamiento</i> seguido de instrucciones a sí misma para actuar de forma más funcional. 	<p>La usuaria presentará al menos cinco situaciones en las que modificará las consecuencias (conductual, emocional y física) a partir de las autoinstrucciones que genere.</p>	<p>Se utilizarán los registros de pensamientos irracionales del objetivo anterior, a fin que la usuaria extienda su repertorio de soluciones a un problema. (Anexo 3).</p>	<p>Realizándose en conjunto al objetivo anterior en la sesión 9.</p>

Objetivo particular 2: La usuaria comunicará de forma asertiva lo que siente, piensa y quiere. Asimismo realizará elogios y otro tipo de reforzamientos positivos a los demás.

Justificación: Es necesario que la usuaria logre comunicarse de manera asertiva como un complemento al objetivo anterior, a fin de comenzar a reforzar sus habilidades sociales e incrementar sus redes de apoyo.

<p>Se brindará un <i>entrenamiento en asertividad</i>, el cual consistirá en primera instancia, en la psicoeducación de los términos: <i>pasividad, asertividad y agresividad</i>; posteriormente se explicarán las consecuencias de una persona pasiva, agresiva y asertiva, para por último, mencionar las características de una comunicación asertiva, así como las diferentes técnicas a utilizar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le explicará a la usuaria de forma teórica y con ejemplos qué es la <i>asertividad, pasividad y agresividad</i>. Asimismo, se tomarán situaciones hipotéticas para tocar las consecuencias de los actos de cada forma de comunicación. 2. A continuación, se le explicará a la participante las características básicas para lograr una comunicación asertiva, como lo es: argumento, postura, tono y volumen de voz. 3. Posteriormente, se le brindarán las siguientes técnicas de comunicación asertiva, así como su explicación: <i>disco rayado, banco de niebla y tercera alternativa</i>. 4. Con base en lo anterior, se le pedirá a la usuaria que hable de situaciones en las que considera que tuvo que ser asertiva y no lo fue; asimismo, como parte del ejercicio deberá decir alguna otra manera de responder si fuera asertiva. 5. Por medio de un ensayo conductual se le mostrará a la usuaria cómo expresarse con asertividad, tomando en cuenta: volumen y tono de voz, postura y que el mensaje que quiera transmitir sea claro y coherente. Dentro del mismo cubículo la usuaria mostrará cómo reaccionaría ante alguna situación. Es importante mencionar que para el desarrollo del presente punto se podrán utilizar problemas que presente en su vida cotidiana. 	<p>En contraste con la literatura, la participante reaccionará de forma asertiva en al menos 4 situaciones de su vida diaria.</p>	<p>La usuaria reportará de forma escrita cinco momentos en los que tuvo que reaccionar de forma asertiva.</p> <p>Asimismo, llevará a cabo un registro de asertividad (Anexo 4).</p>	<p>Se cumplirá con el objetivo en las sesiones 12, 13, 14, 15, 16 y 17.</p>
---	--	---	---	---

Objetivo particular 3: La usuaria aprenderá a mantener conversaciones con diferentes personas en su entorno.

Justificación: Debido a la comunicación disfuncional que lleva con su esposo y familia en general, es necesario que la usuaria genere la habilidad de iniciar y seguir conversaciones que se presenten en su contexto.

<p>Se utilizará a técnica denominada <i>Ensayo conductual</i>. Se crearán escenarios hipotéticos que integren su contexto familiar,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le expondrá a la usuaria la importancia de saber iniciar y mantener una conversación con personas cercanas a ella, haciendo uso de las herramientas trabajadas en los objetivos anteriores. Se tomarán los siguientes tres contextos: familiar (principalmente en casis con su 	<p>La usuaria comunicará sus expectativas y logros de la terapia, sin que se genere algún conflicto verbal y/o</p>	<p>a) La usuaria realizará una lista con sus expectativas y logros de la</p>	<p>El presente objetivo se realizará en las sesiones 18 y 19.</p>
---	--	--	--	---

