



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. UN ESTUDIO DE CASO”.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

JOSÉ JUAN VARGAS GONZÁLEZ

Directora: Lic. MARÍA DEL ROSARIO GUZMÁN RODRÍGUEZ
Dictaminadores: Lic. JUANA OLVERA MÉNDEZ
Lic. BRENDA ADMIN GONZÁLEZ MUÑOZ



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, octubre 2018.



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:

En primer lugar quiero dedicar este logro a mis padres. A ti mamá por ser mi apoyo incondicional, por tu entrega al trabajo y a duras jornadas laborales para darme las herramientas necesarias para alcanzar mis sueños. A mi papá por ser gran ejemplo, apoyo y consejo, dejándome así la herencia más grande que pudiera recibir, la oportunidad de crecer en todos los sentidos, académicos, profesionales y personales. Agradezco infinitamente a los dos por todo lo que han hecho por mí y por mi bienestar.

A mis hermanos, Rogelio quien es ejemplo de constancia y dedicación. Verónica quién siempre ha creído en mí, y hemos consolidado un lazo familiar inigualable y hermoso. Así mismo agradezco a los integrantes de mi familia quienes motivaron mi crecimiento.

Quiero agradecer a Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la cual me brindó la oportunidad de desarrollar conocimientos y habilidades necesarios para mi construcción como profesional.

A mi directora de tesis, la Lic. María del Rosario Guzmán Rodríguez, quien creyó y confió en mí, y ha compartido su tiempo, conocimientos, paciencia ante mi inconsistencia y labor para la construcción de este gran triunfo. Ha sido y seguirá siendo usted gran inspiración y modelo de muchas generaciones de estudiantes que deseamos en algún momento amar nuestra profesión tanto como usted ama el servir a nuestra querida Institución.

A mis sinodales, la Lic. Juana Olvera Méndez, quién por años ha demostrado su pasión por la enseñanza y que la educación va más allá del aula, demostrando una genuina preocupación por el bienestar de sus alumnos, ganándose mi completa admiración y cariño. A la Lic. Brenda Admin González Muñoz, quien sin duda alguna es ejemplo de perseverancia; mi especial

agradecimiento por sus consejos, su sabiduría, apoyo y ánimo, que me brindó durante la elaboración de este trabajo.

Agradezco a la comunidad de la Parroquia de San Pedro Apóstol quien por años me ha alentado a seguir a adelante a pesar de las adversidades. En especial menciono al R.P. Israel Salinas y al Lic. Sergio A. Rivera, que se han demostrado incondicionales hacía mi persona en todo momento. Mis palabras nunca podrán comunicar el gran aprecio que siento por ustedes.

A Julio, Víctor, Daniela, Gloria, Lidia, Edgar, Gustavo y a todos mis amigos que me han acompañado en esta gran aventura, he sido testigo de su confianza, cariño y comprensión a lo largo de los años. Ustedes han sido una roca en la cual yo he podido descansar en los momentos más difíciles.

Gracias a todos y cada uno de ustedes.

“Por mi raza hablará el espíritu”.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.....	8
1.1. Introducción a los trastornos de personalidad.....	8
1.1.1 Una visión general de los Trastornos de Personalidad.....	11
1.1.2 Clasificación de los Trastornos de personalidad.....	14
1.1.3 Prevalencia.....	18
1.2. Teoría de los trastornos de la personalidad.....	20
1.2.1 Perspectiva Psicoanalítica.....	21
1.2.2 Perspectiva Cognitivo- conductual.....	26
2. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	29
2.1. Definición y prevalencia.....	32
2.2 Etiología y sintomatología.....	34
2.3 Diagnóstico (DSM V y CIE 10).....	40
3. EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	46
3.1 Introducción.....	46
3.1.1. Antecedentes de la teoría cognitivo-conductual.....	48
3.1.2 Bases teóricas del modelo y técnicas cognitivo-conductuales.....	61
3.2 Metodología de la Terapia Cognitivo-Conductual.....	62
3.3 Diferentes aplicaciones de la TCC.....	63
3.3.1 El modelo cognitivo-conductual en los trastornos de personalidad.....	64
4. INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	70
4.1 Teoría cognitiva de Beck.....	71

4.2 Terapia cognitiva centrada en esquemas.....	79
4.3 Terapia dialéctica conductual de Linehan.....	82
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.	87
5.1 Entrevista	87
5.2 Resultados y Análisis.....	93
5.3 Propuesta de intervención de caso.	117
CONCLUSIONES.....	129
REFERENCIAS	137
ANEXOS.....	147

INTRODUCCIÓN.

Los trastornos de personalidad tomaron un marcado interés dentro de la psicología en la década de los ochenta debido a las alteraciones sociales que implican, gracias al alto porcentaje de personas con rasgos anómalos involucrados y relacionados con accidentes automovilísticos, laborales y deportivos; las urgencias, la recuperación lenta de las enfermedades del eje 1 del DSM y de las orgánicas, recaídas médicas, abuso y maltrato infantil, reincidencias legales, adicciones, fracasos maritales, entre otros (Guzmán, 2008).

Entre los trastornos de personalidad podemos subrayar el Trastorno de Personalidad Límite (Borderline), esta es la causa una condición severa con una prevalencia alta a nivel mundial, y el cual es frecuentemente diagnosticado junto a los trastornos emocionales, los trastornos de ansiedad, bipolar, narcisistas y los trastornos esquizotípicos y esquizoides (Bateman y Fonagy, 2016).

Sin duda una de las causas de la importancia del estudio del trastorno límite de la personalidad se debe a la incidencia y prevalencia que ha presentado en los últimos años. Quiroga y Errasti (2001), citados por Hidalgo (2016), asegura que la prevalencia de este trastorno de personalidad, actualmente es bastante alta, ya que entre el 10% y 13% de la población padece TPL (Trastorno de personalidad límite), y con respecto a la población clínica Caballo (2004), menciona que la prevalencia abarca entre el 30% al 60%, lo que manifiesta la necesidad de estudio e investigación en este campo.

Otra dificultad añadida al TPL es la multiplicidad diagnóstica que este implica, ya que como apuntan Pailhez y Palomo (2007), entre el 80% y 90% de pacientes con trastorno límite tiene otro diagnóstico añadido y el 40% tienen dos o más.

Del mismo modo Hidalgo (2016), subraya el enorme sufrimiento que el TPL ocasiona tanto al paciente como sus familiares y los que se encuentran a su alrededor, pues es causa de conductas auto lesivas que se presentan entre el 60% y el 80% de los pacientes que lo padecen y una de las primeras causas de hospitalización.

Si bien no podemos establecer cuál es el origen exacto de los TP y en especial del TLP, autores como Linehan (2014), mencionan la existencia de una correlación estrecha entre este trastorno y experiencias invalidantes y traumáticas durante la infancia como el abuso sexual, siendo así que los investigadores han estimado que hasta un 75% de los individuos con TLP han experimentado algún tipo de estos abusos en las primeras etapas de la vida.

Aunque no queda clara la etiología de la personalidad limítrofe, trabajos realizados nos han dado un gran acercamiento a la comprensión del trastorno y a la definición de su sintomatología. Como ya se mencionó los síntomas de este trastorno pueden ser variables en el estudio de cada caso, sin embargo autores recalcan las principales características de los síntomas.

Fiori y Semarari en Semarari y Dimaggio (2008), aseguran que después de las investigaciones realizadas por Kernberg, la falta de integración ha sido considerada una de las principales características principales del funcionamiento psíquico de las personas denominadas como borderline, es decir es común observar en estas personas inestabilidad con respecto a las imágenes de sí mismo y de las relaciones interpersonales que establece.

Linehan (2014), a su vez menciona que el principal síntoma en el TPL es la desregulación de las emociones, entendiendo como el resultado de un conjunto de disposiciones biológicas, sociales, del contexto ambiental y determinada transacción entre dos factores durante el desarrollo, es así como la teoría biosocial asevera que los sujetos con este trastorno tienen problemas para regular varias, sino todas sus emociones producidas por la vulnerabilidad emocional y por el uso

de estrategias inadecuadas para la modulación emocional resultando así en conductas, sentimientos y pensamientos pocos adaptativas.

Para entender un poco más a cerca de la sintomatología, podemos formar dos grupos de síntomas. El primero de ello se engloban las conductas con tendencia auto lesivas, los pensamientos cuasi psicóticos, las regresiones en el tratamiento, la poca adherencia a este, aumentando la necesidad de hospitalizaciones. El segundo grupo abarca sentimientos crónicos de vacío o rabia, el miedo a la soledad o al abandono y la suspicacia (García, Martín y Otín, 2010).

Durante mucho tiempo el diagnóstico del trastorno fue demasiado complicado por razones muy concisas. En primer lugar la comorbilidad característica del borderline imposibilita realizar una clasificación razonablemente clara entre el TLP y otros Trastornos. En segundo lugar teníamos la poca información acerca de las tareas que tendría que realizar el psicólogo clínico diferenciándose el psiquiatra y otros profesionales de la salud, aunado a la falta de conceptos bien establecidos dentro de la salud mental.

Para superar este tipo de problemáticas la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés), realizaron grandes esfuerzos para llegar a clasificaciones precisas que nos sirven para enlistar nominalmente los diversos cuadros y trastornos mentales, de manera que podamos realizar un diagnóstico con base en la sintomatología comúnmente presentada en cada caso.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (2013), clasifica el trastorno límite de la personalidad como el “patrón dominante de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos...” (p.p 663).

En la intervención psicológica del TLP podemos mencionar que el psicoanálisis a través del tiempo se ha encargado de destinar demasiado tiempo a la comprensión y tratamiento.

Sin embargo como asegura Gunderson (2002), durante los últimos años ha crecido el interés por las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de este trastorno debido a la enorme tendencia hacia el empirismo y a la presión por parte de la gestión sanitaria en el sentido de establecer objetivos bien definidos y concretos, así como límites temporales, aunado a los conocimientos que han recabado los terapeutas cognitivo- conductuales gracias a su poca inferencia y al uso de evaluaciones que muestran mayor efectividad en contraste con las evaluaciones dinámicas.

Un aspecto fundamental de la psicoterapia enmarcada en el modelo cognitivo-conductual, es la premisa de que las personas reaccionamos a la interpretación de los hechos, lo que puede no corresponder a los hechos mismos. Por lo tanto uno de los objetivos de la psicoterapia cognitivo-conductual (CC), es reestructurar favorablemente el sistema de creencias y valores para así mejorar el punto de vista de los pacientes hacia ellos mismos y su relación con los otros de manera que puedan ser personas con una mayor funcionalidad en su contexto (Mahoney y Freeman, 1985).

De esta manera las terapias cognitivo-conductuales han asumido que las personas podemos acceder a los sentimientos, pensamientos y problemas concretos de manera que después de la intervención los pacientes mismos puedan autorregular las interferencias percibidas ante un hecho y así modificar las consecuencias negativas o indeseables que obstaculizan el logro de objetivos.

Dicho lo anterior y como menciona Linehan (2003), no cabe duda que una parte crucial para el tratamiento del TLP es la psicoterapia. Como se mencionó anteriormente en el Trastorno Borderline se trabaja desde dos orientaciones psicoterapéuticas diferentes: la psicodinámica, ejemplos de ella podemos

mencionar la terapia de mentalización de Bateman y Fonagy y la terapia focalizada en la transferencia de Kernberg y Clarkin; y la terapia cognitivo- conductual como la terapia cognitiva de Beck, terapia cognitiva centrada en esquemas Young, terapia dialéctica conductual de Linehan, entre otros.

La literatura que aborda los trastornos de personalidad desde la posición cognitivo-conductual no es muy extensa y se ha centrado principalmente en la modificación de conductas problemáticas específicas, aunque el pronóstico al realizar estas modificaciones no es muy alentador, asegura Caballo (2001).

Una de las intervenciones basada en la reestructuración cognitiva, es la terapia desarrollada por Beck que aunque debe su fama mundial y popularidad a sus investigaciones realizadas acerca del tratamiento de la depresión, comenta Oblitas (2013), la tríada cognitiva se ha expandido a otros campos distintos al de la depresión, como a los trastornos de ansiedad y pánico (Beck y Emery, 1985), trastornos de personalidad (Beck, Freeman, Pretzer, Davis; Fleming, Ottaviani, Simon, Padesky, Mayer, Trexler, 1990), y otras conductas como adictivas, de alimentación y obesidad, trastornos infantiles, medicina conductual y en el área de la salud y problemas de pareja.

Beck y cols. (2015), aseguran que el modo en la que las personas procesan los datos sobre sí mismas y sobre los demás sufre una influencia de sus creencias y otros componentes propias de su estructura y organización cognitiva. Citando a Pretzer (1990), el autor añade algunos supuestos cognitivos claves: “El mundo es peligroso y malo”, “soy impotente y vulnerable” y “soy intrínsecamente inaceptable”.

Los autores proponen que aunque los pacientes con TLP presentan una notable inestabilidad en muchos aspectos de su funcionalidad, una intervención cognitiva intensa y dirigida puede reducir los síntomas propios del trastorno, así como alterar sus esquemas nucleares subyacentes.

Otro de los autores altamente reconocidos por sus trabajos enfocados en el tratamiento de la personalidad limítrofe, es Young quien desarrolló la terapia cognitiva centrada en esquemas. Esta es un tratamiento integrador que tiene sus raíces en la terapia cognitiva, la teoría del aprendizaje y la investigación realizada en el campo de la psicología evolutiva, fue especialmente pensada para la intervención eficiente de los pacientes que presentan trastornos de personalidad y de los que no responden adecuadamente a las intervenciones cognitivas convencionales o sufren constantes recaídas después del tratamiento psicoterapéutico (Farrel y Shaw, 2012).

Estos mismos autores señalan que el objetivo de la terapia de esquemas (TE) va mucho más allá del aprendizaje de habilidades conductuales e incluye el trabajo del cambio de personalidad, concebido como un descenso en la intensidad de los esquemas que desencadenan una emoción infra o supra modulada y los estados de acción a los que se les dio el nombre de modalidades. Estas modalidades de esquemas que fueron esbozadas por Young en el 2003, para los pacientes de TLP se han visto empíricamente validadas por distintas investigaciones, entre ellas los trabajos realizados por Lobbestael, Van Vreeswijk y Arntz (2008).

En los últimos años el surgimiento de la terapia dialéctica de Linehan, ha marcado un precedente importante en el tratamiento de este trastorno, pues su aplicación metodológica ha dado gratos resultados empíricos resultando como una propuesta altamente viable y beneficiosa al compararse con otro tipo de intervenciones. Esta propuesta nació después de que su autora asegurara haber intentado tratar el TLP siguiendo las diferentes propuestas de intervención cognitivo- conductual para el trastorno sin ningún éxito.

Podemos entender como dialéctica a la técnica de diálogo que intenta persuadir y discutir para descubrir la realidad mediante la exposición y confrontación de razonamientos y argumentos entre sí. La dialéctica como terapia

conductual tiene dos significados según Linehan (2014), el primer significado define la naturaleza fundamental de la realidad, mientras que el segundo significado hace referencia a un diálogo y a una relación persuasiva, esto con respecto al enfoque de tratamiento o estrategias usadas por el terapeuta para llevar a cabo el cambio.

Sin duda alguna las tres estrategias terapéuticas mencionadas han logrado grandes aportes al tratamiento de la personalidad límite y es notorio que estas son compatibles entre sí, compartiendo en cierta medida sus objetivos y abriendo la posibilidad de una aplicación y evaluación de forma conjunta, utilizando la gama de técnicas de tratamiento que nos ofrecen para poder obtener un mayor beneficio para el paciente que sufre este trastorno.

Basados en lo anterior el objetivo de la presente investigación es realizar una propuesta de intervención y tratamiento psicoterapéutico eficaz de un caso de trastorno de personalidad límite tomando en cuenta las características diferenciales del paciente.

La relevancia del objetivo radica, que en la actualidad existe una ausencia de datos empíricos que hablen de un tratamiento establecido como eficaz para el trastorno límite de la personalidad (Navarro y López, 2013). Lo anterior, aunado a la dificultad que conlleva el tratamiento de este trastorno por su comorbilidad y su amplia gama de manifestaciones sintomatológicas nos hace caer en la hipótesis que al realizar un estudio exhaustivo de las características concretas de un paciente con TLP se puede adaptar un tratamiento psicológico que resulte más eficaz comparado con la aplicación aislada de las estrategias ya propuestas en los últimos años.

Esto nos podría llevar a descubrir la verdadera relevancia que poseen las características clínicas, personales, contextuales, culturales y sintomatológicas, para el tratamiento límite de la personalidad, mejorando el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y calidad de vida de los pacientes que sufren este trastorno.

1. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

1.1. Introducción a los trastornos de personalidad.

La humanidad desde sus primeros años se ha interesado en la comprensión de un sin fin de eventualidades, con ello ha creado métodos y estrategias que facilitan su estudio y su manipulación. Sin ser la excepción el estudio de la personalidad ha atraído la atención del hombre desde la antigüedad.

De acuerdo a Téllez (2010), el estudio de la personalidad ha pasado por tres fases principales: la literaria y filosófica, la protoclínica, y la clínica y experimental. La primera fase incluye aportaciones que se realizaron diferentes filósofos mediante la introspección y la deducción. La segunda está basada en los esfuerzos médicos para tratar la conducta anormal e involucra un sin fin de aportaciones neurológicas y psiquiátricas realizadas desde el siglo XVIII. Con respecto a la tercera, la etapa clínica y experimental comprende la participación de realizaron las ciencias de la conducta como la psicología y las neurociencias que emergieron desde el siglo XIX con las investigaciones de Charcot y Freud.

Desde etapas muy tempranas al indagar sobre los factores que estaban involucrados en el comportamiento del ser humano, las primeras hipótesis hablaban de temperamentos heredados, que además de marcar un actuar predeterminado e integrarnos como sujetos, se observó que determina en cierta medida el comportamiento de los recién nacidos de manera que tenían un proceder nervioso o tranquilo (Oldman, Skodol y Bender, 2007).

A pesar de esos primeros acercamientos, el saber de la conducta no se reducía a una explicación simple e insípida y tras varios años de estudios se llegó a la deducción teórica de la existencia de un sistema organizado de creencias que ayudará al entendimiento de la naturaleza humana, la personalidad (Jones, 2009).

Al respecto Vallejo (2015), menciona que la personalidad es una construcción hipotética, que pretende proponer explicaciones de la psicología del sujeto de un marco teórico y conceptual preestablecido. Es así que desde la psicología clínica no hay posibilidad alguna de la observación inmediata de la personalidad, sino que su estudio resulta de una serie de inferencias que se realiza a través del estudio del establecimiento mental a partir de características conductuales y cognitivas del sujeto.

Es así, que a pesar de que la personalidad no es una organización tangible, nos da cuenta de los mecanismos psicológicos que configuran la identidad de una persona. Por otro lado Sahler y Carr (2008), definen la personalidad como los patrones individuales característicos de pensamiento, sentimientos y conductas que se forman de manera temprana y permanecen estables a lo largo de la vida.

A su vez Mischel y Shoda (1995) y Westen (1995) en Heim y Westen (2007), definen personalidad como la serie de patrones estables de tipo cognitivo, emocional, motivacional y conductual, que se activan en determinadas circunstancias.

Sin duda alguna el concepto de personalidad resulta complicado de definir y comprender, es uno de los constructos más complejos y polémicos por las diferentes posturas de los autores, Barreto (2015) por su lado, señala que cuando se habla de personalidad, comúnmente puede pensarse en:

- Los rasgos que evidencian el actuar de las personas.
- La configuración individual, referida al comportamiento y vivencias de las personas.
- A cierta construcción personal que la persona ha incorporado en: valores, actitudes, convicciones, percepciones, cultura, saberes, conocimientos, etc.
- A aquello psicológico e individual que puede verse afectado o trastornado en algún periodo de la vida.

- Una forma de ser consistente y permanente en el tiempo que identifica a las personas.
- Las diferencias individuales que pueden presentar las personas, pese a evidentes semejanzas físicas, cognitivas o emocionales.

Los conceptos anteriores contienen dos aspectos fundamentales que señala Jones (2009): en primer lugar, que la personalidad se refiere a aquellas características que distinguen a un individuo de otro, lo cual particulariza a las personas como entes independientes y diferentes; y en segundo lugar, la personalidad es esencialmente persistente a través del tiempo y de las situaciones.

En síntesis la personalidad no es concebida como una entidad concreta y específica, sino más bien como la suma de propiedades y características psicológicas (emocionales, afectivas, cognitivas, comportamentales, sociales, culturales, ambientales, etc), que caracterizan el modo de ser propio y particular del individuo y que lo identifican como tal, a través del tiempo y de las diferentes situaciones y roles que desempeña. Siendo así la personalidad más que la suma de sus componentes, es decir, una propiedad emergente que se halla en un constante cambio y crecimiento continuo (Belloch y Fernández, 2010).

Con respecto a la etiología de la personalidad Téllez (2010), asegura que la organización de la personalidad se constituye a través de la maduración neurobiológica, las experiencias tempranas, las relaciones interpersonales, las experiencias y acercamientos afectivos con los padres o cuidadores, los mecanismos de identificación y la incorporación e introyección de las normas sociales.

Siendo entonces la personalidad, fruto de la compleja interacción de factores ambientales, genéticos, sociales, culturales que otorgan identidad al individuo y lo convierten en un ser único e irrepetible. Entendiendo así que la

contribución y síntesis de todos los elementos que intervienen en la formación mental del individuo, le otorgan identidad propia. Esta organización (personalidad), tiene tal relevancia que permite al ser humano crecer inmerso en la sociedad, aprender de su entorno y sus experiencias. Pero sin duda alguna esto nos lleva a pensar a cerca de la personalidad que no resulta funcional y que el conflicto interno es una de las cualidades que le distinguen.

Definir el concepto de psicopatología ha creado serios conflictos a lo largo de la historia pues al tratar de definir qué es un trastorno y qué es normal lleva a la difícil tarea de establecer una línea divisoria o un umbral muy delgado pero real entre lo normal y lo anormal (Ortiz, 2015), determinando de manera más abrupta quien está enfermo y quién se encuentra sano con respecto a la implicaciones mentales y sus funciones Sánchez (2008).

De acuerdo a Jones, et. al. podemos señalar como personalidad patológica o calificar como un trastorno de la personalidad cuando los diversos patrones de comportamiento o cognitivos resultan excesivos en la inflexibilidad que presentan a tal grado de ser des adaptativos. A esto se le añade la identificación de la presencia de una serie de síntomas que deterioran de manera significativa la vida diaria del sujeto.

1.1.1 Una visión general de los Trastornos de Personalidad.

Justamente los trastornos de personalidad (TP de ahora en adelante), han cobrado en los últimos años una relevancia significativa en la psicología y en la psiquiatría por su alta incidencia en la población y por su presentación comórbida con otros trastornos. Aunada a la importancia ganada en la década de los ochenta debido a las alteraciones sociales que implican, dado al alto porcentaje de personas con rasgos anómalos involucrados y relacionados con accidentes automovilísticos, laborales y deportivos; las urgencias, la recuperación lenta de las

enfermedades del eje 1 del DSM y de las orgánicas, recaídas médicas, abuso y maltrato infantil, reincidencias legales, adicciones, fracasos maritales, entre otros (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe, 2008).

El Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (2013), DSM-5 por sus siglas en inglés, define como trastorno de la personalidad al “patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o un deterioro” (p.645).