<p>social y laboral.</p> <p>Primeramente, se le pedirá a la usuaria que muestre cómo reaccionaría ante alguna situación preparada anteriormente por los terapeutas, para después indicarle diferentes maneras de hacerlo y así obtener consecuencias más adecuadas.</p>	<p>esposo e hija), social (madres de compañeras de su hija, hermana y/o miembros de la familia de su esposo) y laboral (futuro jefe y compañeros de trabajo).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Se realizarán ensayos conductuales, representando tres situaciones de los contextos mencionados. Para dichos ensayos se le pedirá a la usuaria que aplique las técnicas que se le proporcionaron en sesiones anteriores. 3. Se retroalimentará a la usuaria sobre su participación en cada ensayo conductual, tomando en cuenta los criterios aprendidos en objetivos anteriores. 4. Se realizarán los ensayos conductuales necesarios con el fin que la usuaria se encuentre segura al comunicarse en las tres situaciones hipotéticas. 	<p>físico.</p>	<p>terapia.</p> <p>b) La usuaria comunicará a su esposo la lista que realizó con lo que desea hacer de manera asertiva.</p>	
---	---	----------------	---	--

Objetivo específico 3: La usuaria propondrá un plan de vida en el que incluya áreas de interés personal, familiar y laboral.

Justificación: Con el fin de reforzar lo aprendido durante la intervención y para generarle más interés por el futuro, es necesario que la usuaria identifique hacia dónde apuntan sus objetivos y cómo llegar a la realización de estos.

<p>Se le pedirá a la participante que realice un <i>proyecto de vida</i> con las áreas: personal, familiar y laboral.</p> <p>También se le mostrará la técnica denominada <i>análisis de tareas</i>, con el fin que se le facilite la ejecución de sus objetivos. Esta técnica consistirá en mostrarle cómo se puede dividir una conducta en varios pasos sencillos, en este caso utilizando uno de sus objetivos específicos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La usuaria presentará un anteproyecto en el cual reportará las expectativas que tiene de su vida de los 35 a los 50 años. 2. Se le mencionará a la usuaria la importancia de tener un <i>proyecto de vida</i>, remarcando sus argumentos acerca de no saber planear y ejecutar sus planes. 3. En seguida, se le explicará en qué consiste armar un <i>plan de vida</i>, así como sus componentes y características (objetivos generales y específicos, ejecución y temporalidad). Asimismo, se le comentarán los tipos de planes que puede realizar (a corto, mediano y largo plazo). 4. Posteriormente, se le pedirá que analice y divida cada una de sus expectativas en sus diferentes contextos (personal, familiar y laboral), y así comenzar a formar el plan. 5. Conforme a sus demandas (ejercer un nuevo empleo, comenzar amistades, mejorar su relación de pareja, entre otras) se le ayudará a encontrar diferentes herramientas para lograr dichos objetivos. 6. De igual forma, se le apoyará (en caso que lo necesite) en brindarle ideas para la ejecución de sus 	<p>La usuaria presentará su <i>plan de vida</i> (Anexo 6), teniendo mínimo dos modos de ejecución.</p>	<p>La usuaria llevará a la aplicación concreta su demanda más inmediata.</p>	<p>Se realizará en la sesión 20.</p>
--	--	--	--	--------------------------------------

	<p>objetivos.</p> <p>7. De acuerdo a la demanda más inmediata que tenga la usuaria en su plan, se le enseñará un <i>análisis de tareas</i>, con el fin de concluirla con éxito.</p>			
<p>Objetivo de cierre: La usuaria se retirará de la intervención terapéutica con las herramientas necesarias para alguna recaída.</p>				
<p>Justificación: Es indispensable brindarle a la participante una atención adecuada si se llega a presentar alguna recaída, a fin que ella no interprete que la terapia no le fue funcional.</p>				
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le remarcarán los logros que ha tenido durante la intervención psicológica, remarcando cómo era antes de ingresar y cómo ha logrado mantener comportamientos más funcionales en sus diferentes contextos. 2. Se le recordarán las técnicas vistas durante la intervención, recalando el <i>paro de pensamiento</i> ante creencias irracionales y las técnicas de asertividad que aprendió. 3. Se le mencionará que a pesar de que es su última sesión, se le brindará atención de seguimiento, el cual consistirá en buscarla a los 6 meses, 1 año y 5 años posteriores a la terapia, a fin de observar cambios o conflictos que pudiera tener en un futuro. 			<p>El objetivo de cierre se llevará a cabo en las sesiones 21 y 22.</p>