Por otra parte la La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (CIE-10) considera que los trastornos de personalidad se presentan cuando el modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse, se desvía de forma importante de las normas aceptadas y esperadas de la propia cultura (Téllez, 2010).

Dicho de otra manera, los individuos con TP se caracterizan por su inflexibilidad adaptativa y por sus limitadas estrategias para relacionarse con los demás, alcanzar metas y afrontar el estrés. Los trastornos que se caracterizan por lo anterior con frecuencia aparecen en la adolescencia, revelan patrones de respuesta características muy generalizadas y consistentes en diferentes situaciones, y que perturban a través del tiempo, lo que genera una angustia significativa (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006), siendo esta o alguna otra consecuencia en la mayoría de los casos el motivo de consulta dentro de la clínica psicológica o psiquiátrica.

Sin embargo los TP, están presentes en diferentes culturas alrededor del mundo y es común su mal diagnóstico, presentan una diversidad en su naturaleza, manteniendo esa heterogeneidad en su etiología, evolución, clínica y tratamiento,

por lo que representan un enorme desafío para quienes lo tratan (Beck y Freeman, 1995; Koldbosky, 2005; en Koldobsky, 2009).

Belloch y Fernández (2008), Caballo, Salazar y Carrobles (2011), Sarason y Sarason (2006), Obiols (2008), Ortiz (2004) y Vallejo (2011) en Ortiz (2015), describen los criterios más utilizados en la práctica clínica.

1. Criterio biológico: Se centra en la idea de que las manifestaciones psicopatológicas se deben a disfunciones de estructuras o procesos biológicos, es decir que los TP tienen una etiología meramente orgánica.
2. Criterio clínico: Se trata del reconocimiento, por una parte del evaluador, de unas alteraciones objetivas, como serían los síntomas o signos cuya presencia supone una disfunción. Sin embargo la evaluación del clínico pudiera resultar de una evaluación subjetiva.
3. Criterio estadístico: Parte del supuesto de que las características de las personas tienen una distribución normal en la población general. Por lo tanto, las experiencias anómalas serían todo aquello que se desvía de la norma.
4. Criterio social: Considera patológico aquello que se desvía de las normas sociales establecidas, lo que se parta de las normas dominantes en una determinada sociedad o en un momento histórico.
5. Criterio de sufrimiento: Referido a la ausencia o presencia de dolor, en este caso dolor psiquiátrico. Este criterio implica que la anormalidad psicológica debe concentrarse en una vivencia subjetiva dolorosa.
6. Interferencia en el sufrimiento: Se refiere a que el problema esté causando algún deterioro que interfiera en el desarrollo de la vida cotidiana de la persona que padece. La interferencia se refleja en una o varias áreas importantes de la

vida, como el trabajo, las actividades sociales o de ocio, la vida familiar o de pareja, entre otras.

Sintetizando lo anterior podemos mencionar que, la personalidad trastornada es disfuncional porque no es útil desde el punto de vista adaptativo, es dañina porque no se ajusta a las experiencias sociales y genera sufrimiento y perjuicio en el individuo y en su entorno, las conductas presentadas revelan un modo de ser dañino que no se adecua a las necesidades culturales y al logro de objetivos, además que se pueden identificar por su omnipresencia, es decir, las anomalías se hacen patentes en un amplio rango de comportamientos, sentimientos, experiencias internas y en circunstancias muy diversas (Belloch y Fernández, 2010).

1.1.2 Clasificación de los Trastornos de personalidad.

“La patología de la personalidad” se ha incluido en la mayoría de las principales clasificaciones de los trastornos de personalidad, Las contribuciones bien conocidas de los pioneros europeos de la psiquiatría descriptiva, como Kraepelin (1904), Bleuler (1924), Kretschmer (1926) y Schneider (1923), tuvieron una influencia muy importante en los psiquiatras norteamericanos de principios de siglo XX. Generalmente estos autores se limitaron a describir tipos de personalidad o temperamentos, tales como el asténico, el autista, el esquizoide y el ciclotímico o cicloide. Estos autores pensaban que tales temperamentos eran precursores o formas menos graves de trastornos psicóticos, como la esquizofrenia o la psicosis maniaco-depresiva. Como se puede observar, estas clasificaciones son claros precursores del actual “espectro” del Eje I y Eje II del DSM 5 (Oldham, 2007).

En la actualidad los TP se clasifican de acuerdo a la presencia o predominancia de rasgos de comportamiento específicos. Esta tarea es complicada en muchos de los casos y, a menudo, difícil de realizar, porque con

mucha frecuencia una persona presenta rasgos de comportamiento que corresponden a uno o más trastornos de personalidad (Téllez, 2010), y es tarea del psicólogo clínico realizar un diagnóstico adecuado para que la intervención sea exitosa.

De acuerdo a lo anterior Koldobsky (2010), asegura que de manera general en los TP podemos observar trastornos comórbidos del ánimo, de sustancias y de ansiedad que pueden complicar el cuadro clínico. Un claro ejemplo de esto es la depresión, que se puede presentar como una depresión mayor o como una distimia con rasgos depresivos comunes en otros trastornos; el uso de sustancias es común en lo pacientes con TP, este además de complicar el cuadro clínico coayuda a la manifestación de ideaciones suicidas e incluso a la presencia de un riesgo mayor de suicidio; de igual manera es frecuente observar conductas violentas, auto-lesivas, sexuales riesgosas, de automutilaciones, miedo al abandono, vulnerabilidad a la re victimización, solo por mencionar algunas conductas que dificultan el diagnóstico del paciente.

Volviendo a la clasificación de estos trastornos, las versiones más recientes del DSM agrupan los trastornos de personalidad en torno a tres grandes tipos de características genéricas y que en total constituyen once categorías diagnósticas, establecidas a partir de una serie de criterios estrictos, a manera de criterios de inclusión y exclusión.

En primer lugar, en el grupo A, se encuentran los sujetos extraños, donde tienen lugar los trastornos esquizoides, esquizotípicos o paranoides; en el grupo B, los sujetos inmaduros, teatrales, volubles o impulsivos (histriónicos, narcisistas, antisociales y límite), y, en tercer lugar, en el grupo C, se encuentran los temerosos o ansiosos que incluye a los evitadores, dependientes, compulsivos o pasivos-agresivos (Vallejo, 2015; Caballo, 2004).

De acuerdo a Caballo (2004), la taxonomía categorial produce descripciones simples y claras, pero en cierta medida son menos cercanas a la

realidad por las razones que ya se mencionaron, mientras que un modelo dimensional presenta información más precisa aunque su uso resulta más complejo.

La clasificación del DSM-IV- TR (2000), y del DSM- V (2013), adoptan una posición categorial, aunque da cierto crédito a los modelos dimensionales. En los siguientes cuadros podemos observar los criterios diagnósticos generales del DSM- V (2013) y del CIE- 10 (1992), para el diagnóstico de un trastorno de personalidad.

Tabla 1. Criterios del DSM- V (2014) para el diagnóstico del trastorno general de la personalidad.

Criterios	
A.	Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cognición (formas de percibir e interpretarse uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos). 2. Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional). 3. Funcionamiento interpersonal. 4. Control de los impulsos.
B.	El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
C.	El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes.
D.	El patrón es estable y de largo duración, y su inicio se remonta al menos a la

	adolescencia o edad adulta temprana.
E.	El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
F.	El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o de otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico).

Tabla 2. Criterios del CIE- 10 (1992) para el diagnóstico de un trastorno de específico de la personalidad (Caballo, 2004).

Criterios	
G.1.	El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse se desvían de forma importante de las normas aceptadas de las normas esperadas de la propia cultura. Esta desviación ha de manifestarse en más de una de las siguientes áreas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cognición. 2. Afectividad. 3. Relación con los demás y manejo de situaciones interpersonales. 4. Control de los impulsos y satisfacción de deseos.
G.2.	La desviación debe manifestarse de forma generalizada como un comportamiento rígido y desadaptativo que interfiere en una amplia gama de situaciones personales y sociales.
G.3.	Se produce malestar general, efecto negativo en el entorno social o ambos, claramente atribuibles al comportamiento referido en el criterio G2.
G.4.	Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, con inicio al final de la infancia o en la adolescencia.
G.5.	La desviación no puede ser explicada como consecuencia o manifestación

	de otros trastornos mentales del adulto.
G.6.	La desviación no se debe a una enfermedad del sistema nervioso central, traumatismo o disfunciones cerebrales.

En el sistema diagnóstico (DSM), como ya se mencionó, clasifica a los TP en el segundo de los ejes, junto con el retraso mental. La inclusión de ambos conjuntos de trastornos en un eje común, diferente del primero de los ejes, recoge los propiamente denominados trastornos mentales y responde probablemente al deseo de acentuar la invariabilidad o estabilidad a lo largo del ciclo vital de los TP, que compartían esta característica con el retraso mental: una condición que, por decirlo de un modo gráfico, no se “aprende”, sino que el individuo “nace con ella”, aseguran Belloch y cols (2010).

1.1.3 Prevalencia.

De manera general se estima y se acepta que la prevalencia de los trastornos de personalidad es alta y su prevalencia se ha estimado en un rango 10% a 20% (Téllez, 2010; Sadock y Sadock, 2009). En la población que se encuentra en atención primaria la cifra se sitúa entre el 20 y 30% (Jones, 2009), mientras que la tasa aumenta de forma espectacular a 20%- 40% entre la población que presenta algún trastorno mental (Belloch y Fernández, 2008 y 2010). Con respecto a la población mexicana Saties (2011), menciona que los TP están presentes en el 6,1% de la estadística de esta región.

Con respecto a los TP que más se presentan Ferrer y cols. (2015), realizaron una investigación con estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, el propósito de este fue establecer la prevalencia de los trastornos de personalidad en esta población, aplicando el Inventario Clínico Multiaxial de Millon

(MCMI- II) de Millon (1987) a 1907 estudiantes con un edad media de 22 años de seis universidades diferentes.

Los resultados de esta investigación arrojó datos significativos con relación a la prevalencia de los trastornos de personalidad. El trastorno que más se presentó en la población y por ende alcanzó el mayor porcentaje fue el trastorno límite de la personalidad (18,9), seguido del esquizotípico (5,9%) y el paranoide (5,7%). De igual manera el porcentaje más elevado en mujeres fue el límite (12,5), luego el esquizotípico (3,4%) y el paranoide (2,7%). Con respecto a los hombre el porcentaje más elevado fue el límite (6,4), seguido del paranoide (3,0%) y del esquizotípico (2,0%).

Datos semejantes presenta Belloch y Fernández (2008), quienes mencionan que los trastornos límite, por dependencia, evitativa y esquizotípico son los que presentan las cifras más elevadas de prevalencia.

De manera contraria Saties (2011), asegura que en la población mexicana los trastornos de personalidad más frecuentes son los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico (4,6 %), seguidos por los trastornos de personalidad evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo (2,4%), y los menos frecuentes son los trastornos de personalidad antisocial, límite, narcisista e histriónico (1,6%).

Resultados similares a esto obtuvieron Pérez, Fernández, Bringas y Rodríguez (2014), al realizar un estudio de la prevalencia de los TP en una muestras de 345 internos en prisión, de acuerdo a los criterios del CIE-10.

Estos autores encontraron que los trastornos con mayor prevalencia son el esquizoide (58,8%), el obsesivo compulsivo (57,7%) y paranoide (48,7%), mientras que los trastornos disocial (20,3%), histriónico (20,3%) e inestabilidad emocional de tipo impulsivo (16,8%) y límite (10,1%) son los que alcanzaron menos porcentajes.

Al discutir los resultados de la investigación, que parecen contrarios a la prevalencia señalada por la literatura existente, recalcan la diferencia en los instrumentos utilizados en su metodología y en los criterios diagnósticos del CIE-10 en los cuales se basaron, que sin duda alguna influye una diferencia considerable con los criterios comúnmente empleados del DSM.

Sin duda alguna y a pesar de los esfuerzos para mejorar el diagnóstico de estos padecimientos vivimos aún dentro de datos confusos y que se contraponen entre sí. Dentro de la diaria es común observar gracias a los nuevos cambios sociales que las cifras estimadas de prevalencia aumentarán en los últimos años.

1.2 Teoría de los trastornos de la personalidad.

Durante muchos años tanto la psicología como la psiquiatría han desarrollado estudios para entender de una mejor manera los TP y así actuar sobre ellos de una manera más eficaz (Ortiz, 2015). Para ello, conocer las causas y acercarse a los motivos por el que puede aparecer un trastorno y qué factores influyen en su desarrollo es una de las incógnitas que se tienen más presentes en estas disciplinas científicas

Una de las primeras contribuciones significativas a la caracterización y clasificación de los desórdenes de personalidad fue ofrecida por Pritchard (1835), en su obra "A treatise on insanity", en la cual utilizó el término de "locura moral" para describir la condición en la cual las facultades mentales e intelectuales parecen tener una lesión prolonga que afectaba principalmente mecanismos emocionales, sentimentales y de hábitos. Estos trabajos fueron el impulsor para considerar diferencias bien marcadas entre los trastornos de personalidad con el resto de los trastornos mentales (Belloch y Fernández, 2008).

En la actualidad las teorías de los TP son contrastantes entre sí, competitivas y en ocasiones opuestas, pero el desarrollo de estas sigue contribuyendo al proceso en el que está inmerso el estudio de estos eventos (Kldobsky, 2009). Heim y Westen (2007), mencionan que entre las teorías que se han formulado alrededor de estos trastornos en el siglo XX, las más utilizadas en la práctica clínica son las psicodinámicas y las cognitivo sociales o cognitivo-conductuales.

De primera instancia se puede mencionar que entre estas dos se comparte la idea de que el tratamiento de los TP es, por lo general, más productivo identificar y modificar problemas nucleares. Con respecto a las diferencias entre los dos enfoques, radica en la visión de la naturaleza de la estructura nuclear.

De acuerdo a Ingram y Hollon (1986) para la escuela psicoanalítica esas estructuras son inconscientes y de difícil acceso para el paciente. Desde el punto de vista cognitivo-conductual, los productos de ese proceso son en gran medida conscientes y, con un entrenamiento especial de factible acceso a la consciencia (López, Rondón, Alfano y Cellerino, 2013)

De manera más puntual Belloch y Fernández (2010) consideran que las diferencias entre las dos posturas radica en el acercamiento metodológico que utilizan para su detección y evaluación, en el número de rasgos básicos que se postulan como necesarios para explicar la configuración nuclear de los rasgo, o en su génesis.

1.2.1 Perspectiva Psicoanalítica.

El psicoanálisis es una práctica terapéutica y una rama de la psicología que fue descubierta por Sigmund Freud, hace más de 100 años, médico de profesión quien al estudiar las enfermedades de sus pacientes encontraba que algunos de

los padecimientos que los atormentaban no tenían una explicación fisiológica, de aquí nace la búsqueda constante de un tratamiento clínico que diera respuestas y resoluciones a pacientes neuróticos e histéricos.

Actualmente su trabajo ha marcado una línea de investigación que han incorporado conocimientos y muchas indagaciones que han enriquecido a la psicología. Gracias a estos trabajos se han incrementado las hipótesis sobre el funcionamiento y el desarrollo psíquico del hombre.

Desde su descubrimiento el psicoanálisis se ha convertido en un método de investigación y de tratamiento de algunas enfermedades psíquicas a partir de la comprensión de sucesos determinados de la persona.

Uno de estos procesos de gran relevancia para el estudio de la psique de acuerdo al psicoanálisis gira alrededor de la sexualidad infantil. En los primeros momentos en los que el padre del psicoanálisis empieza a desarrollar su teoría, podemos identificar la gran importancia que le otorga a aspectos médicos buscando una articulación entre las experiencias con respecto a la vida sexual de las personas con la sintomatología que presentan.

Más tarde el autor da cuenta que las experiencias sexuales infantiles están acompañadas de fantasías, deseos, así como una serie de incógnitas alrededor de las diferencias anatómicas entre los sexos, el origen de los bebés y las relaciones sexuales de los padres. El trabajo clínico logró hallar que estos elementos están presentes desde épocas muy tempranas de la vida, dominando la psique y las acciones del niño, esto fue la base para el desarrollo de la teoría de la sexualidad infantil.

Al respecto Fernández y Rodríguez (2013), mencionan que desde el psicoanálisis clásico, se entiende que los trastornos de personalidad encuentran su génesis como una falla en el logro de la triangulación edípica: El momento estructuralmente importante en la gestión de las patologías es la percepción de la

diferencia sexual anatómica, y con ella el temor a la castración: el niño percibe que existe diferencias físicas entre hombre y mujeres, el cual lo lleva a la aceptación y rechazo de ese contenido percibido sensorialmente, aceptación de dos realidades opuestas entre sí (la existencia y no existencia de dicha diferencia anatómica). Así, la escisión del yo se produce por el efecto de esos dos mecanismos opuestos y alternativamente utilizados.

A la par Sigmund Freud descubre al escuchar los relatos de sus pacientes que sus perturbaciones emocionales no tienen su raíz en los recuerdos de hechos vividos sino que tienen su origen en sus fantasías inconscientes, y por lo tanto los recuerdos en calidad de reprimidos constituyen el contenido que mediante mecanismos de defensa que son inconscientes reprime a causa de su importante riesgo para mantener el equilibrio psíquico.

Freud en su teoría de la personalidad hace gran hincapié en la existencia de un inconsciente dinámico, un campo que en su mayor parte es inaccesible a la conciencia. Este inconsciente funge como un motivador muy importante de la conducta humana, y es el elemento clave de este modelo (Oldham, 2007).

Es así como afirma la teoría Freudiana que el inconsciente es fuente importante de nuestras motivaciones (pulsiones), ya sean deseos de comer, beber o sexuales o motivaciones de alguna otra índole; sin embargo la tendencia es la negación o represión de las pulsiones de su percepción consciente, por lo tanto solo pueden observarse de manera disfrazada (Jones, 2009).

Así mismo para Freud, el aparato psíquico está compuesto por tres instancias, cada una con dinamismos propios. De acuerdo con Ghedin (2009) la primera instancia, denominada como “ello” contiene fuerzas instintivas y pulsionales, divididas en agresivas (thanatos) y sexuales (eros) las cuales operan por el principio de placer evitado todo tipo de tensiones o displaceres.

El “Yo”, segunda instancia del aparato psíquico, nos permite estar en constante contacto con el “exterior”, es decir con la realidad, de esta manera esta instancia permite la interacción con el medio en forma lógica, congruente y satisfactoria (salud). En caso de verse amenazado (conflicto intrapsíquico), tiene la capacidad de desplegar los mecanismos de defensa, permitiendo mantener un estado de homeostasis aún ante condiciones adversas.

Por último el “Superyó”, está conformado por una serie de reglas sociales, morales, etc., que se introyectan y permiten mediar las pulsiones del ello, resultando de esto una dominación o un conflicto. Resulta una especie de conciencia moral que intenta una compensación de las fuerzas pulsionales.

Este aparato psíquico se conforma en los primeros años de vida y de acuerdo con las vivencias satisfactorias e insatisfactorias y con la relación establecida con sus figuras paternas. De tal modo que después de los primeros seis años y experimentadas las etapas oral, anal, fálica, latencia y genital, se tiene como resultado una estructura psíquica que pre-determina en cierto grado, los mecanismos de defensa que se despliegan con más facilidad o con mayor regularidad, las relaciones objétales que se establecen, etc.

Al respecto Ghedin (2009), menciona que para el psicoanálisis la enfermedad mental es el resultado de severas fijaciones en las diferentes etapas del desarrollo psicosexual, subordinado la genitalidad a las fuerzas pulsionales del pasado. De este entramado psíquico resultan tres tipos de estructuras: Neurótica, psicótica y perversa.

Por otro lado Kernberg (1999), siguiendo la teoría y conceptualización Freudiana de estructura mental refiriéndose a la división propuesta de la psique entre el yo, superyó y ello, propone la existencia de tres organizaciones estructurales amplias correspondientes a la organización neurótica, límite y psicótica, estos tipos de organización se reflejan en las características predominantes del paciente con respecto a 1) su grado de integración de la

identidad, 2) los tipos de operaciones defensivas que comúnmente se utilizan y 3) su capacidad para la prueba de realidad.

Es así que la teoría de la estructura u organización de la personalidad desarrollada por Otto Kernberg (1975a, 1984,1996), propone un continuo patológico que va desde niveles de funcionamiento crónicamente psicóticos, pasando por una a-estructura límite dividida en sí mismo en alto y bajo, siguiendo por el funcionamiento neurótico hasta llegar al ajuste normal (Heim y Westen, 2007).

Estas tres estructuras de personalidad identificadas marcan la dinámica psíquica y características determinadas de cada organización, de manera que al estudiar los criterios de identidad del yo, juicio de realidad y mecanismos defensas utilizadas se puede dar cuenta de la estructura psíquica del paciente. Así mismo Kernberg identificó que al entrar en conflicto psíquico cada una de estas estructuras es proclive a desarrollar ciertos trastornos de personalidad.

Tabla 3. Estructuras de la personalidad identificadas por Kernberg y sus características más sobresalientes.

Estructura de personalidad.				
Criterios	Neurótico	Límite alto	Límite bajo	Psicótico
Identidad del yo	Presente	Ausente	Ausente	Ausente
Mecanismos de defensa	Avanzados	Mayormente avanzados	Mayormente primitivos	Primitivos
Juicio de realidad	Mantenido	Mantenido	Mantenido con alteraciones	Ausente
Trastornos de personalidad	Obsesivo Depresivo Histórico	Sádico Ciclotímico Dependiente	Paranoide Hipocondríaco Límite	Esquizofrenia

Como síntesis podemos citar a González y Rodríguez (2013), quienes mencionan que el desarrollo de la personalidad es el término con el cual se designa a la transformación gradual que se establece en la mente del recién nacido hacia su construcción como persona bio-psico-social e interpersonal. De esta manera, los cambios que ocurren en la apariencia y en la conducta del niño, a lo largo de su crecimiento y madurez, tienen su paralelo en los cambios perceptuales, emocionales físicos y cognitivos.

Todo ser humano contiene una organización mental que se establece en un interjuego con el mundo externo y el mundo interno, que de acuerdo al psicoanálisis es el resultado de las primeras experiencias de vida y es una estructura estable, es decir que no se puede modificar. Estas permiten manejar las necesidades internas cambiantes así como externas, y encontrar medios para satisfacer estas vicisitudes del desarrollo, siempre buscando mantener un equilibrio.

1.2.2 Perspectiva Cognitivo- conductual.

De acuerdo a Oldman, Skodol y Bender (2007), fueron las primeras que ofrecieron una alternativa exhaustiva y diferente al enfoque psicodinámico y sus teorías de la personalidad. Su desarrollo comenzó en la década de 1960, se dio como respuesta a la inefectividad que implican las técnicas y procedimientos que se enmarcan dentro de las corrientes dinámicas, además del reduccionismo y mecanicismo de la concepción humana de las teorías conductuales.

Seelbach (2013), asegura que el modelo cognitivo conductual no describe una teoría consistente de la personalidad como las que fueron desarrolladas por Freud, Kernberg y sus seguidores, sin embargo, y de manera implícita los autores apegados a este modelo (cognitivo-conductual) tuvieron el acierto de desarrollar

conceptos que pueden utilizarse para describir determinadas capacidades o facetas en la personalidad humana.

Esta teoría plantea que la conducta está guiada por la manera como se piensa y se actúa ante la situación, es decir, se asevera que la situación por sí misma no es la causante de las consecuencias negativas o de los efectos emocionales sino que son los contenidos cognitivos de la persona los que tienen una relación directa entre los eventos y las consecuencias emocionales, afectivas y fisiológicas.

Kelly (1995), planteó el constructo como un elemento fundamental de la estructura de la personalidad, este concepto se refiere a la manera particular de construir e interpretar el mundo, este concepto también involucra la capacidad de anticipar o experimentar sucesos; pues a través de los contenidos cognitivos se interpretan, les da estructura y significado, de manera que ante un mismo acontecimiento se pueden observar características que diferencian entre uno u otro individuo.

De esta manera podemos entender que la personalidad trastornada se basa en la conceptualización de los eventos que le rodean a la persona, por lo anterior es común encontrar dentro de los diferentes TP ideas rígidas que llevan a consecuencias negativas y por lo tanto a perturbaciones emocionales, fisiológicas y conductuales que desembocan en la inadaptación de la persona.

Beck (2005), uno de los teóricos más reconocidos en el ámbito de los TP desde las teorías cognitivas, citado en López, Rondón, Alfano y Cellerino (2013) explica que ante una situación específica las respuestas dadas por las personas y el procesamiento de información está íntimamente involucradas a una serie de creencias sobre sí mismo, sobre los otros y sobre el mundo, las cuales son denominadas como creencias o esquemas nucleares que pueden ser entendidas como unidades fundamentales de la personalidad. Estos esquemas de pensamientos desencadenan una serie de pensamientos automáticos que son

relativos a las situaciones y como características básicas podemos considerar que son evaluativos, breves, no suelen ser el resultado de un proceso de razonamiento y son la base de las estrategias (respuestas fisiológicas, emotivas y conductuales).

En resumen, en los trastornos de personalidad, las estrategias se presentan híper desarrolladas, en detrimento de otras, que están infra desarrolladas. Así mismo la vulnerabilidad de las personas con TP se basa en las creencias extremas, rígidas e imperativas las cuales repercuten en la desadaptación social de la persona.

2. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

En la actualidad el tema de los trastornos de personalidad ha tomado gran relevancia, por sus implicaciones teóricas, epidemiológicas, etiológicas y el gran reto que significan para las ciencias médicas, biológicas, psiquiátricas y psicológicas.

A propósito Campo y Cassiani (2008), menciona que los trastornos de personalidad constituyen un tema de gran importancia pues son causa de considerables discapacidades, entidades clínicas de larga evolución que ocasionan un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social, académico, laboral, etc, de las personas que lo padecen, sin contar con las dificultades y complicaciones que pueden resultar como consecuencias de sus síntomas que repercute en las personas que conviven con ellos en alguna de sus esferas sociales.

En la actualidad el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (2013), recoge diez tipos de trastornos de personalidad que se reparten en tres grandes grupos. De entre los trastornos de personalidad podemos subrayar el Trastorno de Personalidad Límite (Borderline), el cual causa una condición severa con una prevalencia alta a nivel mundial, y que es frecuentemente diagnosticado junto a los trastornos emocionales, los trastornos de ansiedad, bipolar, narcisistas y los trastornos esquizotípicos y esquizoides (Bateman y Fonagy, 2016).

En la contemporaneidad podemos señalar con certeza cuales son las características del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), gracias a los esfuerzos de médicos, psiquiatras y psicólogos, teóricos, experimentales y otros especialistas de la conducta, que se han sumergido en este mar de información. Sin embargo desde tiempos remotos se empezó con la indagación de este trastorno, con respecto a ello se presenta a continuación una breve visión general

de la evolución de la conceptualización de este trastorno apoyados en los trabajos y escritos de Ghedin (2009).

De acuerdo a este autor, podemos rastrear el inicio de las investigaciones del trastorno de personalidad límite (TLP) con, Areteo de Capadocia, Homero e Hipócrates, quienes reconocieron la existencia de distintos estados emocionales en una sola persona como el miedo, la ira, la pasión, la euforia, la tristeza. Así mismo observaron que estos estados emocionales eran oscilantes y sostenían la hipótesis que las personalidades estaban sujetas a ellas.

Siglos posteriores Kahlbaum (1882), estudió la manía y la melancolía como alteraciones emocionales que en ocasiones se encontraban asociadas a una misma persona, la variante más leve fue denominada como “ciclotimia” referida al ciclo ocupado por periodos de inestabilidad emocional y periodos de normalidad. A la forma más grave y patológica la llamó “Vesania típica circular”.

Siguiendo las líneas de investigaciones este autor menciona que fue hasta 1921 en el que fue descrito el TLP por Kraepelin como una “personalidad excitable”, haciendo referencia a las fluctuaciones extraordinarias que presentaban las personas con este trastorno desde su juventud, afectándoles gravemente todas las experiencias en que se daban en su vida.

Este mismo tipo de personalidad fue llamada “personalidad lábil” (entre 1923-1950) por Sheneider, asegura Ghedin et. al., recalcando la pérdida del control de las emociones, cambios rápidos y súbitos del estado de ánimo, a la impulsividad como consecuencia de las crisis periódicas que padecen estas personas y a las problemáticas sociales que presentan consecuentes a estados violentos.

Por otro lado Reich (1925) ya desde una perspectiva psicoanalítica, los denominó “caracteres impulsivos”. Hizo hincapié en el predominio de la agresión

infantil, un narcisismo primitivo y alteraciones en el control del Superyó. (Ghedin, 2009).

Según Halguin y Krauss (2008) en Stern (1938), tiempo después se popularizó el término límite en la psiquiatría, se empleaba como un diagnóstico utilizado para todos los clientes más difíciles y resistentes al tratamiento. Se consideraba que estos individuos funcionaban de algún modo en el “límite” entre la neurosis y la psicosis, en las fronteras con la esquizofrenia (Knight, 1953) como había señalado Kernberg (1975).

Pese a la vaguedad del concepto límite, el término siguió aplicándose porque describían a un subgrupo de pacientes cuyas sintomatologías no correspondían a las categorías diagnósticas existentes, sin embargo las tareas para definir y estudiar la naturaleza del trastorno continuó hasta finales de la década de 1980. “Algunos investigadores han sostenido que el trastorno límite de la personalidad es una variante de la esquizofrenia o del trastorno anímico, o posiblemente un híbrido. Sin embargo, para cuando el DSM- IV- TR estaba en sus etapas de preparación finales, la mayoría de los expertos habían llegado a considerarlo como un trastorno de personalidad singular” (Berelowitz y Tarnopolsky, 1993 en Halguin y Krauss 2008).

Gracias a los avances y aportaciones de cada teórico podemos contar en la actualidad con información más precisa que ayuda en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno, sin embargo es evidente que los esfuerzos por entender a la personalidad límite deben continuar, pues debido a la complejidad de este trastorno resulta confuso el tratamiento psicológico, impidiendo en muchas ocasiones la aplicación de tratamientos eficaces que garanticen la mejora de calidad de vida de estas personas.

2.1. Definición y prevalencia.

Durante mucho tiempo la definición del trastorno de personalidad límite fue ambiguo, y se utilizaba para la clasificación clínica de pacientes que presentaban síntomas confusos. Hoy en día la información contemporánea nos puede dar datos más precisos acerca de este trastorno de manera que su definición y clasificación puede ser más clara.

El Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (2013), clasifica el trastorno límite de la personalidad o borderline, como el “patrón dominante de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos...” (p.p 663).

Así mismo Barrero (2015), lo define como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

Por otro lado, este trastorno está clasificado en La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (1992), de la Organización Mundial de la Salud como Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

Esta clasificación define al trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad como el trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto con ánimo inestable y caprichoso. Así mismo lo señala como el trastorno en donde la capacidad de planificar es mínima y con frecuencia es posible observar que intensos arrebatos de ira conductas a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas.

Sin duda una de las causas de la importancia del estudio y de la búsqueda de establecer su definición, síntomas y características del trastorno límite de la personalidad se debe a la incidencia y prevalencia que ha presentado en los últimos años.

Autores como Quiroga y Errasti (2001), citados por Hidalgo (2016), Toro, Yepes y Palacio (2010), entre otros autores aseguran que en la actualidad la prevalencia de este trastorno es bastante alta, ya que las cifras oscilan entre el 10% y 13% de la población general que padece TPL. Con respecto a la población clínica Caballo (2004), menciona que la prevalencia abarca entre el 30% al 60%, lo que manifiesta la necesidad de estudio e investigación en este campo.

Con cifras menos alarmantes Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe, (2008), estiman que este trastorno afecta al 2% de la población general, pero es más común en el ambiente clínico.

Con respecto a la prevalencia entre géneros El 75% de los casos de trastorno límite de la personalidad son mujeres; el 2% de la población general puede presentarlo. Tiene un patrón familiar, pues es cinco veces más frecuente en familias con algún paciente con este trastorno; los factores ambientales, como el abuso físico o sexual, la falta de atención durante la niñez y la pérdida o separación de los padres contribuyen también en su aparición. Los modelos etiopatogénicos, tanto biológicos como psicoanalíticos, incluyen el trauma en la niñez, el temperamento vulnerable y los eventos desencadenantes.

De acuerdo con el DSM-5 (2013), el trastorno de personalidad límite es aproximadamente cinco veces más frecuente entre los familiares de primer grado de personas que padecen este trastorno en comparación con la población general. Así mismo la probabilidad aumenta si se encuentran antecedentes familiares de trastornos por consumo de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad o trastornos depresivos o bipolares.

Por lo anterior, y a pesar de ser una de las patologías con mayor prevalencia, existe mucha confusión al respecto pues estamos hablando de un trastorno complejo por su dificultad de clasificación (debido al solapamiento de síntomas que presenta con otros trastornos), por su severidad y la variabilidad sintomática que presenta en cada caso (Hidalgo, 2016). Al respecto Pailhez y Palomo (2007), señalan que entre el 80% y 90% de pacientes con trastorno límite tiene otro diagnóstico añadido y el 40% tienen dos o más.

Del mismo modo Hidalgo (2016), subraya el enorme sufrimiento que el TPL ocasiona tanto al paciente como sus familiares y los que se encuentran a su alrededor, ya que este trastorno es causa de conductas autolesivas que se presentan entre el 60% y el 80% de los pacientes que lo padecen y una de las primeras causas de hospitalización. Así mismo Morrison (2008) menciona que se estima que el 10% de la población con este trastorno con este trastorno de suicidan.

2.2 Etiología y sintomatología.

Gracias a los trabajos realizados por Kernberg (1975), el concepto “límite” superó la aceptación genérica de “patología del límite”. Kernberg tenía como objetivo identificar un área psicopatológica de la personalidad específica, estable, diferenciada de la neurosis por una parte y por otra de la psicosis, intento resolver este conflicto realizando un análisis estructural del carácter, realizado con dos instrumentos fundamentales del repertorio conceptual psicoanalítico: las defensas y la evolución de las relaciones objétales (Fiori y Senerario en Semerari y Dimaggio, 2008).

Kernberg (1999), siguiendo las teoría y conceptualización Freudiana de estructura mental refiriéndose a la división propuesta de la psique entre el yo, superyó y ello, propone la existencia de tres organizaciones estructurales amplias

correspondientes a la organización neurótica, límite y psicótica, estos tipos de organización se reflejan en las características predominantes del paciente con respecto a 1) su grado de integración de la identidad, 2) los tipos de operaciones defensivas que comúnmente se utilizan y 3) su capacidad para la prueba de realidad.

De manera general este autor llegó a la conclusión que la personalidad límite sostenía relaciones objétales parciales donde el individuo no podía integrarse a sí mismo como un todo y por lo tanto establecía lazos con los otros de la misma manera. Asegura también que los mecanismos de defensa utilizados por la persona borderline estaban basados en la escisión predominando así operaciones primitivas.

Como es bien sabido, las teorías dinámicas explican las causas de los trastornos de personalidad basados en las experiencias buenas o malas que vive la persona en la etapa infantil, para los analistas de la psique, la superación de las etapas del desarrollo psicosexual va dando lugar a la configuración de ciertas estructuras mentales con las cuales la persona estabiliza su psique y asegura su “bienestar interno”.

Si bien no podemos establecer cuál es el origen exacto de los TP y en especial del TLP, autores como Linehan (2014), mencionan la existencia de una correlación estrecha entre este trastorno y experiencias invalidantes y traumáticas durante la infancia como el abuso sexual, siendo así que los investigadores han estimado que hasta un 75% de los individuos con TLP han experimentado algún tipo de estos abusos en la infancia.

Aunque no queda clara la etiología de la personalidad limítrofe, trabajos realizados nos han dado un gran acercamiento a la comprensión del trastorno y a la definición de su sintomatología. Como ya se mencionó los síntomas de este trastorno pueden ser variables en el estudio de cada caso, sin embargo autores recalcan las principales características de los síntomas.

Fiori y Semarari en Semarari y Dimaggio (2008), aseguran que después de las investigaciones realizadas por Kernberg, la falta de integración ha sido considerada una de las principales características principales del funcionamiento psíquico de la personas denominadas como borderline, es decir es común observar en estas personas inestabilidad respecto a las imágenes de sí mismo y de las relaciones interpersonales que establece.

Linehan (2014) por su parte, menciona que el principal trastorno en el TPL es la desregulación de la emociones, entendiendo como el resultado de un conjunto de disposiciones biológicas, sociales, del contexto ambiental y determinada transacción entre dos factores durante el desarrollo, es así como la teoría biosocial asevera que los sujetos con este trastorno tienen problemas para regular no varias, sino todas sus emociones producidas por la vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias inadecuadas para la modulación emocional resultando así en conductas, sentimientos y pensamientos pocos adaptativas.

Así mismo Fiori y Semerari (2008), resaltan dos características tangibles y bien definidas del trastorno límite, la variabilidad y la heterogeneidad. Por la primera característica podemos entender que no hay ningún rasgo o síntoma que se presente constantemente en todas las personas que padecen este trastorno, además los autores añaden la oscilación que padecen entre períodos de bienestar y buena adaptación social y períodos de desregulación de las emociones, conductas y pensamientos que pueden cambiar rápidamente a causa de una eficaz intervención terapéutica o de un acontecimiento favorable para ellos. Se refieren a heterogeneidad, concibiendo que de los criterios necesarios para el diagnóstico de este trastorno, es posible que dos personas reciban el mismo diagnóstico para TLP coincidiendo en tan solo un único criterio.

Para entender un poco más a cerca de la sintomatología, podemos formar dos grupos de manifestaciones. El primero de ello se engloban las conductas con tendencia auto lesivas, los pensamientos cuasi psicóticos, las regresiones en el

tratamiento, la poca adherencia al tratamiento y por tanto el aumento de la necesidad de hospitalizaciones. El segundo grupo abarca sentimientos crónicos de vacío o rabia, el miedo a la soledad o al abandono y la suspicacia (García, Martín y Otín, 2010).

Con respecto al primer grupo de síntomas el trastorno de personalidades límite suelen sobreponerse o solaparse con otros trastornos de personalidad como el histriónico, el antisocial, el dependiente y, en un grado menor, aunque significativo, con los trastornos de personalidad pasivo-agresiva, elusiva y paranoide. Lo anterior dificulta el diagnóstico, empobrece el pronóstico, resta adherencia al tratamiento y menoscaba la calidad de vida (Téllez, 2010).

Otro de los síntomas correspondiente a este primer grupo es la falta de control de impulsos y sus acciones colindan con el comportamiento psicótico. Presentan rasgos contradictorios de carácter y conductas de amenaza o intentos de suicidio y automutilación que en muchas ocasiones deben ser atendidas en centros psiquiátricos (Jones, 2009). Este último síntoma es explicado por Halguin y Krauss (2008), quienes mencionan la probabilidad que en el trastorno límite de la personalidad se experimenten una especie de estado psicótico transitorio, caracterizado posiblemente por pensamientos delirantes o síntomas disociativos.

Es tal la posible relación del TLP con los trastornos de personalidad que se acaban de mencionar que los porcentajes de prevalencia, por lo menos entre TLP y el trastorno esquizofrénico son muy cercanos. Gómez. Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe (2008), aseguran que la prevalencia del trastorno borderline es del 2% en la población global, mientras que Sánchez (2008), estima que el 1% de la población mundial padece esquizofrenia. Es decir, es posible que el 3% de la población mundial sufre en algún momento de su vida episodios psicóticos o cuasi psicóticos, además que dejan una serie de cuestionamientos como, ¿Cuántas personas que presentan estos síntomas han sido mal diagnosticadas?, ¿Son suficientes los criterios diferenciales para el diagnóstico de estos trastornos de

personalidad?, ¿Cómo intervienen estos síntomas en el tratamiento psiquiátrico y psicológico?

Con respecto al segundo grupo de síntomas Una de las características principales del funcionamiento psíquico del TLP es la falta de integración (Fiori y Semerari, 2008) que fue descrita en su momento por Kernberg (1975), así mismo se presentan alteraciones en el sentido de sí mismo persistentemente (Jones, 2009), estos síntomas se ven reflejados en la inestabilidad de las imágenes de sí mismo, de los otros y de las relaciones interpersonales que establecen, al respecto Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe, (2008) señalan que a menudo son muy confusas o están alteradas y los llevan a verse con facilidad implicados en relaciones intensas causando crisis emocionales. El patrón de relaciones interpersonales presenta oscilaciones entre la necesidad de tener pareja y el rechazo y maltrato hacia ella, asegura Morrison (2008), este mismo autor menciona que en aspectos generales el patrón de inestabilidad persiste en la edad adulta complicada con episodios de depresión e impulsividad.

Así mismo otro de los síntomas característicos del TLP es la desregulación emocional (Linehan, 2014), que suele mostrarse bajo la forma de enojos intensos e injustificados pues las personas que padecen este trastorno presentan dificultades para inhibir respuestas negativas y anomalías en el procesamiento de estímulos emocionales desagradables (Chapman, Leung y Lynch, 2008), conformando un fuerte descontrol en la conducta (Jones, 2009).

Según Bateman y Fonagy (2016) las personas borderline tienden a experimentar, durante períodos cortos de tiempo, cambios radicales en sus estados de ánimo, y también repercusiones fisiológicas como incrementos de la frecuencia cardíaca no asociados a la actividad metabólica. Los pacientes con TLP también informan de emociones más complejas y experimentan más problemas en la identificación de las emociones asociadas con altos niveles de angustia,

mostrando como señala Morrison (2008), una excesiva reactividad emocional ante las situaciones normales de la vida.

De acuerdo a lo anterior y citando a Linehan (2014), podemos definir la vulnerabilidad emocional por las siguientes características. 1) muy alta sensibilidad a estímulos emocionales, 2) una respuesta muy intensa a los estímulos emocionales y 3) un retorno lento a la calma emocional una vez que ha sido inducida la excitación emocional.

La desregulación de las emociones en individuos con trastorno de personalidad límite es, por lo tanto, la combinación de un sistema de respuesta emocional que se mantiene con demasiada reactividad y con una incapacidad de modular las fuertes emociones resultantes y las respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales asociadas a ellas. En general, la disposición a la desregulación de las emociones tiene una base biológica, aunque no necesariamente hereditaria. Es decir, una disfunción en cualquier parte del sistema de regulación emocional puede proporcionar las condiciones ideales para que se la anormalidad y las dificultades de regulación emocional (Linehan, 2014).

Consecuente a la falta de regulación emocional se pueden observar síntomas asociados a reacciones de ira prolongadas (Jacob, et. al. 2008), peleas físicas recurrentes, muestras de enfado (Jones, 2009) y dificultad para controlar sus muestras de enojo, presentando acciones y conductas disruptivas o inaceptables socialmente (Morrison, 2008), pues tienen una mayor tendencia a actuar de manera impulsiva cuando se encuentran en un estado de ánimo negativo (Chapman, Leung y Lynch, 2008)

Cognitivamente el TLP se caracteriza por presentar alternancia entre los extremos de idealización y devaluación (escisión cognitiva) derivados por la disociación, manteniendo afectos inestables y un apasionamiento desmesurado por los objetos amados seguidos por su devaluación. Son ambivalentes en sus decisiones, las cambian frecuentemente y son muy sugestionables, presentan

sentimientos crónicos de vacío y temor a la soledad y en ellos no existen matices, todo es visto en blanco y negro (Jones, 2009).

Otros de los síntomas característicos del TLP es la tendencia a la promiscuidad y a la práctica de relaciones sexuales de alto riesgo, aunado al consumo dependiente de sustancias psicoactivas (drogas) y el mantenimiento de conductas peligrosas que incluso ponen en riesgo la vida misma.

A pesar de los síntomas que mencionan diversos autores y que han sido nombradas, Halguin y Krauss (2008) aseguran que aunque se alteran muchos aspectos de su funcionamiento, la mayoría de las personas que sufren este trastorno pueden manejar las responsabilidades de su vida diaria e incluso algunos son realmente exitosos en diversos contextos, esto sostiene la hipótesis de que las intervenciones psicológicas pueden resultar con avances notorios en estos pacientes.

Sin embargo y pese a lo dicho, cabe mencionar que estamos hablando de uno de los trastornos de personalidad con mayor dificultad diagnóstica pues, como se dejó ver, los síntomas que presenta cada caso son variables, por lo que siempre es recomendable hacer una evaluación a profundidad para determinar las características específicas de cada persona que pudiera padecer este trastorno.

2.3 Diagnóstico (DSM V y CIE 10).

Durante mucho tiempo el diagnóstico del trastorno fue demasiado complicado por razones muy concisas. En primer lugar la comorbilidad característica del borderline imposibilita realizar una clasificación razonablemente clara entre el TLP y otros Trastornos. En segundo lugar se tenía poca información acerca de las tareas que tendría que realizar el psicólogo clínico diferenciándose del psiquiatra y

otros profesionales de la salud, aunado a la falta de conceptos bien establecidos dentro de la salud mental.

Para superar este tipo de problemáticas la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés), y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, (CIE por sus siglas en inglés), realizaron grandes esfuerzos para llegar a clasificaciones precisas que nos sirven para enlistar nominalmente los diversos cuadros y trastornos mentales, de manera que podamos realizar un diagnóstico en base a sintomatología comúnmente presentada en cada caso.

El trastorno Borderline de la personalidad está clasificado en la CIE en su décima edición (1992), como el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, mientras que en el DSM-5 (2013), se encuentra catalogado como Trastorno Límite de la Personalidad o borderline. A continuación se presentan los criterios diagnósticos presentados por el CIE-10.

Tabla 4. Criterios diagnósticos del CIE-10 para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

Criterios Diagnósticos	
1.	Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario. Nota: No se incluyen los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
2.	Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3.	Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4.	Impulsividad en al menos dos áreas, que es dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.

5.	Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6.	Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7.	Sentimientos crónicos de vacío.
8.	Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9.	Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

. Así mismo esta clasificación hace la diferencia y distinción entre el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y tipo límite. En el primero, el tipo impulsivo, las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de un control de impulsos, en donde son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, especialmente ante las críticas de tercero. Mientras que en el tipo límite se presentan varias de la características de la inestabilidad emocional, aunadas a la confusión y alteración de la imagen de sí mismo, de los objetos y preferencias internas (incluyendo las sexuales). Además de incluir la característica de verse implicado en relaciones intensas e inestables que pueden ocasionar crisis emocionales acompañadas en ocasiones con ideaciones o amenazas suicidas o actos autoagresivos.

Por otro lado el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (2013), incorpora los siguientes criterios para el diagnóstico de este trastorno:

Tabla 5. Criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad, según el DSM-V.

Criterios diagnósticos. Se debe incluir cinco o más de los siguientes criterios.	
1.	Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario.
2.	Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por un alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
3.	Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente en la autoimagen y sentido del yo.
4.	Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente auto lesivas (por ejemplo gastos, sexo, drogas...etc.).
5.	Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas auto lesivas.
6.	Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo. (por ejemplo: episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y rara vez más de unos días)
7.	Sensación crónica de vacío
8.	Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (por ejemplo: exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9.	Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

De igual manera que el CIE-10, el DSM-5 (2013), incluye criterios diferenciales para el diagnóstico del TLP. En primer lugar el manual anota la estrecha relación entre este trastorno y los trastornos depresivos y bipolares, pues es común la presentación conjunta en un paciente, pues el trastorno de personalidad límite puede ser transversalmente similar a un episodio depresivo o bipolar, para ello recomienda que el clínico no debe dar un diagnóstico adicional de la personalidad límite sin basarse en la historia y evolución de las complicaciones y síntomas que presenta el paciente.

Evidentemente estos criterios diferenciales se extienden a otros trastornos de personalidad que pueden ser confundidos fácilmente con el TLP, sin embargo si un paciente puede cumplir con los criterios diagnósticos para varios trastornos de personalidad. Aunque el trastorno histriónico de la personalidad, al igual que la personalidad borderline, hay una búsqueda de atención, conductas manipuladoras y cambio emocionales repentinos, el TLP se diferencia por los sentimientos crónicos de vacío, la auto destructividad, los arrebatos de enojo en las relaciones íntimas y la profunda alteración con de la identidad.

Como se comentó anteriormente, el TLP puede presentar síntomas como ideas o ilusiones paranoides, presentes en trastornos como el esquizotípico, esquizofrénico ó paranoide, sin embargo el clínico debe tener en cuenta que estos síntomas en el TLP son más transitorios, reactivos interpersonalmente y se modifican ante la estructuración externa.

Este trastorno comparte síntomas con la personalidad paranoide y narcisista, pues presentan reactividad a estímulos de menor importancia, sin embargo la relativa estabilidad de la propia imagen, así como la falta de autodestrucción, la impulsividad y las preocupaciones ante el abandono las distingue del trastorno límite de la personalidad.

Con respecto al trastorno de personalidad antisocial y el TLP se caracterizan por presentar conductas manipuladoras, sin embargo el primer trastorno mencionado tiene la finalidad de buscar y obtener beneficios a su favor, poder o alguna otra situación que le sea gratificante sin importarle en muchas de las ocasiones el costo de su conducta, mientras que el objetivo del borderline es captar la atención de sus cuidadores o evitar su ausencia y por ende sentimientos de abandono o soledad.

Así mismo el TLP comparte la característica del miedo irracional al abandono con el trastorno de personalidad dependiente. Como diferenciación entre estos dos podemos anotar que el TLP reacciona con sentimientos de vacío

emocional, enojos, exigencias ante al abandono, mientras que el TP dependiente reacciona con un aumento de conductas apaciguas y sumisas, y busca frenéticamente una relación de sustitución que le proporcione cuidados y apoyo. De igual manera se pueden observar que hay diferencia del dependiente, la personalidad límite establece relaciones inestables e intensas.

Resulta evidente después de leer los criterios anteriores, que es muy difícil clasificar a un paciente con esta categoría diagnóstica cuando presenta de manera inconsistente algunos de los criterios antes referidos; todos conocemos a personas que presentan de manera esporádica o persistente algunos de los criterios y sin embargo son personas funcionales que mantienen relaciones interpersonales significativas y un estatus laboral reconocido. El reto clínico, reside en interpretar la variedad de manifestaciones diversas que trascienden el afecto, la percepción, la autoimagen y que sobre todo, conducen a conductas mal adaptativas y destructivas (Sánchez, 2008).

3. EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL.

3.1 Introducción.

La terapia conductual se ha convertido a través de los años en una de las corrientes psicológicas con mayor aplicación en el área clínica, educativa, industrial, social y de la salud. Además sus intervenciones son las que han mostrado una mayor evidencia empírica y efectividad. Sus resultados son visibles a corto o mediano plazo, exponiendo una relación excelente en cuanto costo-beneficio, pues de manera general, sus intervenciones son de corta duración.

Su aplicación no se ha limitado a la atención individual, sus alcances han dado la oportunidad de la atención a grupos, parejas o familias. Su amplitud de técnicas permite que el terapeuta tenga una gama de herramientas para lograr cambios favorables en la evolución del tratamiento.

De acuerdo con Lega, Caballo y Ellis, (1997), las terapias cognitivo-conductuales incorporan procedimientos conductuales y cognitivos, citando a Mahoney y Arnkoff (1978), menciona tres clases principales de terapias cognitivas-conductuales:

1) De reestructuración cognitiva: suponen que los problemas emocionales son resultado de pensamientos des adaptativos, y por lo tanto su intervención está enfocada a establecer cambios en los patrones de pensamiento.

2) De habilidades de afrontamiento: están enfocadas a desarrollar dentro de la intervención una serie capacidades que ayuden al afrontamiento de situaciones que resultan estresantes para el paciente.

3) De solución de problemas: Demarca una combinación de los otros dos grupos de tratamientos, tienen la finalidad de desarrollar habilidades que capaciten

al paciente al enfrentar y solucionar de manera activa una amplia gama de problemas personales.

Así mismo, este autor haciendo una adaptación de Dobson y Block (1988), presenta una cronología de las terapias cognitivo-conductuales más conocidas y aplicadas.

Tabla 6. Terapias cognitivo-conductuales más conocidas, adaptado de Dobson y Block, (1988) en Lega, Caballo y Ellis (1997).

Año	Nombre de la terapia	Autor (es)	Tipo
1958	Terapia racional emotivo-conductual.	Ellis	RC
1963	Terapia cognitiva.	Beck	RC
1971	Entrenamiento en auto instrucciones.	Meichenbaum	RC
1971	Entrenamiento en el manejo de ansiedad (EMA).	Suinn y Richardson	HA
1971	Terapia de solución de problemas.	D'Zurilla y Goldfried	SP
1971	Terapia de solución de problemas.	Spivack y Shure	SP
1973	Entrenamiento en inoculación de estrés.	Meichenbaum	HA
1974	Reestructuración racional cognitiva.	Goldfried	HA
1975	Terapia de conducta racional.	Maultsby	RC
1977	Terapia de autocontrol.	Rehm	SP
1983	Terapia cognitivo-estructural.	Guidano y Liotti	RC
1986	Terapia de valoración cognitiva.	Wessler y Hankin- Wessler	RC
1990	Terapia cognitiva centrada en los esquemas.	Young	RC

Nota: RC= Terapias de reestructuración cognitiva; HA= Terapias de habilidades de afrontamiento; SP= terapia de solución de problemas.

Para comprender más acerca de las terapias cognitivo-conductuales, en este capítulo se abordará sobre sus antecedentes, sus bases teóricas, metodología, aplicaciones empíricas para finalizar hablando y acentuando su práctica en el tratamiento de los trastornos de personalidad

3.1.1. Antecedentes de la teoría cognitivo-conductual.

En la psicología europea es evidente la influencia que ha logrado tener la orientación psicodinámica, mientras que en Norteamérica y en general América es notable la repercusión que alcanza el enfoque conductual. De acuerdo a Soria y Olvera (2013), las investigaciones de Watson, Pavlov, Thorndike y Skinner son trabajos que desplazaron a la introspección como principal método de investigación en la psicología por los principios de adquisición y modificación conductual

La corriente cognitivo-conductual tienen sus bases en la psicología conductual, y su vez esta se ve cimentada en los hallazgos de Pavlov y su teoría del condicionamiento clásico y en las investigaciones y teoría del condicionamiento operante de Skinner que ponen un gran énfasis en el aprendizaje por consecuencias.

Esto da entrada a que se haga una pequeña revisión de cuáles son los postulados más relevantes de la teoría conductual, así como anotar a sus mayores exponentes y sus aportaciones, para lograr tener una visión amplia de cuáles fueron los antecedentes teóricos de la terapia cognitivo-conductual.

En 1913 John B. Watson publicó un artículo titulado “Psychology as the behaviorist views it”, el cual además de su relevancia en el mundo científico y psicológico, fue un trabajo polémico pues dio lugar al nacimiento del conductismo “una nueva escuela psicológica”, en varias naciones a nivel mundial (Ardila, 2013).

De acuerdo a Ardila (2013), los trabajos realizados por Watson están influenciados por la filosofía naturista, por Darwin y su teoría de la evolución, considerando a la psicología como una ciencia natural y también como una disciplina con importantes implicaciones individuales y sociales, en la educación, la crianza de los hijos, grupos de trabajo, etc.

Watson, bajo estas bases había propuesta una psicología experimental, que tenía un objeto de estudio determinado y técnicas de trabajo que se alejaban de las usadas hasta entonces. En su artículo de 1913, plantea como objetivo de la psicología, la modificación y control de la conducta, rechazando así la introspección propuesta por Wundt o el análisis del inconsciente expuesto de Freud, como método posible para encuadrar a la psicología como ciencia, y una ciencia equiparable a las ya consolidadas.

El planteamiento conductista se basaba en dos argumentos, asegura Ribes (1995); en primer lugar encontramos la necesidad de concebir a la psicología como una ciencia natural, con una visión que lograba abarcar tanto la conducta animal como la humana desde una postura evolucionista; en segundo lugar existía la urgencia de abandonar la introspección como método, que involucraba al sujeto estudiado como sujeto observador, dando lugar a inferencias graves en el estudio de la conducta.

Sin duda alguna lo anterior implicaba cambiar el objeto de estudio la nueva ciencia, pues el estructuralismo y la fenomenología clásica de finales del siglo XIX y principios del XX concebían a la psicología como una ciencia de la experiencia consciente, teniendo como objeto de estudio la estructuración de los elementos psíquicos bajo la conciencia y su posible correlación con procesos fisiológicos (Ribes, 1995).

Al respecto Watson inicia su escrito de 1913 de la siguiente manera:

“La psicología como la ve un conductista es una rama experimental puramente objetiva de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y el control de la conducta. La introspección no forma parte esencial de sus métodos, ni el valor científico de sus datos depende de la disponibilidad con que se prestan a una interpretación en términos de conciencia” (p.158).

Muchas son las críticas que se siguen realizando a los trabajos hechos por Watson, entre ellos, la visión que muchos guardan de esta teoría como “psicología de ratas y pichones”, tiene el primer lugar, acusándola de mecanicista, elementalista y simplista, que no hace distinción ni lugar a los procesos psicológicos meramente humanos. Sin embargo estas críticas sólo se pueden basar en conocimientos superficiales del conductismo.

En relación a lo anterior, Luzoro (1998) en Quezada (2013), menciona que Watson nunca proclamó la inexistencia de la conciencia, pues desde su perspectiva, el conductismo no reemplaza la mente por el comportamiento, sino que la comprende de una manera distinta, como una forma de interacción del organismo con su medio.

Los teóricos de la conducta humano nunca han dudado que el actuar de la persona incluya procesos internos; pero la duda cabe al preguntarnos si la introspección es la mejor manera de conocerlos, pues el autoconocimiento y el estado consciente se volvieron posibles hasta que la especie humana adquiere la conducta verbal, asegura Skinner (1981).

A pesar que el trabajo de John Broadus Watson (1878-1958), se toma como referente de la psicología como ciencia y como el comienzo del conductismo, la psicología objetiva tiene sus antecedentes en Sechenov, Pavlov , Bechterev y Thorndike, asegura Ardila (2013).

Para conocer estos antecedentes, citaremos a Cabral (2009), que nos ofrece una revisión de las aportaciones de la psicología ruso-soviética. Según el autor, fue en 1918, en los comienzos de la revolución, cuando la psicología rusa disponía de una sólida plataforma científica para avanzar en las concepciones materialistas de la psique humana.

Sechenov (1829-1905), desarrolló la teoría de los reflejos cerebrales aprendidos, la cual aseveraba que la causa de toda actividad intelectual, así como actividad motora, se relaciona estrechamente con estímulos externos, y procesador por el cerebro. Demostró que toda actividad cerebral estaba antecedida por un estímulo que proporcionaba el medio, continuada con alguna actividad cerebral desencadenando una respuesta motora.

Estos aportes se vieron complementados con los hallazgos de Pavlov, quien en 1904 recibió el premio Nobel por sus trabajos sobre las bases nerviosas y ganglionares de la digestión. Pavlov introdujo el concepto de condicionamiento para explicar el paradigma que fundamenta su teoría.

Pavlov en sus trabajos, ideó un dispositivo que al ser implementado podía tener datos exactos de los niveles de salivación que secretaban los perros como medida de los procesos digestivos que estudiaba. Encontró que los animales empezaban la secreción en cuanto se anticipa la entrega del alimento. Después de una observación minuciosa del evento, Pavlov empezó la implementación de un programa de investigación (Arancibia, Herrera y Strasser, 2009).

En este programa halló, que al tomar un estímulo neutro, que al comienzo no tuviera repercusión alguna en la respuesta fisiológica del animal (sonido o luz), y al ser presentado simultáneamente con una recompensa primaria (comida), el perro motivado (hambre) el perro tras varios ensayos empezaban a presentar la respuesta fisiológica (salivación), con tan solo presentar el estímulo (sonido o luz), el cual denomino como estímulo condicional, pues adquiere las propiedades de la recompensa primaria.

Más adelante y con una postura que difería a la de Pavlov, Thorndike (1874-1949) propone el conexionismo, quien plantea que la forma más característica de aprendizaje: ejercicio y efecto. Con respecto a la primera ley (de ejercicio o asociación), él postula que toda conexión es proporcional al número de repeticiones que se realiza una tarea y desaparecen por falta de uso.

Referente a su segunda ley (efecto), la cual ha sido más difundida, Thorndike afirmó que las respuestas que eran seguidas por una recompensa tendían a repetirse, mientras que al ser seguidas por castigos tienden a desaparecer.

A pesar de estos hallazgos Thorndike nunca pudo lograr una teoría sustentada de manera que pudiera trascender y permanecer, solo propuso la posibilidad y la hipótesis que tal vez en el cerebro hay centros de satisfacción o molestia que posibilitan el incremento o decremento de las conductas.

Fue esa misma ley del efecto quien dio pie a los esfuerzos por entender la conducta que emprendió Skinner, quien desarrolló el paradigma del condicionamiento operante. Esta menciona que la respuesta y conducta, la cual es objeto de estudio la psicología, está antecedida por un estímulo y precedida por una consecuencia que determinaba el incremento de la conducta y su desaparición.

Llamó reforzador al estímulo que se mantiene contingente a la respuesta e incrementa las posibilidades de aparición de la conducta ante un cierto estímulo, y castigo a la consecuencia que decreta la posibilidad de aparición de la respuesta, llevándola si es el fin, hasta la extinción de la misma.

Comúnmente el paradigma del condicionamiento operante se representa gráficamente por Estímulo (E)- Respuesta (R) y Consecuencia (C). De este modo Skinner explicó la conducta humano como una cadena de condicionamientos

operantes, o cadenas conductuales. Así mismo dio, con este paradigma, dio pie a las teorías y aplicaciones de la modificación conductual.

A pesar de la ventajas que se fueron experimentando con las nuevas teorías del condicionamiento tanto clásico y operante, desarrollada por diversos investigadores, su aplicabilidad a un sin número de situaciones y la respuesta que daba a las limitaciones que representaba el psicoanálisis, no siempre se obtenían los resultados esperados en la modificación conductual, esto da pie al nacimiento de la búsqueda de la mente como sistema mediadora entre, estímulos, respuestas y consecuencias (Caro, 2000 en Soria y Olvera, 2013).

Posteriormente un grupo de autores como Hull, Tolman, Eysenck, entre otros, denominados como neo-conductistas, integraron en el estudio del comportamiento variables orgánicas, difiriendo de la primera posición propuesta por Watson. Dichas variables incluyen pensamientos, representaciones mentales, impulsos, mapas cognitivos, etc., asegura Dahab (2015).

Kazdin (2000) citado por Soria y Olvera (2013), considera que los antecedentes del surgimiento de las terapias cognitivo-conductuales se puede dividir en tres etapas:

- 1) El trabajo de Watson, que contribuyó significativamente al inicio de la psicología como ciencia, delimitando un objeto de estudio específico y explicando la conducta mediante el paradigma estímulo-respuesta, cimentando las bases de la modificación conductual
- 2) Investigadores como Hull, Tolman y Mowrer postularon que entre los estímulos y las respuestas existían variables intermedias relacionadas con el mundo. Dando lugar al estudio de los pensamientos, ideas, mapas mentales, y procesos cognitivos.
- 3) Surge el interés por llevar a cabo estudios sobre el pensamiento, la percepción, los procesos motivacionales y la mediación en general.

Podemos entender como cognición al procesamiento de la información que tiene una persona a partir de la percepción. Por lo tanto la psicología cognitiva se encargó desde sus inicios en conocer cómo influye este procesamiento en la conducta y qué relación guarda con los diferentes procesos mentales y fisiológicos en la adquisición de nuevos conocimientos.

Ya entrados en los años sesentas, y en auge conceptos como cognición, autorregulación, pensamientos, etc. tuvo lugar una importante ampliación de la teoría conducta. Bandura (1977), con el objetivo de explicar el papel mediador de los procesos cognitivos en las relaciones sociales, desarrolla su teoría del aprendizaje social. En ella hace hincapié en la importancia que radica en el entorno social, pero recupera el efecto mediador de las cogniciones que intervienen entre los estímulos y las respuestas (Stallard, 2007).

Bandura en su teoría señala que gran parte del aprendizaje se da de manera vicaria. Anota que algunas conductas se desarrollan o se establecen de acuerdo a la teoría conductual, sin embargo se observa que otras maneras de actuar ante un evento tienen lugar sin la ejecución de la conducta, sino que provienen de la observación o escucha de otros modelos.

Uno de los hechos iniciales más importantes en el surgimiento de las terapias cognitivo-conductuales tuvo lugar en 1962 con la publicación del libro *Razón y emoción en psicoterapia* de Albert Ellis (Becoña y Oblitas, 1997), que una vez convencido de la ineficacia práctica de los métodos dinámicos, decide conceptualizar y aplicar una nueva terapia.

Su experiencia clínica le había dejado ver la relación estrecha que guardan las emociones y los pensamientos, con ello empieza la creación de la Terapia Racional Emotiva (TRE), que años más tarde haciendo énfasis en las repercusiones conductuales que tienen los procesamientos cognitivos y emocionales se teoriza como (TREC).

El objetivo de Albert Ellis fue hacer una psicoterapia más eficaz y profunda y que atacara las raíces básicas del sufrimiento humano, cimentado en un trabajo arduo a nivel racional, emocional y conductual contra sus tendencias destructivas y hacer emerger las potencialidades constructivas que todos tenemos, así conducir a sus pacientes y lectores a una vida feliz y auto satisfactoria (Ellis, 2006).

El Dr. Albert Ellis y Abrahms (1980), aseguran que la TREC tiene sus bases como una psicoterapia científica, a modo que permite comprobar hipótesis a través de sus métodos y técnicas, la TREC permite hacer ensayos y experimentos controlados para mostrar si la persona que se somete a ella, mejora o no, y si la persona que mejora obtiene más beneficios de este tipo de tratamiento que de otras.

Una de las características más loables (desde mi punto de vista) de la teoría realizada por Ellis, es que aunque se mantiene como un método científico, se expone de manera sencilla y accesible y así se propone como una terapia, en donde el paciente aprende a identificar sus propias ideas irracionales, combatir las y generar un cambio filosófico profundo y duradero que permita y promueva conductas y cogniciones más adaptativas (Ellis y Harper, 1997).

La TREC, a grandes rasgos, asegura que ante un acontecimiento (A) las personas tenemos una serie de consecuencias (C), ya sean conductuales, emocionales, reacciones fisiológicas, trastornos mentales como depresión o euforia, etc. que a través del tiempo las personas establecemos una relación directa entre (A) y (C). De manera que podemos pensar de la siguiente manera: "Cuando se me dificulta alguna tarea yo siento un enojo excesivo en mi persona".

Sin embargo Ellis, a través de sus investigaciones encontró que una serie de ideas (B), son las mediadoras entre (A) y (C), de manera que no es (A) quien pudiera producir las consecuencias, sino son (B) las que están relacionadas directamente con ellas.

Para esto estableció la diferencia entre ideas racionales (iBr) e irracionales (iBs); la primera de ellas tiene como característica principal que ayudan al logro de objetivos y metas en la vida, permitiéndole a la persona funcionar apropiadamente. Por el contrario las ideas irracionales, son aquellas que muestran carencia de objetivo, de lógica, de viabilidad, pero sobre todo se muestran como un obstáculo en el logro de la felicidad.

Un ejemplo de lo anterior no lo otorga Ellis y Abrahams (1980), quienes mencionan que los pacientes en B, tienden a tener primero un conjunto de ideas racionales (funcionales) que proceden de su sistema de valores básico, sus deseos y preferencias. Puesto que una persona desea la aceptación de los demás, casi siempre encontrarán el rechazo como algo indeseable, y en el punto Br (ideas racionales) concluirán que. “No me gusta verme rechazado !Qué desdicha!”. Entonces se sentirán, en C (Consecuencia), preocupados y molestos.

Pero pudiera suceder que a través del tiempo esta idea racional se torne irracional (iBs), como: “Debo ser aceptado por las demás personas significativas para mí; tengo que obtener mis deseos. Y si soy rechazado, será terrible e insoportable, el rechazo me hará una peor persona, pues los demás no desean estar conmigo”. Entonces se sentirán en C, deprimidos, auto despreciado y quizás e incluso susceptible a suicidarse. Estas ideas irracionales proceden de la intensificación de las Br, convirtiéndose en demandas y exigencias dogmáticas.

Es así como uno de los objetivos del terapeuta de la TREC y del paciente es identificar los factores principales que parecen “causar” la perturbación emocional. Podemos señalar tres niveles básicos de conciencia cognitiva, que son importantes para comprender los problemas de los pacientes, mencionados por Lega, Caballo y Ellis (1997):

- Pensamientos automáticos: Son los más cercanos a la conciencia son los pensamientos o fragmentos de pensamientos. Los pacientes pueden dar cuenta de estos con mayor facilidad.

- Interferencias y atribuciones: Se hacen sobre observaciones y pensamientos automáticos, de igual manera se puede acceder a ellos con preguntas directas.
- Creencias irracionales nucleares: Son más difíciles de descubrir; son reglas de vida o filosofías básicas que no nos damos cuenta que están funcionando hasta que un evento hasta que son activados por un cambio. En la TREC estas ideas centrales son denominadas como “estructuras subyacentes de creencias” o “esquemas”.

De la misma forma se deberá de identificar las tres condiciones, derivadas del pensamiento absolutista y rígidos de los tengo que y debo que: 1) Tremendismo: “...sí no apruebo el examen profesional sería mapas de horrible, no podría con esa pena...”; 2) Baja tolerancia a la frustración: “No puedo soportar que el trabajo implique tanto tiempo de elaboración...” y 3) Condenación o evaluación global de la valía del ser humano: “ Soy un idiota por hacer actuado así...”, “todos los hombres son iguales”.

Dentro de la psicoterapia de la TREC, una vez que se han identificado las ideas irracionales que están relacionadas con el malestar del paciente, se busca persuadir didácticamente al paciente con respecto a las ideas irracionales que ya se han identificado, modelando su sistema de creencias (reestructuración cognitiva) integrando ideas más funcionales y reforzado los cambios observados (Valladares y Rentería, 2013).

Para lograr un cambio filosófico las personas tienen que hacer lo siguiente (Ellis y Dryden, 1987 en Lega, Caballo y Ellis, 1997):

- 1) Darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida sus propios trastornos emocionales.
- 2) Recordar claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.

- 3) Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida de las creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
- 4) Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y tus alternativas irracionales.
- 5) Cuestionar sus creencias irracionales utilizando los métodos lógicos empíricos de la ciencia.
- 6) Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.
- 7) Continuar con este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas.

Es así que en este punto los terapeutas racional-emotivos enfrentan y discuten las creencias creadoras de trastornos de las personas, en forma mucho más activa y enérgica que los terapeutas de la mayoría de las demás escuelas. Hace ver a sus pacientes en qué medida sus ideas son irracionales y las consecuencias que tienen tanto en el aspecto emocional como en el conductual, le enseña cómo atacarlos en terrenos lógicos, empíricos y prácticos partiendo de las experiencias y vivencias del paciente. Por medio de la reestructuración cognitiva enseña a sus pacientes a cómo desarraigar sus irracionalidades (Ellis y Abrahams, 2005).

En síntesis, esta etapa (D) tiene como objetivo “enseñar al paciente a utilizar el método científico para el análisis de su pensamiento irracional” (Lega, Caballo y Ellis, 1997), de manera que pueda lograr un cambio filosófico (E) acerca del acontecimiento (A) ante cual está reaccionado.

De esta manera, la TREC ha demostrado ser útil para ayudar a las personas a tratar con los problemas de la vida cambiando sus pensamientos,

sentimientos y conductas en respuesta ante ciertos acontecimientos, siendo la primera forma de terapia que conjuga métodos cognitivos, emocionales y conductuales para debatir y minimizar las creencias irracionales y convertirlas en modos más racionales de pensar, lo cual lleva a consecuencias más saludables para el paciente, asegura Ellis (2005).

Otro iniciador de gran importancia de esta corriente psicológica fue Aaron Beck, que a partir de un tratamiento cognitivo-conductual para la depresión basada en la identificación y tratamiento de una triada cognitiva (visión negativa del pasado, visión negativa de uno mismo y visión negativa hacia el futuro), posteriormente sus principios basados en pensamientos automáticos y en distorsiones cognitivas fue ganando terreno en otras distorsiones mentales diferentes a la depresión alcanzando incluso su aplicación en trastornos de personalidad, cuyas aportaciones se comentarán en apartados siguientes.

Sin duda en este comenzar de la terapia cognitivo-conductual tuvieron lugar más científicos y teóricos, que aportaron invaluable conocimientos para consolidar una esta teoría que conjuga en sí misma una visión amplia del ser humano y su conducta, tomando en cuenta en primer lugar los procesos cognitivos que presenta y su repercusión en la conducta.

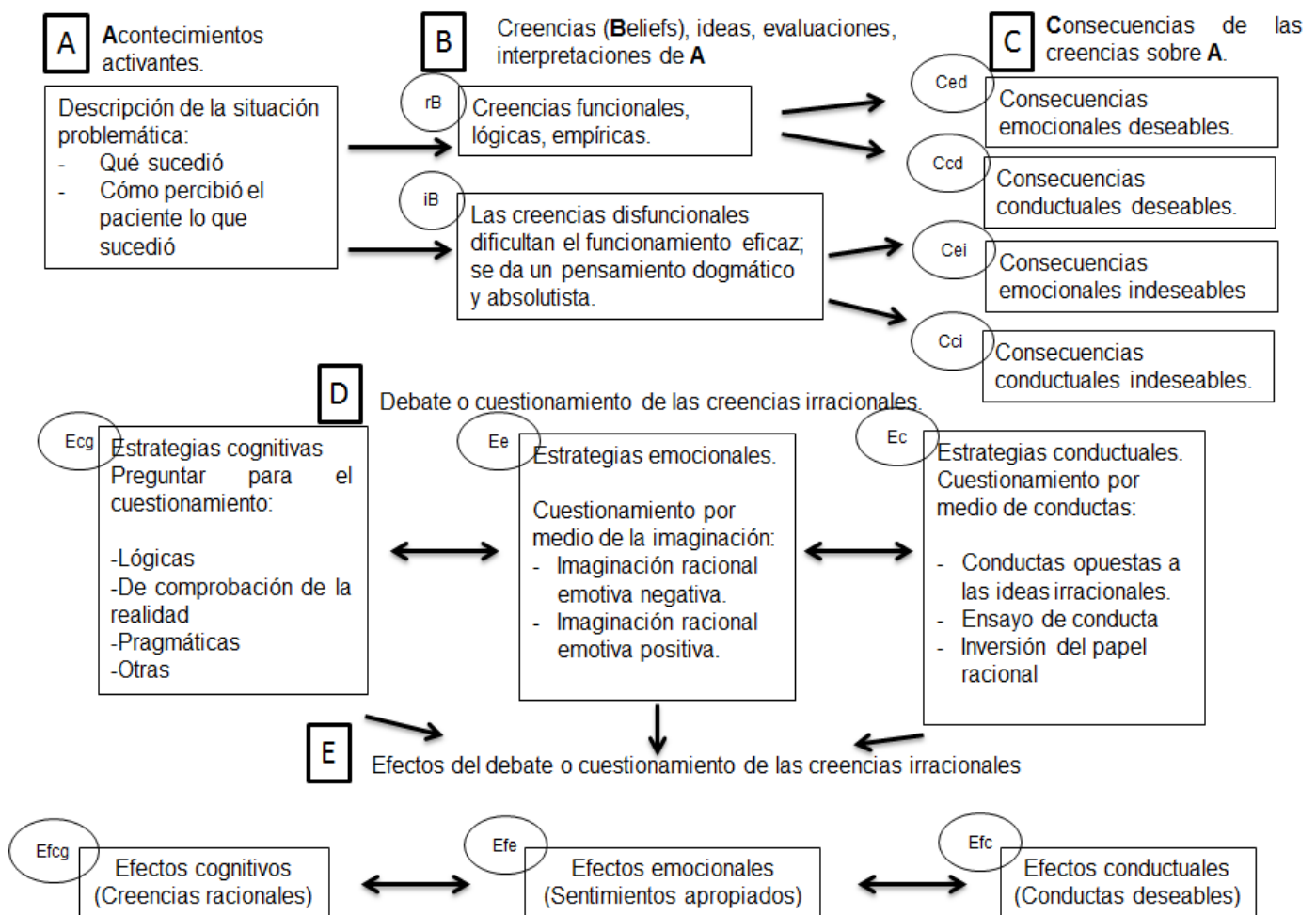
3.1.2 Bases teóricas del modelo y técnicas cognitivo-conductuales.

Lazarus (1966, 1968, 1982,1984), en Ramos, Piqueras, Martínez y Oblitas (2009), desarrolló la idea de que la emoción surge de una evaluación cognitiva del entorno y de nuestro interior. Esta, es la idea central de todas las teorías y técnicas desarrolladas desde esta perspectiva.

Así como menciona el anterior autor un supuesto básico de todas las psicoterapias cognitivo-conductuales es que los humanos reaccionamos a la interpretación de los hechos, y no a los hechos por sí mismos. Por lo tanto y de

acuerdo Frank en Mahoney y Freeman, (1985), uno de los objetivos de la psicoterapia cognitivo-conductual (CC), es reestructurar favorablemente el sistema de creencias y valores para así mejorar el punto de vista de los pacientes hacia ellos mismos y su relación con los otros de manera que puedan ser personas con una mayor funcionalidad en su contexto

Figura 1. Modelo ABC de la terapia racional emotiva conductual (1997).



De esta manera las terapias cognitivo-conductuales han asumido que las personas podemos acceder a los sentimientos, pensamientos y problemas concretos de manera que después de la intervención los pacientes mismos puedan autorregular las interferencias percibidas ante un hecho y así modificar las consecuencias negativas o indeseables que obstaculizan el logro de objetivos.

De acuerdo a Soria y Olvera (2013), aseguran que desde el ámbito de las psicoterapias surgió el interés por disponer de un esquema que permitiera orientar el trabajo terapéutico dados los objetivos del tratamiento cognitivo-conductual, haciéndose necesario contar con un sistema taxonómico que permitiera comprender los elementos implicados en la actividad mental humana.

Las mismas autoras mencionan que esta gran cantidad de elementos fue clasificado por Ingram y Kendall (1986; citados en Vázquez y Cameron,2000), estos elementos se distinguen en 1) productos cognitivos: referentes a las cogniciones que a las que las personas tienen acceso con facilidad, fueron señaladas por Beck como pensamientos automáticos; 2) operaciones cognitivas: referentes al proceso de recuperación de información o a los procesos de atención, 3) proposiciones cognitivas: se refiere al contenido de la información que es almacenada y 4) estructuras cognitivas: se refiere a la manera en que la información es almacenada y analizada dentro de algún tipo de estructura.

Así esta teoría nos propone como método de intervención la modificación de los contenidos de pensamientos para lograr un cambio filosófico profundo y conductual, mejorando las repercusiones emocionales. Se han desarrollado diversas técnicas para que el paciente pueda ser entrenado en el reconocimiento de sus propias ideas irracionales o distorsionadas.

3.2 Metodología de la Terapia Cognitivo-Conductual.

Con la terapia CC se pretende modificar comportamientos y pensamientos de manera sincrónica y sinérgica. Está orientada hacia el presente, se ayuda de mediciones psicométricas y pone énfasis en la cuantificación, la identificación de indicadores, objetivos de progreso y medición de éstos. Se aplican instrumentos para evaluar los síntomas específicos, la frecuencia, duración, intensidad y características, de manera que ver el avance obtenido hasta que finaliza la intervención

. Además las TCC se centran en los síntomas y la resolución de estos, buscando siempre un funcionamiento independiente enfatizando en procesos de aprendizaje, la modificación de la conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento en habilidades. (Sánchez, 2008).

Con respecto al procedimiento, dentro de las psicoterapias de la corriente CC se sigue el mismo método general de intervención incluso de otras corrientes. En primer momento tiene lugar la entrevista donde se abunda acerca de los datos demográficos del paciente, así como la identificación y delimitación del problema y los síntomas resultantes de este. Posteriormente y analizados los datos obtenidos en el primer punto, se realiza una estrategia de intervención con el fin de alcanzar los objetivos planteados. Para finalizar y dependiendo del caso, antes del cierre del caso, se tienen algunas sesiones de seguimiento donde se previenen futuras recaídas.

En sintonía, Nezu, Nezu y Lombardo (2006), mencionan que “la TCC bien aplicada por lo general cubre primero una formulación de caso y, después, con base en ella, diseña un plan de tratamiento ajustado a un paciente específico” (p. 4).

Parte de gran relevancia de los tratamientos CC son las tareas en casa, pues son fundamentales para poder alcanzar los objetivos y metas planteadas.

Dentro de esta perspectiva teórica y aplicada se busca otorgarle al paciente herramientas y métodos que pueda auto aplicar en diversas circunstancias a fin de que aprenda a autorregular sus conductas o pensamientos ante ciertas circunstancias.

3.3 Diferentes aplicaciones de la TCC.

En comparación con otras aproximaciones, la teoría cognitivo-conductual ha cobrado primicia en la práctica clínica por su avanzado grado de efectividad para el tratamiento de diversas condiciones clínicas (Sánchez, 2008). Así mismo se ha demostrado mayores alcances comparado con otras psicoterapias, como las inscritas dentro del marco dinámico y humanista-existencial.

Un vez que hemos estudiado las bases en las que se cimienta la terapia cognitivo-conductual, podemos hablar de su gradual proceso que tuvo en la aplicación de diferentes trastornos. Al respecto y de manera especial podemos mencionar la terapia cognitiva de Beck (1967), que fue desarrollada para el tratamiento de los trastornos depresivos. Con posterioridad, ha ido evolucionando para englobar el tratamiento de todas las formas de ansiedad (Beck y cols, 1985), la hipocondría o ansiedad por la salud (Warwick, 1989; Warwick y cols., 1996), el consumo de sustancias (Nishith y cols., 1997) y la esquizofrenia (Kingdon y cols., 1994). De hecho algunos clínicos han sugerido que no existe ningún trastorno psiquiátrico en el que no pueda aplicarse la terapia cognitiva, ya que parece constituir el tratamiento universal (Tyrrer y Davidson, 2002).

De la misma manera, en la actualidad numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta clase de terapia y el campo de aplicación se va ampliando progresivamente conforme aparecen nuevas investigaciones. Hay aplicaciones específicas para los trastornos por ansiedad, para la depresión, para

la esquizofrenia, para las disfunciones sexuales, para el juego patológico, para los trastornos de personalidad, etc. “ (Lega, Caballo y Ellis, 1977).

3.3.1 El modelo cognitivo-conductual en los trastornos de personalidad.

En la intervención psicológica del TLP podemos mencionar que el psicoanálisis a través del tiempo se ha encargado de destinar demasiado tiempo a la comprensión y tratamiento. Sin embargo como aseguran Tyrer y Davidson (2002), durante los últimos años ha crecido el interés por las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de los trastornos de personalidad debido a la enorme tendencia hacia el empirismo y a la presión por parte de la gestión sanitaria en el sentido de establecer objetivos bien definidos y concretos, así como límites temporales, aunado a los conocimientos que han recabado los terapeutas cognitivo- conductuales gracias a su poca inferencia y al uso de evaluaciones que muestran mayor efectividad en contraste con las evaluaciones dinámicas.

La literatura que aborda los trastornos de personalidad desde la posición cognitivo-conductual no es muy extensa y se ha centrado principalmente en la modificación de conductas problemáticas específicas, aunque el pronóstico al realizar estas modificaciones no es muy alentador, asegura Caballo (2001).

Este mismo autor citando a (Sperry, 1999), enlista los objetivos generales de tratamiento clasificado en cuatro niveles.

1er nivel: Disminuir síntomas

2do nivel: Modular la dimensión temperamental de la personalidad

3er nivel: Reducir el deterioro en el funcionamiento social y laboral

4to nivel: Modificar el carácter o los esquemas de la personalidad

El escritor señala que tanto el segundo nivel y el cuarto implican solamente modificaciones, mientras que los otros dos niveles restantes involucran una reestructuración cognitiva.

Así mismo Caballo (2001), indica que en el tratamiento de una persona con cualquier trastorno de personalidad y antes de que se comiencen técnicas de reestructuración cognitiva, se debe lograr la modulación del temperamento o normalización de la respuesta afectiva, cognitiva o conductual que es insuficiente o excesiva. Algunas de las estrategias a utilizar para el logro de ello se pueden observar en la siguiente tabla la cual el autor la adaptado de Robinson 1999, y Sperry 1999.

Tabla 7. Estrategias utilizadas para la regulación o modulación del temperamento dentro de los trastornos de personalidad.

Síntomas de expresión emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en el control de impulsos - Entrenamiento en el manejo de la ansiedad - Entrenamiento en la reducción de la sensibilidad - Entrenamiento en la regulación emocional - Entrenamiento en tolerancia ante el malestar - Establecimiento de límites - Manejo de la ira - Entrenamiento en empatía - Entrenamiento en darse cuenta de la emociones
Síntomas conductuales.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en autocontrol
Síntomas interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en asertividad - entrenamiento en habilidades sociales/interpersonales
Síntomas cognitivos/perceptivo	<ul style="list-style-type: none"> - Detención del pensamiento - Entrenamiento en darse cuenta de las cogniciones - Entrenamiento en el manejo de síntomas - Entrenamiento en solución de problemas

Una de las intervenciones basada en la reestructuración cognitiva, es la terapia desarrollada por Beck que aunque debe su fama mundial y popularidad a sus investigaciones realizadas acerca del tratamiento de la depresión, como se ha comentado anteriormente y citando a Oblitas (2013), la tríada cognitiva se ha expandido a otros campos distintos al de la depresión, como a los trastornos de ansiedad y pánico (Beck y Emery, 1985), trastornos de personalidad (Beck, Freeman, Pretzer, Davis; Fleming, Ottaviani, Simon, Padesky, Mayer, Trexler, 1990), y otras conductas como adictivas, de alimentación y obesidad, trastornos infantiles, medicina conductual y en el área de la salud y problemas de pareja.

Beck y cols. (2015), aseguran que el modo en la que las personas procesan los datos sobre sí mismas y sobre los demás sufre una influencia de sus creencias y otros componentes propias de su estructura y organización cognitiva. Citando a Pretzer (1990), el autor añade algunos supuestos cognitivos claves: “El mundo es peligroso y malo”, “soy impotente y vulnerable” y “soy intrínsecamente inaceptable”.

Así, las intervenciones CC han demostrado su efectividad en la disminución sintomática de los derivados de los trastornos afectivos e incluso en trastornos de personalidad. De acuerdo a Muñoz y Ruiz (2007), la primera aplicación conocida de este modelo para el análisis y tratamiento de síntomas psicóticos se debe a Beck (1952), quien trató, a un paciente con delirio resistente al tratamiento farmacológico. El tratamiento consto de 30 sesiones durante ocho meses, al finalizar este era capaz de cuestionar sus ideas con respecto a la sospecha de estar siendo observado.

El tratamiento de la esquizofrenia desde las TCC se enfoca en el síntoma más representativo de este trastorno, las alucinaciones, que son una muestra de la falta de juicio de realidad, según Hernández y Sánchez (2007), en el tratamiento de este trastorno se centra en minimizar el malestar y la conducta problemática reduciendo las creencias de omnipotencia, la malevolencia o benevolencia y la

obediencia, tratando al mismo tiempo las ideas delirantes que devienen de las primeras, se intentan controlar las alucinaciones y así lograr una disminución de los síntomas.

Lo anterior lo podemos observar claramente en un estudio de caso de tratamiento conductual de las alucinaciones auditivas en una paciente esquizofrénica que realizó Perona y Cuevas (1997). El participante era un varón de 25 años de edad diagnosticado con trastorno esquizofrénico tipo paranoide, según los criterios del DSM- III- R. Los primeros síntomas, alucinaciones auditivas, desorganización del pensamiento y gran ansiedad, se presentaron dos años anteriores a la intervención y coincidieron con la ruptura de una relación afectiva con una chica.

En el momento de la derivación de la derivación el paciente continuaba presentando los síntomas, en especial eran las alucinaciones auditivas que impedían que realizará actividades laborales o sociales, además de presentarse resistente a la medicación antipsicótica. Las alucinaciones consisten en voces de personas que en ese momento no estaban presentes o habían fallecido, de forma general las alucinaciones contenían contenidos cortos y obscenos como “”, “estás loco”, “eres un idiota”, “muere”, etc. la frecuencia de las alucinaciones aumentaba en la presencia de los ruidos de los autos o el ruido blanco. Por lo tanto la conducta que presentaba el paciente para contrarrestar la sintomatología era abstenerse de salir a la calle, quedarse encerrado en cuarto o dormir durante muchas horas.

A partir de los datos recabados, los investigadores establecieron la hipótesis de que las alucinaciones estaban relacionadas con la gran cantidad de ansiedad experimentada el paciente el paciente en los contextos en los que se relacionaba, no permitiéndole distinguir entre eventos externos y eventos autogenerados. (Pensamientos y habla encubierta). Para comprobar esta hipótesis y la efectividad de la intervención se entrenó al paciente a hacer un chasquido

para posibilitar contabilizar la frecuencia de las alucinaciones auditivas en diferentes situaciones.

Como objetivos de la intervención se planteó: 1) Disminuir la ansiedad del paciente ante situaciones evocadoras de alucinaciones auditivas, 2) Enseñarle al paciente a atribuir el origen de las alucinaciones a sí mismo y no a factores externos, 4) Enseñar conductas incompatibles con las alucinaciones y 4) incrementar el número de actividades sociales del paciente.

Basados en los objetivos antes mencionados el procedimiento se dividió en varias tareas. Para el afrontamiento de las alucinaciones auditivas se utilizaron métodos de exposición gradual al estímulo con relajación, la sesión comenzaba comentando la hipótesis de trabajo seguido con 10 minutos de relajación y una vez cuando el sujeto estaba relajado iniciaban el tratamiento de exposición. Para reducir las alucinaciones en situaciones sociales estresantes, se paciente participó en un grupo de entrenamiento de habilidades conversacionales durante 7 meses.

Una vez comenzada la intervención, se observó en un primer momento el incremento en la frecuencia de las alucinaciones, tal vez causado por la exposición al estímulo evocador, posteriormente tuvo lugar un descenso gradual y estable de la sintomatología alcanzando incluso niveles de intensidad no patológica. Al finalizar la intervención las alucinaciones que se presentaban contenían mensajes menos agresivos en forma de instrucciones “abre el grifo”, “coge el jabón”, etc. y el participante era capaz de atribuir estas voces a sí mismo.

De igual manera el paciente era capaz de estar ante los estímulos evocadores que anteriormente lo perturbaban (ruido de autos y sonido blanco), era capaz de establecer una conversación con personas desconocidas, mejorando significativamente sus relaciones sociales. Estos resultados se mantuvieron después de 5, 12,21 y 24 meses de haber finalizado el tratamiento.

Así mismo se ha demostrado la efectividad de este tipo de tratamientos en otros trastornos de personalidad, como los trastornos obsesivo-compulsivo, masoquista, histriónico, de conversión, narcisista, de dependencia, etc. Sin embargo como señala Navarro y López (2013), el tratamiento de los trastornos de personalidad representa un gran reto aun en la actualidad pues no se han determinado métodos totalmente eficaces, pues los estudios existentes son poco numerosos, con muestras escasas y heterogéneas, en algunos casos no cumplen con criterios importantes de diseño y de control.

Otro de los alcances que ha logrado la TCC es ser aplicable para el tratamiento eficaz del trastorno límite de la personalidad, cuyas características principales revisamos en el capítulo segundo de este trabajo. En el siguiente apartado revisaremos las diferentes propuestas metodológicas del tratamiento de este trastorno.

4. INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

Linehan (2014), asegura que una parte crucial para el tratamiento del TLP es el tratamiento psicológico. Como se mencionó anteriormente en el Trastorno Borderline se trabaja desde dos orientaciones psicoterapéuticas diferentes: la psicodinámica, ejemplos de ella podemos mencionar la terapia de mentalización de Bateman y Fonagy y la terapia focalizada en la transferencia de Kernberg y Clarkin; y la terapia cognitivo- conductual como la terapia cognitiva de Beck, terapia cognitiva centrada en esquemas Young, terapia dialéctica conductual de Linehan, que se describirán en este capítulo.

Con respecto a las primer grupo de tratamientos inscritos a las teorías dinámicas y psicoanalíticas parten del supuesto que el trastorno límite de la personalidad es un trastorno evolutivo del yo que afecta a la integración del yo y las relaciones objétales que se establecen, afectando gravemente las interacción social de la persona (Cuevas y López, 2012).

Para estas posturas teóricas es de gran importancia la identificación y tratamiento de procesos inconscientes característicos del trastorno, como la escisión cognitiva, el empleo de mecanismos de defensa primitivos como la idealización, identificación proyectiva, devaluación, negación, omnipotencia, entre otros, que debilitan en gran medida la fuerza Yoica acarreado la incapacidad de adaptación e inflexibilidad ante diversas situaciones de la vida.

A pesar del gran desarrollo teórico y conceptual que nos otorgan las posturas psicoanalíticas, a través del tiempo se han descubierto que las intervenciones y tratamientos de diferentes afecciones como el trastorno límite de personalidad se han visto ineficaces en cuanto a la duración del tratamiento, técnicas y resultados obtenidos después del tratamiento.

Sobre esto redactan Reneses, Galián, Serrano, Figueroa, Fernández, López, Fuentes y Trujillo (2013), quienes mencionan que en la última década se han puesto de manifiesto algunos aciertos de los tratamientos inspirados en la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de este tipo de problemáticas. Entre otras cosas menciona los buenos resultados obtenidos en cuanto a la disminución de las conductas auto lesivas así como la adherencia terapéutica.

Sin embargo recalca que por lo menos la terapia comportamental dialéctica de Linehan y la psicoterapia basada en esquemas, al igual que algunas terapias de corte psicoanalítico ven frenados sus resultados al ser tratamientos de largo duración, elevando el índice de abandono de los tratamiento y haciendo evidente la necesidad de desarrollar nuevas técnicas de intervención psicológica de menor duración que resulte más eficaz con respecto al mejoría de la sintomatología clínica propia del trastorno y la relación costo-beneficio del tratamiento.

Tomando en cuenta lo anterior, se describirán los tratamientos cognitivos-conductuales que han resultado más eficaces para después hacer una evaluación de ellos y proponer (en el siguiente apartado) una propuesta de intervención psicológica en un caso de trastorno de personalidad límite.

4.1 Teoría cognitiva de Beck.

Aarón Beck, a través del tiempo se ha convertido en punto de referencia si se habla de la terapia cognitivo-conductual. Beck fue un psiquiatra formado dentro de las corrientes teóricas dinámicas y psicoanalíticas, que después de cuestionar estos modelos forma y desarrolla su propio enfoque teniendo como marco el cognitivismo (Korman, 2011), sus primero trabajos se centraron en la explicación y desarrollo del tratamiento de la depresión, la cual la llevó a teorizar sobre la triada cognitiva, que se explicará en breve.

Siguiendo con el escrito de Korman, este autor nos menciona que los postulados teóricos de Beck, en un principio, eran formados por un modelo muy sencillo, en donde aseguraba la interacción funcional de tres esferas como una continua, se refería a la esfera cognitiva, emocional y conductual.

La base de esta teoría es la esfera cognitiva, que se refiere justamente al contenido o cúmulo de información que se ha adquirido sobre el mundo y lo que nos rodea, en esta esfera se engloban ideas, creencias, preferencias, exigencias, tradiciones, etc.

El tratamiento de los trastornos emocionales y de personalidad parte de la idea que al modificar e influencia sobre las cogniciones y sus productos de una personas se observarán reflejadas cambios tanto en el aspecto emocional como en el conductual. Este modelo es muy similar a las propuestas realizadas por otros autores como Ellis, que al igual que Beck buscan el óptimo funcionamiento del paciente en los medios sociales en los que se desenvuelve.

Es tal la similitud que estas dos teorías parten de los mismos orígenes filosóficos Estoicos como a los principios escritos por Epicteto quienes estas dos teorías asumen su precepto fundamental: “no son los hechos sino las ideas que se tienen sobre los hechos”.

De acuerdo a Beck, Rush, Shaw y Emery (2010), el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión, que posteriormente se utilizaron para explicar otros trastornos tanto emocionales como de la personalidad: 1) la triada cognitiva, 2) los esquemas y 3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

Estos mismos autores, señalan que la triada cognitiva está conformada por tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus exigencias de un modo especialmente catastrófico. El primer componente de la triada, la visión negativa acerca de sí mismo mantiene

sentimiento de menosprecio y desagrado hacia su persona, atribuyendo grandes exigencias que lo hacen continuamente fracasar, reafirmando su visión negativa y creencias como “soy torpe”, “soy un fracaso”, “no sirvo para nada”, y poniendo especial atención a sus defectos y limitaciones.

El segundo patrón se refiere a la interpretación errónea de los acontecimientos, manteniendo una visión negativa, pues le parece que la vida cotidiana le hace exigencias exageradas que quedan fuera de su alcance, condenando a la renuncia de la obtención satisfactoria de sus objetivos. Es común observar como en el diálogo las personas mantienen el análisis e interpretación de los hechos con una visión negativa aun cuando el evento pudiera considerar aspectos positivos. Lo anterior está íntimamente relacionado con el aspecto siguiente, pues así mismo la persona guarda una visión negativa del futuro, estas pueden guardar creencias del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga.

Con respecto al segundo concepto, los esquemas, Rodríguez y Vetea (2011), citando a Clark y Beck (1997), explican que son estructuras de procesamiento de la información que participan en la interpretación, y lectura del significado de un acontecimiento, permitiendo la construcción de una visión estable y del mundo estable. La mayoría de estos esquemas son constituidos en las primeras etapas de la infancia o por lo menos quedan establecidas las bases en las cuales todos los esquemas estarán cimentados y sobre los cuales el individuo tenderá a percibirse a sí mismo y el mundo.

Los esquemas pueden clasificar según sus cualidades estructurales, como la amplitud (son reducidos, discretos o amplios), la flexibilidad o rigidez (que tanta capacidad tienen para su modificación) y la densidad (preeminencia relativa en la organización cognitiva. Así mismo se pueden clasificar por su grado de valencia o su grado de activación ante un acontecimiento, este nivel de activación oscila entre los extremos de latente (si no participan en el procesamiento de

información) o hipervalente (canalizan el procesamiento de información y cognitivo desde las primeras etapas hasta las finales), es así que estos esquemas hipervalentes están presentes y activados durante trastornos emocionales y de la personalidad (Beck, Freeman y Davis, 2005).

Los esquemas se encuentran estrechamente relacionados con los errores cognitivos, que los podemos entender como distorsiones que comete nuestro pensamiento de manera sistemática, al procesar información de todo aquello que le rodea. Estas distorsiones significan un problema cuando provienen de estructuras rígidas y con poca disposición al cambio creando con ellas irrationalidades que desembocan en trastornos fisiológicos, emocionales y conductuales.

Es así que ante cada evento o situación las personas evaluamos y juzgamos a partir de las creencias fundamentadas en nuestros propios esquemas y las distorsiones que nos hemos creado. Judith Beck (1995), menciona que las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de las creencias, están son globales, rígidas y se generalizan en todo momentos, mientras que los pensamientos automáticos que se presentan inmediatamente ante una situación (como un disco rayado), son palabras o imágenes, son específicos para cada situación y se considera que es el nivel más superficial de la cognición e influyen notablemente en la forma de ver una situación influyendo a la vez en el modo de pensar, sentir y actuar. Sin embargo explica la autora que entre las ideas centrales y las automáticas se crean otras llamadas creencias intermedias que consisten en actitudes, reglas y presunciones comúnmente no expresadas.

Por lo tanto el trabajo del psicólogo cognitivo-conductual desde esta postura es la de identificar los ideas automáticas, disfunciones de pensamiento, creencias nucleares o esquemas para poder cambiarlas a ideas más flexibles que tengan una repercusión más positiva en el paciente, de manera que debatiendo y poniendo en cuestionamientos sus ideas se busca la reestructuración cognitiva.

Por otro lado, en los trastornos de la personalidad podemos identificar características cognitivas y esquemáticas que prevalecen. En el trastorno límite de la personalidad podemos identificar supuestos activos que están presentes en otros trastornos de personalidad y supuestos que son claves y propios de la personalidad borderline, al respecto Pretzer (1990) en Beck, Freeman y Davis (2005), identificó tres: “el mundo el peligroso y malo”, “soy impotente y vulnerable” y “ soy intrínsecamente inaceptable”. Así mismo el autor añade la relación conductual que provocan estos pensamientos, refieren que el primer y el segundo supuesto ocasionan un alto nivel de vigilancia y una desconfianza interpersonal excesiva.

En este mismo escrito Beck, et. al., aseguran que estos tres supuestos y las características cognitivas del TLP juegan un papel importante en el mantenimiento del trastorno y guían el establecimiento de objetivos dentro de la atención psicológica. El tratamiento propuestos por estos autores están basado en el postulado realizado por Beck (1980): “Algunos estados patológicos de los pacientes con trastorno límite de la personalidad son una suerte de regresión a estados emocionales intensos experimentados de niños” (Beck, Freeman y Davis, 2005).

Este mismo postulado fue retomado por Young para la descripción de los modos de esquemas que son el centro de su teoría con respecto a este mismo trastorno, de lo cual nos ocuparemos más adelante.

Con respecto al tratamiento límite de la personalidad Torres (2007), menciona que Beck y Freeman (1995), proponen seis pasos, en los cuales tienen como centro la reestructuración cognitiva de los pensamientos relacionados con la sintomatología del trastorno. Los pasos que se incluyen son:

- 1) Fomentar una relación de confianza con el paciente: Dadas las características de los pacientes borderline la relación entre el terapeuta y paciente cobran una importancia relevante pues

muchos de los problemas relacionados a este trastorno son producidos por las dificultades dadas en el establecimiento de las relaciones interpersonales. Es importante establecer desde los inicios del proceso los lineamientos con los cuales se dará esta, pues como asegura la autora, los pacientes borderline al no tener límites, pueden encontrar grandes complicaciones con respecto a esto.

- 2) Reducir el pensamiento dicotómico: A partir de diálogos socráticos se pretende que el paciente se dé cuenta de la inexistencia de pruebas de comprueben y sustenten sus pensamientos de valoración extremista y polarizada, se espera que con este tipo de técnicas los pensamientos dicotómicos declinen gradualmente y se incorpore este método para la comprobación de sus ideas, de manera que modifique su propio pensamientos con ideas más racionales y funcionales.

- 3) Control creciente de las emociones: Al re conceptualizar sus ideas con respecto a la expresión de malestar, se busca que los pacientes comprendan al sentir enojo o rabia, serán castigados y se tratan de emociones completamente normal, se enseña así mismo expresiones más adaptativas de esta emociones por medio de dramatizaciones e incluso se pueden incluir intervenciones grupales enfocadas en el control emocional in vivo.

- 4) Mejorar el control de la impulsividad: Con base en el autocontrol de la impulsividad se entrena al paciente para identificar los impulsos antes de actuar con base en ellos, así mismo el entrenamiento conllevaba otros pasos como la exploración de las consecuencias positivas y negativas que traería su conducta si actúas

impulsivamente, la inhibición de las respuestas automáticas y control conductual.

- 5) Fortalecimiento en el sentido de Identidad: Se refuerzan los avances que tiene el paciente con respecto a las conductas y pensamientos que se muestran más adaptativas. Este punto puede incluir técnicas propuestas por la teoría conductual, como el reforzamiento progresivo.

- 6) Abordar los supuestos de base: Al identificar las ideas subyacentes, se detallan de manera que puedan ser específicas y sometidas a comprobaciones conductuales. La autora señala la gran complejidad de conlleva este punto, pues la personalidad límite tiende al rechazo de toda relación íntima, pues mantiene la atención a sus defectos inaceptables, así mismo menciona la importancia que tienen las actitudes del terapeuta que deben incluir aceptación con empatía independientemente del reconocimiento de los defectos del paciente. Al respecto Ellis y Dryden (1989), menciona que el psicólogo cognitivo conductual está de acuerdo en debe mantener actitudes que ayuden al proceso terapéutico, como las mencionadas por Rogers (1980), aceptación positiva incondicional, empatía, congruencia y autenticidad.

Además Beck (1985) considera que es importante que el psicólogo tratante tenga en cuenta que una de las consecuencias inmediatas al tratamiento es el desencadenamiento de episodios de ansiedad, generadas por la modificación de la identidad del paciente y el sentido de su yo, pues es inherente el proceso

psicológico implica necesariamente a la reformulación de su persona, conducta, emociones y pensamientos. Es fundamental entonces:

- Un alto grado de acuerdo entre las expectativas del paciente acerca de las metas y objetivos terapéuticos y las del terapeuta.
- Un estilo tranquilo y seguro por parte del terapeuta.
- Una naturaleza cooperativa durante el proceso de establecimiento de metas.
- Enfocar estrategias de modo tripartito, atendiendo las áreas cognitivas, conductual y afectiva. Para ello, se deben usar los tres componentes terapéuticos: cognitivo, expresivo y relacional. “ (López, Rondón, Alfano, Cellerino, 2013)

Continuando con el proceso de atención del paciente con personalidad límite, Beck, et. al. (2005), menciona que en un primer momento se deben jerarquizar los temas a tratar de manera que se establezcan los objetivos del tratamiento, iniciando con los temas sobre actitudes que significan una amenaza para la vida, continuando con la atención de aquello vinculado con la relación terapéutica, en tercer lugar los temas sobre actitudes que llevan a la autolesión, y por último el tratamiento de otros problemas así como el trabajo sobre los esquemas y procesos de trauma. Así mismo menciona que además de que esta jerarquía ayuda al establecimiento de objetivos y de los temas a tratar dentro de cada una de las sesiones del tratamiento sino que también ofrece una visión general del esquema de tratamiento.

Para el proceso terapéutico de este trastorno Beck en este mismo ejemplar menciona la necesidad del uso de técnicas específicas para el manejo de crisis, establecimiento de límites, sesgos cognitivos, además del uso de otras herramientas experienciales como la reescritura del pasado y role playing histórico, la silla vacía, experimentación de emociones y técnicas conductuales,

que aunadas al tratamiento farmacológico aumenta las posibilidades de éxito de la intervención.

Gracias a las aportaciones de Aaron Beck, nacieron otras propuestas de tratamiento del trastorno límite de la personalidad, entre ellas revisaremos las más significativas y que han encontrado mayores resultados satisfactorios.

4.2 Terapia cognitiva centrada en esquemas.

La terapia cognitiva centrada en esquemas fue desarrollada por Young, para el tratamiento de los trastornos de personalidad y en específico se encontró gran aplicabilidad en los casos de padecimiento del trastorno límite de la personalidad, esta conceptualización fue posible gracias modificaciones, ampliaciones e innovaciones de la terapia cognitiva de Beck.

De acuerdo a Farrell y Shaw (2012), esta terapia se presenta como un tratamiento integrador que se cimienta en la teoría cognitivo-conductual, la teoría del aprendizaje, y en los avances de investigación en el campo de la psicología evolutiva. Los objetivos de la Terapia de esquemas no solo se centran en el aprendizaje de habilidades conductuales sino que se centra fundamentalmente en el cambio de personalidad, conceptualizado -desde esta postura- como el incremento de intensidad de los esquemas inadaptados que desencadenan una emoción infra o supramodulada.

En comparación con la intervención propuesta por Beck para el TLP, la terapia centrada en esquemas, sitúa mayor relevancia y énfasis en la relación terapéutica, en el funcionamiento emocional e interpersonal, y en los acontecimientos de la primera infancia como determinantes de la conducta adulta. Sin embargo la diferencia más significativa es que, mientras que Beck y sus colaboradores centran la atención psicológica en la detección y modificación de

los estímulos de pensamientos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y las creencias relacionadas a las conductas y repercusiones emocionales y fisiológicas, Young propone actuar sobre el nivel más profundo de la cognición: los esquemas adaptativos tempranos o precoces (Cervera, Haro y Martínez, 2005).

El modelo de esquemas incorpora ideas complejas, mantiene dos de las características vitales de la terapia cognitivo conductual, pues se presenta como un tratamiento estructurado y sistemático, presentando así un alternativa que mantiene un sentido común a esta corriente teórica, sus postulados y técnicas, sin embargo esta teoría retoma la profundidad de los enfoques psicodinámicos, asegura Young, Klosko y Weishaar (2013).

Young a raíz de la propuestas de Beck y otros colaboradores, estableció cuatro estados infantiles o modos que definen el trastorno límite de la personalidad: 1) Protector distante, 2) niño abandonado, 3) infante enfadado o abusado, 4) padre punitivo y 5) adulto sano (parte sano del paciente).

El segundo estado “niño abandonado o abusado”, denota el estado de desesperación y los temores propios del paciente borderline, además de los abusos experimentados en las primeras etapas de la vida, a este estado están arraigadas ideas nucleares como “los demás son malévolos”, “no se puede confiar en ellos”, “nos castigaran o nos abandonarán”, “mi dolor nunca cesará”, “siempre estaré solo”, “no le importo a nadie” (Beck, Freeman y Davis, 2005).

Siguiendo con el análisis, los autores comentan que Young estableció que el tercer estado “infante enfadado o punitivo”, guarda creencias nucleares como: “soy malo y merezco castigo”, “mis deseos, opiniones y emociones, son erróneos”, “no tengo derecho a expresar mis opiniones”, “lo único que hago es manipular”. Estos pensamientos son el resultado de la ambivalencia que viven los pacientes con respecto al consuelo y al apoyo de los demás, pues aunque reclama estas actitudes de las personas que están a su alrededor, al mismo tiempo les teme. Lo anterior repercute en el tipo de relaciones interpersonales que establecen que se

centran en sentimientos de temor, pues espera encontrar la figura paterna punitiva.

Este mismo estado, guarda una estrecha relación con los episodios de ira y de enojo auto gratificante, característicos de las personalidades límite, pues muestran una gran tensión ante la ira que comúnmente termina en la expresión incontrolable y no funcional de este.

Para la comprensión de esta propuesta de tratamiento, debemos entender algunos conceptos claves. En primer lugar podemos explicar una de la subcategoría de los esquemas que identificó Young; los Esquemas Tempranos Inadaptados (ETI), estos son patrones disfuncionales autosaboteadores de pensamientos y emociones que se estructuran durante las primeras etapas de la vida y reiteran a lo largo de esta. En este mismo sentido se puede entender que para el autor de esta propuesta las conductas son causas por estos esquemas mal adaptados, sin embargo no se pueden concebir como parte de los esquemas mismo. Los ETI se pueden mostrar adaptativos en algún momento del desarrollo del sujeto, sin embargo su disfuncionalidad comienza cuando sus representaciones, apreciaciones y percepciones ya no se ajustan a la realidad (López, Cid, Obst, Rondón, Alfano y Cellerino, 2003).

Al respecto Rodríguez (2009), asegura que una de las características más destacadas de la terapia centrada en esquemas, es la oportunidad de trabajar bajo un marco integrador que sirve para organizar y comprender patrones profundos de pensamiento, persistentes y auto derrotistas. Los orígenes de los esquemas los ubican en las primeras etapas de la vida y son resultado de interacción entre las necesidades emocionales centrales no satisfechas en estas etapas, experiencias tempranas y el temperamento innato de niño. Para esto Yung postuló 5 necesidades emocionales centrales:

- 1) Afectos seguros con otras personas.
- 2) Autonomía, competencia y sentido de identidad.

- 3) Libertad para expresar las necesidades emocionales válidas
- 4) Espontaneidad y juego.
- 5) Límites realistas y autocontrol

De tal manera que una persona suficientemente sana psicológicamente ha podido satisfacer estas necesidades de manera satisfactoria, formulando así esquemas de pensamiento más flexibles y por lo tanto adaptativos de acuerdo a las exigencias de su medio interpersonal y social.

La terapia de esquemas puede ser breve, intermedia o de larga duración, dependiendo del paciente, sus síntomas y padecimientos. Al partir de los orígenes de la terapia cognitivo-conductual se amplía para analizar y otorgarle un mayor peso a los orígenes familiares y adolescentes de los problemas psicológicos, introduce técnicas emotivas, para contemplar la relación terapeuta-paciente quien desde esta perspectiva tiene una gran inferencia en el proceso de tratamiento y por lo cual es una variable importante dentro de ella (Young, Klosko y Weishaar, 2013).

4.3 Terapia dialéctica conductual de Linehan.

La terapia dialéctica conductual puede considerarse como una terapia bien establecida que ha demostrado su gran efectividad para la comprensión y tratamiento del TLP, además de la que más estudios teóricos y aplicados ha generado, puesto que se han llevado a cabo réplicas de sus resultados con una metodología seria, evaluando la duración de los resultados y los alcances de los beneficios obtenidos por los pacientes que se han sometido a este tratamiento (Cuervas y López, 2012).

Este tratamiento guarda una orientación cognitivo conductual y está orientado específicamente al tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Está basado en la enseñanza de habilidades psicosociales y en la validación de las capacidades del paciente, combinando el aprendizaje y entrenamiento de las mismas en la modalidad grupal y la psicoterapia individual (Navarro y Hernández, 2013).

De acuerdo con Vega y Sánchez (2013), Linehan cimentó la terapia dialéctica conductual en una filosofía integradora, en ella combinó elementos cognitivo conductuales con aproximaciones de aceptación del sufrimiento basadas en filosofías zen y budistas. Desde esta perspectiva la disfunción principal de los pacientes con trastorno de personalidad límite es la incapacidad para regular el afecto, de la cual se desprenden la mayoría de los síntomas características del padecimiento, de ello que el objetivo de sus intervenciones sea que el paciente tenga la habilidad de experimentar conductas funcionales y adaptativas, incluso cuando esté experimentando emociones de gran intensidad.

El objetivo antes mencionado es alcanzado gracias a la estructuración en torno a cuatro instancias: el tratamiento individual, el entrenamiento grupal en habilidades, consultoría telefónica y reuniones de consultoría del equipo terapéutico.

Gempeler (2008), recapitula las estrategias dialécticas que son utilizadas dentro de este tratamiento:

- 1) Estrategias de compromiso con la terapia: Se busca establecer estrategias para procurar el compromiso del paciente con el tratamiento que se iniciara, esto como una prevención a los altos índices de abandono del tratamiento que caracteriza a la personalidad borderline, se planea usar herramientas como contratos conductuales, donde se formule la adherencia terapéutica.
- 2) Estrategias de cambio: El objetivo del uso de estas estrategias es comprender cuales son los estímulos que activan la manifestación de

conductas, pensamientos y sentimientos desproporcionados y desadaptativos, además de conocer los factores que mantienen estas respuestas, para a partir de ahí saber cuál es la forma más apta para su modificación. Se pueden utilizar técnicas de exposición, regulación emocional, reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, modelado, entrenamiento en habilidades sociales, reforzamiento de aproximaciones sucesivas, entrenamiento en comunicación asertiva, solución de problemas, manejo de contingencias, entre otras.

- 3) Estrategias de aceptación y validación: Se busca contrarrestar los sentimientos de invalidación que se hacen presentes ante el señalamiento de las conductas desadaptativas y el inicio de su extinción o modificación, para ello el experto deberá incluir dentro del tratamiento niveles de validación entre ellos, a) escuchando y observando, b) reflexión certera; c) articulando lo no-verbalizado, d) validación en términos de eventos pasados, e) validación en términos de las circunstancias actuales y f) genuinidad radical.
- 4) Estrategias dialécticas: Podemos entender como dialéctica a técnica de dialogar y discutir para descubrir la verdad mediante la exposición de pruebas y la confrontación de razonamientos y argumentaciones entre sí. Desde esta postura las estrategias dialécticas se utilizan para la promoción de un cambio constante en el paciente buscando el equilibrio entre la tensión producida por la terapia, la aceptación y el cambio y entre las capacidades y limitaciones del paciente. Se utilizan dos estilos de comunicación, la recíproca que es cercana, empática y afectiva, y la irreverente que es humorística, ingenua y de confrontación.
- 5) Estrategia de dirección del caso: Se refiere a la importancia de acompañar y asesorar al paciente con respecto a la reestructuración de su pensamiento, así como a la necesidad constante del terapeuta de supervisión y asesoría, pues se establece que la intervención se realice con un grupo de terapeutas y no de manera aislada.

Referentes a las características de este tratamiento De la Vega y Sánchez (2013), menciona que el modelo sugerido por Linehan se distingue por su estructura y por ser una terapia ampliamente organizada, que incluye trabajos entre sesiones y tareas para casa, y la directividad que retoma el terapeuta, sobre todo en las primeras etapas.

Desde este modelo el tratamiento de la personalidad límite se estructura en cuatro fases, una de pretratamiento en la cual se prepara y se orienta a la persona hacia la terapia e intervención psicológica, el establecimiento de la relación terapéutica, así como las metas y compromisos a seguir durante todo el tratamiento.

Para conocer más a fondo Vásquez (2016), explica el objetivo de cada una de las etapas de la terapia dialéctico conductual, en la primera etapa se busca el control conductual del paciente, de manera que este pueda reducir conductas que atenten contra su vida, además de enseñar habilidades para que el paciente se centre en el presente, mantener relaciones interpersonales adecuadas, entender sus emociones y tolerar el dolor emocional. En otros manuales se establece que el tiempo estimado de esta primera etapa es de un año a año y medio de intervención.

En la segunda etapa se ayuda a experimentar sentimientos de forma adecuada sin disociarse o tener síntomas de estrés postraumático, el autor menciona que es en esta etapa de donde se trata el trauma. En la tercera etapa se persigue el objetivo de incrementar el auto respeto y la calidad de vida, mientras que la última etapa la meta es el trabajo espiritual para eliminar la sensación de vacío, asegura el autor.

Aunque los manuales de intervención no mencionan una duración establecida para estas últimas sesiones, el tratamiento dialéctico conductual es

una terapia de larga duración, en donde el paciente completa el tratamiento en una temporalidad estimada de tres o cuatro años.

En suma, la intervención propuesta por Linehan, la terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, constituye un programa que ha incorporado elementos a los programas cognitivos-conductuales ya existentes para abordar eficientemente a los patrones disfuncionales del comportamiento límite.

Es así como en este capítulo se expusieron las principales intervenciones para el trastorno límite de la personalidad desde el enfoque cognitivo-conductual. A continuación se muestra el caso de una persona diagnosticada con TLP, y se propondrá un tratamiento basado en las características de la paciente.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

5.1 Entrevista

Podemos delimitar la entrevista como el proceso de comunicación entre dos o más personas que tiene objetivos específicos, diferenciándose así de una conversación normal, se trata de una conversación formal en donde se intenta recolectar datos e información con respecto a tópicos establecidos. Es decir, en este proceso existen dos roles, el de entrevistador y el de informante o entrevistado.

La entrevista se presenta como una herramienta de recolección de datos eficaz, pues su aplicación no está condicionada a características de los informantes, de manera que puede ser utilizada y aplicada a todo tipo de persona, independientemente de sus condiciones cognitivas, educativas e incluso físicas y orgánicas, pues esta herramienta presenta gran flexibilidad para su adecuación metodológica, permitiendo al investigador realizar las adecuaciones pertinentes.

En relación a esto y de acuerdo con Díaz, Torruco, Martínez y Varela (2013), la entrevista se presenta como una herramienta de gran utilidad en el proceso de investigación, pues resulta con un gran número de ventajas en los estudios descriptivos así como en los de exploración, pues además de permitir la recolección de datos precisos con respecto a temas determinados, permite la recolección de significados que los informantes atribuyen a los temas en cuestión, y la participación activa del entrevistador, en donde interpreta continuamente la información recabada con la finalidad de abundar en la comprensión del discurso del entrevistado.

Se puede distinguir, de acuerdo a su planeación tres tipos de entrevista:

- 1) Entrevistas estructuradas o dirigidas: Las preguntas y temáticas a abordar están establecidas con anterioridad, se trata de guardar en todo momento la estructura que se ha dado a la entrevista así como al conjunto de categorías que se contemplaron desde el inicio, no permite que el entrevistador proponga temáticas de abordaje.
Esta se aplica de forma rígida a todos los participantes sin permitir ninguna variación. Entre las ventajas que presenta es que su estructura permite la clasificación y el estudio sistematizado de la información recabada, permitiendo una gran confiabilidad y objetividad en el análisis de los datos. Su principal desventaja es la falta de flexibilidad que impide en muchos de los casos abundar en las respuestas del informante, pues comúnmente este tipo de entrevistas están conformadas por preguntas cerradas.

- 2) Entrevista no estructurada: Son más informales y flexibles en comparación con las entrevistas dirigidas. Se planean de acuerdo a las circunstancias y al relato del entrevistado, pues no guarda un seguimiento temático o de tópicos de información que se deseen explorar, en ellas se tiene la libertad de cuestionar lo que se desee y contestar tan extensamente o concretamente como el entrevistado conceda. Su principal desventaja es su falta de objetividad.

- 3) Entrevistas semiestructuradas: Están parten de un guion de preguntas que no predetermina la secuencia de preguntas, esto permite abundar lo necesario para la obtención de datos que satisfagan la investigación. En ella se puede dirigir el diálogo de participante hacia los tópicos de interés, y permite una participación más activa del entrevistado. Presenta más beneficios que los dos tipos de entrevistas anteriores, pues permite conservar los objetivos

de la entrevista y al mismo tiempo abordar aspectos relevantes que no hayan quedado lo suficientemente claros para el entrevistador.

Este último tipo de entrevista (semiestructurada) permite analizar cualitativamente el discurso del participante, enmarcando sus experiencias, percepciones, creencias, opiniones y significados con respecto a las temáticas abordadas e indagadas. Esta herramienta de recolección de datos de información unida a la metodología de investigación cualitativa logran un mayor alcance en el abordaje que realizaremos.

Con respecto a la investigación cualitativa Valdés, Sapién y Córdoba (2004), aseguran que los procedimientos inscritos en esta perspectiva permiten realizar la búsqueda de sentidos y significados de los actos y discursos con relación a un fenómeno, tópico o acontecimiento en la vida de una persona, mediante actividades de exploración, elaboración y sistematización.

Por lo que se refiere a la investigación cualitativa y a la entrevista como una de sus herramientas de exploración, están permiten la recopilación de información detallada de forma que el entrevistado comparte información subjetiva que un hecho específico o acontecimiento que se hizo presente en su vida (Fontana y Frey, 2005 en Vargas, 2012), es así como podemos considerar la obtención de información desde la perspectiva misma del paciente, es decir, como desde su experiencia personal significa y vive la patología psicológica.

Es así que se presenta la metodología cualitativa como una manera de recolectar y analizar datos meramente descriptivos, proporcionando la conveniencia de analizar la propia experiencia del individuo, su lenguaje, verbal, escrito e incluso corporal. En lo cualitativo tiene especial mención la subjetividad, que de acuerdo a Beller (2012), podemos entender como el medio en el que el sujeto puede ser captado como tan en su integridad vital y existencial, así mismo citando a Taylor y Bogdan (2010), el autor añade que las investigaciones

cualitativas buscan poner en manifiesto la subjetividad de las personas por medio de narrativas con las cuales los participantes descubren su posición, en cierto momento, frente a cierta temática que les afecta.

La entrevista también ha sido de buena ayuda en otros ámbitos relacionados como los trastornos de personalidad, como en los centros psiquiátricos. De acuerdo con Mac Kinnon y Michels (1971), la entrevista psiquiátrica busca comprender la relación entre psicopatología y el conflicto emocional del paciente por medio de encuentros estructurados, en ella se interesa establecer cuáles son los síntomas que se han hecho presentes a lo largo del transcurso del tiempo, su fecha de inicio, intensidad de estos y los factores significativos en la vida del paciente, la idea de este autor contrasta con la visión focalizada en el diagnóstico y las indicaciones terapéuticas para el alivio médico y psiquiátrico del padecimiento.

En sintonía con lo anterior Kernberg (1999), asegura que la entrevista puede ser un método para conocer las características y particularidades que encierra cada caso dentro de la psicología clínica, para él una vez que se conocen los datos generales del paciente, se hace una exploración centrada en los síntomas más significativos que han surgido a través del diálogo, explorándolos según aparezcan en la interacción del aquí y del ahora de la entrevista, seguidos de clarificación, confrontación e interpretación tentativa, poniendo especial atención en las reacciones del paciente a estas intervenciones. De igual manera señala la importancia que tienen las respuestas del paciente en estos primeros contactos pues proporcionan datos para diferenciar la estructura neurótica, límite y psicótica.

Así mismo, durante la entrevista es de gran importancia utilizar los datos recogidos para inferir el auto concepto del paciente y las reglas que rigen su vida, esto se hace gracias a que es común que los pacientes determinen su auto concepto basándose en las descripciones que da él mismo en un gran variedad de

situaciones. Así mismo consideran de gran relevancia que el psicólogo trate de inferir las concepciones que tiene el paciente de otras personas, de tal manera que se pongan en manifiesto y se identifiquen los esquemas cognitivos del entrevistado, así como su relación con su conducta y trastornos emocionales (Beck, Freeman y Davis, 2005).

Como se pudo observar, en este apartado se ha propuesto utilizar métodos cualitativos a través de técnicas como la entrevista a profundidad para descubrir la subjetividad del padecimiento clínico, esto pudiera en cierta medida, parecer contrario a las bases teóricas y filosóficas de la teórica cognitivo-conductual en la que está inmerso este estudio, pues esta ha sido altamente criticada por no dar lugar a las particularidades de cada persona y ha proporcionar tratamientos estandarizados. Sin embargo para el presente caso, tomando en cuenta las características propias del trastorno límite de la personalidad, el objetivo y la hipótesis que guían este estudio, es necesario buscar la experiencia subjetiva del paciente, apuntando a las particularidades y singularidades sintomatológicas que se han hecho presentes en su vida.

Método:

Criterios de inclusión:

- Que tenga la mayoría de edad
- Haya presentado los síntomas característicos del TLP por más de seis meses.
- Que haya sido diagnosticada con TLP por un especialista.

Participante:

La investigación se llevó a cabo con una mujer diagnosticada con el Trastorno Límite de la Personalidad y residente de la zona metropolitana de la Ciudad de

México, paciente ambulatoria del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez del Servicio de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal

Ana (seudónimo) es una mujer de 47 años de edad, fue diagnosticada con Trastorno Límite de Personalidad por una médico psiquiatra del Hospital Fray Bernardino Álvarez desde hace un año y cinco meses aproximadamente. (Ver anexo 1, ficha de identificación).

Situación y escenario:

Los escenarios donde se aplicaron las técnica de recolección de información fueron en instalaciones del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se ocuparon el consultorio donde la entrevistada toma terapia grupal así como la sala de espera del área de consulta externa, en ambos escenarios se aseguró que la entrevistada contará con la comodidad necesaria para la el procedimiento así como la confidencialidad de los datos y el discurso de la participante.

Materiales e instrumentos:

Para la aplicación del procedimiento de recolección de datos se utilizó un equipo celular que permitió la grabación del discurso de la entrevistada, un cuaderno de anotaciones y una guía de entrevista (anexo 2).

Procedimiento:

Se contactó a la entrevistada por medio de una de las encargadas del área de psicología, quien dio acceso a la informante. La participante fue entrevistada de manera individual. La primera entrevista tuvo una duración de 18 minutos y 54 segundos (anexo 3), esta tuvo lugar después de la sesión de psicología grupal de la paciente. Cabe señalar que el tiempo de duración fue preestablecida por la informante, quien mencionó su poca disponibilidad de tiempo en esa ocasión por cuestiones laborales.

La segunda entrevista tuvo una duración de 63 minutos y seis segundos (anexo 4), se realizó en la sala de espera de la consulta externa del hospital donde la informante es paciente.

Una vez terminadas las entrevistas, estas fueron transcritas textualmente con la finalidad de recuperar el discurso íntegro de la participante. Posteriormente se realizó un análisis de la información recolectada con el objetivo de identificar los principales síntomas que han caracterizado el caso de la entrevistada.

Consideraciones éticas:

Durante la realización de la investigación se tomaron en cuenta algunas consideraciones éticas. En primer lugar tuvo parte una explicación oral del tema de la investigación, así como sus implicaciones y participación de la entrevistada, por ende se expusieron los objetivos que se intentaron alcanzar con esta investigación.

Se pidió la colaboración de manera voluntaria y su consentimiento para el uso y manejo profesional de la información vertida durante la entrevista (Anexo 5). Además con la finalidad de garantizar el anonimato de la participante se les propuso el uso de un seudónimo.

5.2 Resultados y Análisis.

En esta sección se describen se describen los resultado hallados en las entrevistas realizadas con respecto a la historia familiar, la historia del desarrollo del padecimiento de la entrevistada, se destaca la sintomatología actual de la informante, situación actual del padecimiento así como las mejoras y expectativas del tratamiento que está recibiendo.

Historia familiar:

En el primer tópico que se abordó en la entrevista sobre la historia familiar de la participante con la finalidad de comprender a grandes rasgos, los vínculos primarios que pudo establecer y la relación que guardan estos con el padecimiento actual.

Ana que en la actualidad tiene una edad de 47 años, fue la hija menor de un total de ocho hijos. La relación con sus hermanos la considera lejana pues aunado a la diferencia de edad, la zona en donde radican ellos no ayudan para lograr una mayor comunicación y acercamiento familiar. Con respecto a sus padres la entrevistada asegura que su relación siempre fue complicada. Con respecto con su padre la relación se vio complicada por su edad avanzada y complicaciones de salud.

...pues la relación con mi papá era muy eh (...) nula casi (silencio), pues era casi nula porque mi papá era ya una persona grande cuando me tuvieron a mí y pues siempre estaba enfermo, siempre estaba en el hospital y pues realmente no había ninguna participación por parte de él, ni en la escuela , ni en ninguna situación que me involucrara a mí.

Con respecto a la relación con su madre, según el relato, Ana vivió una relación autoritaria en donde su mamá llevaba las “riendas del hogar”.

Y con mi mamá, mmm bueno, siempre fue una situación de matriarcado en donde en el hogar era (...) mmm (...) sus palabras y eran sus acciones las que regían a la familia, las decisiones las tomaba ella y las cuestiones económicas también. Cuando mi mamá empezó a trabajar y a aportar dinero a la casa pues también era hasta cierto punto autoritaria.

Sin embargo Ana menciona que una de sus hermanas mayores pudo fungir para ella como madre, refiere que siempre se ha sentido sobreprotegida, y procurada por esta hermana. En la actualidad los padres de Ana fallecieron al igual que uno de sus hermanos. La entrevistada se encuentra casada desde hace 21 años, fruto de esta relación tiene dos hijos, un varón de 21 años y una mujer de 18 años de edad, con los cuales la entrevistada menciona tener una buena relación.

Dentro de la narración Ana menciona la situación actual de su matrimonio, el cual se encuentra en una fase de inestabilidad desde hace ya 2 años, y se convirtió en un parteaguas en su vida.

... Cumplimos dos años de esta situación de inestabilidad (...) fue a una situación de infidelidad por parte de él, en la cual yo me di cuenta...

Ana reconoce que su familia es muy importante para ella, considera que su familia está integrada por sus dos hijos y por ella. Menciona que el papel que han jugado ellos en la historia de su padecimiento ha sido de gran relevancia, sin embargo comprende el sufrimiento que ha causado a su familia y el esfuerzo que han hecho para lograr comprender su trastorno y la preocupación que les causa su posible recaída en el futuro.

...fue muy difícil porque ellos sufrían mucho lo que eran mis etapas de crisis o los momentos de crisis para ellos todavía les afecta, claro que ya se han ido disminuyendo... sin embargo existe todavía la preocupación por parte de ellos e inclusive por parte mía también de tener alguna recaída (...) al principio no lo entendían, al principio sufrían mucho porque desconocían que era lo que pasaba conmigo, él porque yo no me podía controlar, mis estados de crisis. La verdad sufrían mucho, hubo mucho sufrimiento por parte de ellos, mucho desconcierto y bueno poco a poco el ir entendiendo,

yo también el irles explicando que tengo este padecimiento y este (...) bueno pues ya están un poco más tranquilos.

Como se puede observar en los fragmentos presentados, la relación de la informante con sus padres fue escasa y lejana dado las diferentes circunstancias que se anotan. Este dato parece significativo para comenzar a entender la estructuración de la personalidad de Ana. Con respecto a ello, aunque en la actualidad no se cuente con investigaciones empíricas acerca de la influencia que tiene la relación parental en los trastornos de personalidad está clara la importancia de los métodos de crianza y la relación física, afectiva y psicológica que se da entre los padres y el hijo para el correcto desarrollo de la personalidad.

Al respecto Johnson, Cohen y Smailes (2001) en Ruiz y Gómez (2012), aseguran que la relación que se establece entre padres e hijo puede ser un factor de riesgo para el posible desarrollo de los trastornos de personalidad pues pueden estas intervenir de manera negativa al alterar la trayectoria de los procesos de socialización durante la infancia y adolescencia. Así mismo Ruiz y Gómez (2012), recalcan basados en diferentes evidencias teóricas y bibliográficas que las adversidades sufridas en los primeros años de vida, como pautas de crianza poco adaptativas, abusos y negligencias pueden tener efectos negativos en la estructuración y desarrollo de la personalidad.

Por otro lado podemos observar las implicaciones familiares que ha tenido el trastorno límite y la sintomatología que presenta Ana. Al respecto, teóricos como Campo y Cassiani (2008), Hidalgo (2016), entre muchos otros han señalado el enorme sufrimiento que conlleva este trastorno tanto al paciente como su familia y círculos sociales cercanos repercutiendo incluso disfuncionalidades importantes para la vida cotidiana.

Historia y desarrollo del padecimiento:

Ana comienza con episodio de crisis alrededor de los seis años de edad, comenta que esto sí influenció su vida, y aunque tuvo la opinión de profesionales nunca recibió un diagnóstico exacto para sus conductas auto lesivas. Ella relata estas crisis.

Eh (...) pues en esas crisis de esa edad, me acuerdo que yo lloraba mucho, me podía pasar hasta dos o tres horas llorando así muy seguido, eh (...) yo misma me lastimaba, ¿no?, me golpeaba, me lastimaba, me pegaba, me pegaba en la pared, inclusive me pegaba yo en el estómago, ósea no utilizaba ningún utensilio por ejemplo para hacerme daño pero yo misma me lo hacía ¿no?, o me jalaba el cabello, eran las crisis así de fuertes hasta que mi mismo organismo se cansaba y me quedaba yo dormida.

La entrevistada añade las pocas veces en las que fue atendida por sus padres, en las que era llevada a un hospital del seguro social donde recibía calmantes para controlar sus crisis. Estos síntomas persistieron hasta la edad de 14 años aproximadamente, suscitando aparentemente un estado de normalidad.

Se terminaron cuando yo entré al bachillerato, la prepra. Ósea todavía hasta la secundaria, por lo me acuerdo en segundo año sería la última crisis que me dio y después en todo lo que fue mi adolescencia no tuve ninguna recaída ni nada, e inclusive hasta pensé que eso ya era cosa del pasado, que madamas me había ocurrido de niña...

Un evento crítico que ocurrió y que Ana considera que fue crucial para el desarrollo de su trastorno fue el vivir acoso sexual por un vecino, ella considera que esta eventualidad trajo consigo grandes repercusiones.

...hubo un evento durante mi infancia que fue el que detonó este estado de ansiedad que posteriormente se convirtió en lo que estado límite, este (...) sufrí muchos años de acoso sexual, por parte de una persona ajena familiar, simplemente vivía en la misma colonia donde yo vivía... me trajo varias repercusiones porque como no lo logre sacar con nadie, ósea no lo logre comunicar, toda esta situación de miedo, coraje, tristeza, todo ese sentimiento lo reprimí muchos años y siento que detonó esta situación.

Al respecto a lo anterior y como se mencionó en el segundo capítulo de este escrito, Linehan (2014) menciona la posible correlación existente entre el TLP y experiencias traumáticas como el abuso sexual, pues investigaciones han demostrado que cerca del 75% de las personas que presentan trastorno borderline han experimentado abusos de este tipo en las etapas iniciales de su vida. Estos datos han sido confirmados con otros autores, por ejemplo Caballo y Camacho (2005), quienes mencionan que los abusos sexuales aparecen con gran frecuencia entre los pacientes borderline con respecto a las personas que presentan otros trastornos tanto de personalidad como depresivos.

Por otro lado Ana comenta que los síntomas que había presentado en la infancia continuaron su desarrollo en la edad adulta alrededor de los 26 años de edad cuando la sintomatología la hizo recaer a un estado que ella clasifica como “depresión crónica”. La informante menciona que fue en febrero de 2017 cuando la diagnosticaron con trastorno límite de la personalidad, este diagnóstico tuvo lugar después de clasificaciones erróneas de la sintomatología que presentaba.

...estuve viendo como tres psiquiatras pero únicamente me estaban manejando lo que eran los estados depresivos y ansiosos con medicamento...

El evento de crisis que presentó, crucial para su diagnóstico, se dio después de un conflicto de pareja que aconteció en su matrimonio. Fue así que al llegar al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y derivarla al área de

consulta externa para tomar terapia psicológica grupal y revisiones psiquiátricas es diagnosticada con TLP.

Es hasta que llegó aquí la hospital, al Fray, en un estado de crisis muy fuerte cuando deciden hospitalizarme pero ya no, como no había disponibilidad de camas en ese momento, me dan la opción de tener lo que es la terapia ambulatoria y asistir a las terapias y a consulta externa y aquí es cuando me empiezan a hacer todas las pruebas de personalidad y detectan el problema.

Este suceso es congruente con textos que especifican que es durante la vida adulta en donde la personalidad borderline se muestra más vulnerable a presentar crisis emocionales intensas, como consecuencia de la gran valoración que depositan en las relaciones interpersonales.

Hasta el momento se ha descrito la información recolectada con respecto a los tópicos correspondientes a la historia familiar y al comienzo del trastorno de Ana. A continuación se describirán los síntomas que caracterizan este caso.

Sintomatología:

Es preciso recordar que una de las características esenciales del trastorno límite es la gran variabilidad sintomatológica que presenta y por ello se hace necesario conocer por medio de técnicas como la entrevista a profundidad cuales son las características propias de cada caso para poder adecuar un modelo de intervención que responda a las exigencias y especificaciones del caso.

En los siguientes fragmentos podremos observar que la mayoría de los síntomas que menciona Ana haber padecido corresponden a los señalados por la teoría y los diversos criterios diagnósticos, sin embargo se presentaron algunos otras manifestaciones que son señal aparente de otros trastorno de personalidad, gracias a ello podemos advertir acerca de la dificultad diagnóstica que involucran las personalidades borderline.

Uno de los principales indicios del TLP es la escisión de pensamiento. Podemos entender por este término al mecanismo en el cual la persona no guarda una imagen integral del otro es decir, guarda la tendencia en catalogarlo polarizadamente, blanco o negro, bueno o malo. De acuerdo con otras perspectivas teóricas como las dinámicas, este fallo en el procesamiento es dado por uno de los primeros mecanismos de defensa contra la angustia, en donde el sujeto debe de dividir al objeto en dos, madre bueno o madre mala. Esto nos ayuda sin duda a la comprensión del término. Con respecto a esto Ana mencionó.

...en cuestiones inclusive de mi madre, ósea era como de tenerla así siempre de eh (...) con alguna fallita que hiciera o que no me hiciera caso o una cosa así como que la desvalorizaba yo mucho,” no me quiere o mi mamá es mala”, cosas así. Y ya posteriormente lo trasladó a lo que son parejas o relaciones sentimentales, si tiendo aun, todavía a mucho primer a idealizar a las personas y creer que pues son súper lindas o que son muy amables o que si me quieren y de repente hacen cualquier cosa que me desmotiva o me decepciona y luego luego (sic) me da, es esa lucha entre decir “lo quiero pero también lo odio, o lo amo, lo necesito pero es un hijo de...

...es muy fácil que de la noche a la mañana yo tenga una idea de una persona y que con alguna acción o alguna cosita cambie mi panorama totalmente, si es muy común eso.

...es mi súper amiga, la quiero, le confié, salimos , vamos, si se preocupa por mí, “no si es mi amiga” y de repente noto que algo hace que yo siento que es en contra mía, y “no es por ahí, no es una buena amiga” y empiezo a tenerle desconfianza, si es así como funciona.

Este síntoma ha repercutido en muchos aspectos de la vida de Ana, en primer momento comenta la implicación que ha traído esto hacia su vida amorosa, ella afirma que la llevado a mantener relaciones amorosas de corta duración y tóxicas. Así mismo este aspecto ha conseguido secuelas en la relaciones con personas importantes para ella, como son sus hijos.

...si me ha pasado que de repente al enterarme de ciertas conductas que no me agradan de ellos como que me desmotiva, me hace sentir triste (...) cuando yo me entero que ella tiene (...) pues una tendencia sexual diferente a lo que yo esperaba, que es bisexual para mí se me voltea todo el mundo encima y empiezo a desvalorizarla...

Por otro lado, muchos autores aseveran que uno de los síntomas más comunes dentro de este trastorno es la desregulación emocional que conlleva la tendencia a mostrar una inestabilidad en los afectos así como una gran tendencia a la inestabilidad, engrandecimiento de los acontecimientos, incompreensión de términos medios con respecto a sus emociones y cambios bruscos polarizados de emociones.

Con respecto a su vida emocional ella asegura haber experimentado cambios significativos de emociones, sin embargo lo tomaba como un aspecto normal.

...tenía esos desniveles emocionales pero pues no me percataba que fuera un problema, simplemente pensé que así era mi forma de ser o de sentir...

De acuerdo con la narración de Ana las complicaciones que trajo este aspecto en su vida se vieron principalmente en la afección de su vida interpersonal y en aspectos de salud.

...siempre fui una persona que me reprimía mucho las emociones, no explotaba o me enojaba en el momento, simplemente si sentía

que me hacían algo, me agredían o me lastimaban pues yo me retiraba o me desaparecía, ósea no volvía a hablarle a esa persona y me alejaba, y así me aleje pues de mucha gente...

Con respecto a problemáticas de salud ella menciona:

...pero toda esa emoción de enojo o de coraje que yo sentía en ese momento me la reprimía, entonces yo me enojaba y no la sacaba y entonces toda mi vida estuve enferma de gastritis, todo el tiempo enferma de la garganta, de gripa y ósea yo no sabía por qué era esa situación, hasta que llegue aquí y empezamos a ver que mucho del problema de las emociones te trae algunas enfermedades...

Aunado a esto, Ana añade lo común que es para ella experimentar sentimientos negativos como enojo, íntimamente relacionados a pensamientos irracionales ante diversas circunstancias, así mismo trajo consigo problemas de ansiedad, asegura la entrevistada.

Ay pues, fulanito de tal (...) a lo mejor estaba enojado conmigo o me tiene envidia y a lo mejor me hace eso o quieren perjudicarme. Siempre mi mente trabajaba esos pensamientos, que me iban a ser daño o me tienen envidia o no sé, y a la fecha todavía está trabajando mi mente en ello, todo el tiempo en eso...

Este tipo de pensamientos “me van a ser daño”, “me van a traicionar”, parecen una constante en la vida de Ana, y durante su narración fueron señaladas por lo menos en otra ocasión.

...yo estuve viendo como a tres psiquiatras (...) pero el último psiquiatra que veo empieza a tener sospechas de este trastorno, pero yo ya no continúe con el porque, en primera nunca me sentí con confianza y cien por cien a gusto en las terapias...

Por otro lado, la informante refiere que otras de las complicaciones que se hicieron presentes en su vida fueron consecuentes a la gran importancia que atribuye a algunas situaciones manteniendo así reacciones exageradas ante ciertas eventualidades.

Pues sí, yo considero que sí porque a lo mejor lo que era muy insignificante para otras personas yo lo hacía muy grande, ¿no? Por ejemplo un evento, una discusión o un problema que haya tenido yo en la mañana, lo llevaba yo hasta en la tarde, hasta la noche y lo estaba recordando o lloraba, ósea si me pegaba, lo magnificaba mucho aunque fuera una cosa muy tonta, muy absurda.

Otro síntoma común en la personalidad límite es el miedo al abandono, por el relato que nos ofrece Ana podemos observar la relevancia que tiene en su vida esta característica cognitiva y emocional.

Por qué era como una lucha interior muy fuerte porque por un lado era alejarme de las personas pero a la vez era este temor a quedarme sola ¿no?, a decir “es que no”, “a veces prefiero a estar sin esas personas por que me van a seguir haciendo daño”, pero a la vez no quería estar sola, y era mi miedo al abandono.

Ante ello son comunes los esfuerzos frenéticos para evitar una separación real o imaginaria con personas que han establecido un vínculo reafirmando un estado emocional de inestabilidad y altamente reactivo ante algunas circunstancias. Ana menciona haber llegado a sufrir en cuestiones económicas por apoyar a una de sus parejas e ir en contra de sus principios, para evitar el abandono. Hasta el momento sigue experimentando esto.

...todavía soy muy permisible en muchas cosas, hago muchas cosas para evitar que la gente se vaya de mí, ósea siempre estoy preocupándome por satisfacer a los demás, por (...) por ayudarlos,

por apoyarlos, de cualquier manera con tal de evitar que se vayan o que permanezcan conmigo más tiempo.

Aunado a lo anterior, podemos observar que su vida matrimonial estuvo permeada en gran medida por todo esto, pues después de descubrir la infidelidad de su esposo y ante una situación que ella denomina como irregular, realizó esfuerzos enajenados para evitar que su esposo abandone la relación.

...fueron esfuerzos inimaginables de mi parte por tratar de retenerlo, era de llorarle, de rogarle, inclusive llegué aunque yo no tuviera la culpa yo me sentía culpable por que decía: “es que a lo mejor yo lo descuide”, “es que a lo mejor yo fui la mala con él”, “no fui buena esposa”, “no fui buena en esto” ósea empecé echarme la culpa que no me correspondía y empezar rogarle. Sí así literalmente a pedirle a suplicarle que no se fuera que nos diéramos otra oportunidad fue muy desesperante eso...

Estas acciones que demuestran vulnerabilidad, parece una invitación a personalidades manipuladoras en la mayoría de las relaciones. Sumado a esto, Ana puede identificar las consecuencias de este temor al abandono.

...empezaba a creer en crisis yo porque empezaba a llorar, empezaba a tener esos episodios de ansiedad hasta que terminaban una crisis en donde era ya extremo ¿no?...

Dentro de las características propias de este padecimiento se encuentra la presencia de sentimientos crónicos de vacío y temor a la soledad. En relación a esto Ana comenta percibir sentimientos vinculado con este síntoma y a una satisfacción que no permitía el disfrute de los momentos que ella está viviendo a pesar de notar la completud de los elementos que constituían la ocasión.

...cuando, inclusive, cuando salía yo con mis hijos, mi familia, mis hermanas, pues que teníamos todo en ese momento, (...) y yo me

sentía triste, ósea, yo decía “esto no me llena”, aunque estemos comiendo en un buen lugar, o venimos a este, de vacaciones, y yo veía el mar, y veía la gente, y eso no me llenaba, ósea, no era feliz, no, no, no había cosa que que (sic) dijera “que padre me la estoy pasando”, no, no sé si a eso se refiera con sensación de vacío.

A pesar de los diferentes escritos que intentan realizar acercamientos a los padecimientos ocasionados por el trastorno borderline, es el sentimiento o sensación de vacío el que más suele ocasionar confusión con algunas otras perturbaciones emocionales como la depresión, falta de identidad, baja autoestima, entre otros. Podemos comprenderla de manera general como la incapacidad de insatisfacción o de lograr la sensación de plenitud aunada a la búsqueda frenética de nuevas experiencias para llenar el “hueco” emocional, que podemos identificar con facilidad en los argumentos de Ana, añadiendo que nuestra entrevistada considera que al encontrar un pareja según sus expectativas será el componente que puede hacerla sentir completamente satisfecha.

...lo que yo siempre he deseado es, por ejemplo yo veo a las parejas en la calle, a los matrimonios, o a las familias así, integradas, a la pareja cariñosa con la esposa, atento, preocupado con todo eso, yo decía “¿porque no puedo tener una pareja así?”(...), a estas alturas ni el dinero, ni viajar, ni esto ni el otro me da la felicidad, sino tener una pareja bien.

Los arranques de enojo y agresión son otras de las partes fundamentales que ayudan a la identificación de las personalidades límite. Sobre esto Ana asegura que nunca ha llegado a tener conflictos que impliquen violencia referente al contacto físico como protagonizar peleas callejeras, sin embargo los episodios de rabia que experimenta se caracterizan por otros tipos de maltratos.

...empecé a agarrar sus cosas personales como su celular, aventárselo, pisarlo le rompí relojes, agarraba las camisas así

nuevas, así las rompía, las desgarraba, las tiraba a la basura, ósea empecé como que a desquitarme con sus cosas...

Por otro lado Ana guarda una visión negativa de sí misma, menciona estar insatisfecha con aspectos referentes a su físico y las complicaciones que experimenta para mantener metas, valores y objetivos dentro de su proyecto de vida, frenados por el miedo al fracaso, la desesperanza y la necesidad de reconocimiento de los otros.

...siempre ha sido negativa la verdad, nunca he dicho, “reconozco que soy bonita, en esto, o tengo esto”, inclusive no me gusta mirarme al espejo...

...no me gusta que no tengo cintura casi y que tengo mucha panza, mis piernas no me gustan porque se me hacen muy delgadas...

...generalmente me planteo algo un objetivo o alguna meta y yo misma me saboteo para no hacerla (...) es muy fácil que me desvíe en cualquier situación... puede ser miedo al fracaso o simplemente la desesperanza de decir “¿para qué estoy haciendo esto?”, ósea, ¿a quién voy a beneficiar?, ¿no?, o a quien le va a dar gusto, ósea, nadie me lo va a reconocer”.

Contrario a la literatura y a los altos índices de prevalencia de la correlación entre consumo de sustancias adictivas y el trastorno límite de personalidad, el caso de Ana no se ha visto permeado por este síntoma, ella no menciona ni siquiera acercamientos o consumo ocasional de sustancias adictivas.

Por otro lado en varios momentos del relato, la entrevistada señaló la incidencia de conductas auto lesivas en diferentes momentos de su vida.

...de chica, cuando era chica lo que hacía, eh (...) me golpeaba mucho, recuerdo que me golpeaba por ejemplo contra el piso contra,

contra la pared golpeaba mi cabeza, yo me rasguñaba mi cuerpo, eh (...) me pegaba mucho por ejemplo así con el puño en mi pecho, en mi estómago siempre me pegaba o sea yo misma me pega pero no utilizaba ningún artefacto... ya de adulto (...) me llegue a lastimar con cuchillos, un cutter, rompía un vaso y con el vidrio pues me lesionaba, o con algún artefacto, ósea no me importaba en ese momento que fuera un fierro o si no era un fierro y si era un vidrio que tan filoso era...

...¡Ah! Hace dos años, hace dos años empecé a tener pensamientos suicidas y a tener acciones y actitudes de autolesionarme y de buscar, inclusive buscar el peligro, ósea salirme de casa en la madrugada, exponerme, esté... manejar muy rápido, conductas que yo sabía que tarde o temprano me iban a terminar matando...

Dentro de la explicación de este tipo de eventualidades es común la búsqueda de elementos que permita la diferenciación de los motivos que impulsan estas conductas. Sobre esto Ana explica.

No, eran para (...) ni para que mis hijos me vieran porque lo que menos quiero es que me vean haciendo eso, para mí es muy vergonzoso (...) era como una forma de escape mío era como una... cómo llegar al límite de una emoción y sentir como esa necesidad de salir corriendo o de aventarme y determinar en ese momento con ese dolor que yo tenía (...) es como cuando tienes muchas ganas de ir al baño y vas al baño y te sientes así relajado. Así es esa sensación, que yo experimento en esas crisis, como que es el desfogue así de todo.

Ana reconoce que en ningún momento ha llegado a planear con anterioridad eventos de autolesión o suicidas, simplemente estos responden a situaciones momentáneas que está viviendo. Relata dos episodios en los cuales

estuvo en riesgo su vida, las dos ocasiones son consecuentes a discusiones y conflictos de pareja.

... una fue cuando empezamos a discutir en un centro comercial y yo me salí corriendo de manera (...) así muy abrupta (...) yo ni siquiera me fije para atravesare (...) no me importaba (...) hasta que encontré uno de los puentes de periférico, de esos peatonales y me subí corriendo pero sí, yo ya iba dispuesta pues a aventarme, ya a brincar, alcance a asomarme mucho, ósea dejar casi la mitad de mi cuerpo afuera (...) pero (...) cuando estaba yo a punto de hacerlo (...) subió (...) un chico (...) esa persona fue la que evitó que yo hiciera ese tipo de tontería porque me calmo...

... y la otra ocasión (...) como a las dos de la mañana empezamos a discutir muy fuerte (...) recuerdo, tome las llaves del carro y me fui toda la carretera, hasta por aquí por la salida a la carretera a Cuernavaca, pero yo iba manejando muy mal, era en la noche y yo inclusive iba tan mal que yo no me fijaba bien en los carros que venían porque me lastimaba porque iba yo llorando, las luces (...) hasta que llegue a como un entronque donde tenían una fiesta como de pueblo ahí, y no pude pasar y me quede ahí (...) como unos 40 minutos llorando dentro del carro (...) agarre un cúter (...) de la guantera (...) me empecé a hacer cortes, hasta que me calme, me empezó a salir sangre... nadie se dio cuenta (...) han sido las dos ocasiones extremas en qué he estado a punto de, de cometer una tontería.

Correspondiente a la presencia de conductas impulsivas éstas se manifiestan en diversas expresiones. Por lo que respecta a este caso, Ana presentó excesos en la forma de ingesta de alimentos, pues de acuerdo a su descripción durante más de ocho años se vio afectada su forma de alimentación.

...yo siempre he sido muy compulsiva para comer pero sobre todo lo que es pan, dulce, ósea carbohidratos y chocolate, pan, dulces (...)ya me dijeron que tengo que controlarme, si, si yo veo un pastel y me gusta me lo acabo yo sola, sí, yo soy muy compulsiva en ese aspecto para comer.

Lo anterior trajo consigo problemas de sobrepeso, situación que era complicada de sobrellevar por Ana pues acarrea comentarios y evaluaciones negativas hacia su físico de parte su madre y familiares. Como solución a esto la informante en diferentes etapas de su vida ha practicado conductas en donde se restringía el consumo de alimentos.

...también hubo un momento en que esa situación me llevó a tener un problema de anorexia porque si deje de comer según yo así iba a bajar de peso ¿no?, deje de comer, este (...)yo misma me hacía mis dietas y a veces tomaba un licuado en todo el día y cosas así para bajar de peso...

...hasta apenas otra vez la crisis de mi matrimonio hace dos años en donde empiezo a sentir otra vez, esa situación de mi imagen de sentirme gorda, de sentirme fea, por comentarios de mi esposo, que me decía “ya estas subiendo de peso”, o no sé qué, o “no comas pan, estas comiendo así” o, entonces empecé otra vez a tener esas conductas...

Lo anterior lo podemos relacionar con la importancia que otorga Ana a los comentarios de los demás, y a la construcción de sus personalidad a cimentada en las opiniones de los otros, posiblemente como consecuencia de las alteraciones de identidad. Sin duda estas conductas que se acaban de narrar

deben dar de primordial importancia en el tratamiento del caso, pues al igual que las conductas impulsivas y autolesivas, ponen en riesgo su salud.

Referente a la relaciones interpersonales que establece la participante, estas se ven interferidas por otras dos variables, en primer lugar veremos los fragmentos del discurso en donde se enmarca los episodios de inestabilidad emocional que aquejan a Ana y por otro lado podremos leer como el miedo a ser traicionada sigue marcando con gran importancia la manera en cómo se relaciona con los otros.

...Si, son periodos en donde puedo estar completamente tranquila pero pasa algo, por ejemplo durante el día, o hay algún detonante que empiezo a tener o entrar como a un estado de ansiedad y empiezo a caer o a entrar a lo que llamo yo, la crisis, crisis de ansiedad...

...sigo teniendo ese temor, de ser traicionada por la gente, de pensar "¿qué me ven a mí?", por ejemplo en este caso, en este caso las parejas que acuden a mí para algún provecho, algún interés, sacarme algo, pero que en realidad no me quiere, que no me buscan por lo que soy sino por lo que a lo mejor les puedo dar u ofrecer ¿no?, ese es el pensamiento que tengo todo el tiempo (...) siempre ando investigando más de la cuenta, y siempre soy muy adicta a ir con personas que leen las cartas, que leen el tarot, que hacen limpias, o etcétera, para que supuestamente me digan cómo es la gente, si me conviene esa pareja, por ejemplo...

Por otra parte, como se anotó en el capítulo destinado a la descripción de los principales síntomas, la vida sexual de las personas que padecen este trastorno, se ve afectada por la tendencia a mantener encuentros sexuales de alto riesgo. Este caso no fue la excepción, Ana mencionó cómo ha vivido este síntoma.

...soy muy dada a tener relaciones sexuales sin protección,...soy muy dada a confiar demasiado en el otro en ese momento (...) inclusive hay dos situaciones que han marcado mi vida, de manera muy fuerte, porque he tenido tres abortos, he tenido tres abortos, y han marcado mucho ese sentido de culpabilidad (...) por no haberme protegido...

...sí a tener relaciones sexuales muy pronto con las parejas que tenía (...) era muy común que yo tuviera, mantuviera relaciones sexuales con tres personas o con cuatro inclusive, bueno no en el mismo tiempo pero si en el mismo periodo...

Al preguntar a la entrevistada, de los motivos de estas prácticas, ella añade.

...pues, a sentirme superior, ósea sentirme, como que “hay soy buena en esto”, ¿no?, porque al contrario ¿no?, en lugar que yo me sintiera mal por lo que me decían, ósea yo sentía que cuando alguien me buscaba para tener relaciones es porque yo era buena, ¿no?, ósea, porque querían estar conmigo, ósea, yo creo que si como es ese sentimiento de aprobación...

Así mismo, menciona que al formalizar su relación con su actual esposo ella abandona estas prácticas pues se centró en la búsqueda la aprobación de su pareja. Ella relaciona estos episodios con los sentimientos de vacío que experimentaba y la búsqueda de adrenalina y de prácticas que pudieran otorgarle un sentimiento de autoafirmación en su personalidad, hasta el punto de considerar esto como una adicción.

Después de la relación sexual, no experimentaba culpa o sentimientos consecuentes a sentirse utilizada sino la emoción que la invadía era de miedo, al estar ante la posibilidad de haber contraído una enfermedad de transmisión

sexual, que también se convirtió en un motivo de gran importancia para el abandono de estas conductas.

Por otro lado y con respecto a pensamientos cuasi psicóticos, Ana relata que estos sucedieron solo en su infancia, y se hacían presentes alucinaciones visuales cuando se encontraba en medio de una crisis, esto es coherente a uno de los criterios diagnósticos con este trastorno que integra la ideación paranoide transitoria relacionada con eventos estresantes o síntomas disociativos graves.

...de chiquita (...) dijéramos de siete u ocho años, si llegue a ver cosas, por ejemplo en mi cuarto, veía caras, o veía rostros así medio feos, y gritaba mucho, eso sí me acuerdo, pero ya de grande ya no...

...Cuando estaba yo precisamente en la crisis, cuando estaba yo chiquita y me acuerdo que lloraba y me encerraba en el cuarto y yo veía esos rostros en la pared, en las cortinas, en las ventanas, me daba mucho miedo...

La entrevistada no menciona haber padecido durante la adolescencia o edad adulta este síntoma aún en momentos estresantes. Sin embargo es importante tener en consideración estos antecedentes como muestra de los alcances y magnitudes que puede tener el trastorno, no es difícil pensar la correlación que pudiera existir entre los pensamientos cuasi psicóticos y los índices de suicidio en los pacientes borderline.

Por último la informante menciona que durante el desarrollo de su personalidad estuvieron presentes de diversas maneras síntomas obsesivo-compulsivos, durante su infancia ella rastrea el comienzo de estas ideas.

Desde chiquita (...)cuando estaba yo en esos periodos de crisis (...) en la primaria, yo era muy afecta a ir al baño, por ejemplo, y siempre

recuerdo , que siempre a mí mamá le pedía permiso, para ir al baño, le decía “¿puedo ir al baño?”, me decía pues si pues ve, y desde el baño yo me acuerdo que le gritaba siempre: “¿pero no me va a pasar nada verdad?”, “no hay nada, no, no, no nada”, y siempre “nada, y nada, nada”, o estaba yo en la recamara solita, “¿pero no me va a pasar nada verdad?”, “¿no hay nada?”, no, no hay nada...

Posteriormente esto desencadenó consecuencias conductuales que marcaron el comienzo de compulsiones.

...Tenía yo la manía en ese tiempo, en la primaria de hacer mucho mis dedos así (Enrosca su dedo medio sobre el índice), por eso tengo mis dedos chuecos, porque este siempre, los hacía así así, siempre, todo el tiempo me veía así doctor, y si yo los descruzaba, pensaba que me iba a pasar algo...

Ana comenta que esta situación ha llegado hasta la actualidad, en donde tienen pensamientos catastróficos que considera que se cumplirán si no realiza cierto ritual conductual que se ha establecido. Lo anterior lo relaciona mayormente con tareas de aseo y búsqueda de la perfección.

... mi obsesión por el orden y la limpieza, mis manías, digo, no sé si todas las personas que tienen trastorno límite, tengan ese tipo de conductas, pero yo todavía tengo ese tipo de conductas de estar limpiando, de estar sacudiendo, de estar acomodando mi ropa, en cierto orden de dejar que nadie meta mano a nada, más que yo llevar el control de todas las cosas, o de la situación (...). Sí, como una obsesión...

...tengo mi cuarto de lavado en la azotea, ahí tengo mi lavadora, mis triques y todo eso (...) siempre que cierro el cuarto, siempre lo tengo que cerrar de cierta manera, porque si lo cierro de otra manera con

la llave, empiezo a decir “te va a pasar esto vuélvelo hacer”, y bajo a la casa y regresó a volver a cerrar el cuarto bien, ósea, según yo no porque en ese momento ya lo hice mal, si no que “tu hijo le va a pasar esto”, o “a ti te va a pasar esto”, “a ti te va a dar cáncer”, “a ti te va dar...”, siempre tengo esos pensamientos (...) si no hago esta manija de este lado, me tengo que regresar a ponerla a este lado sino me va a pasar algo o a mis hijos o va a pasar algún desastre (...). Casi son de muerte o de enfermedades...

Ana menciona que estas acciones ha traído consecuencias y problemáticas familiares, pues comprende que en muchas ocasiones sus obsesiones pueden ser complicadas de entender.

...eso me busco muchos problemas con mi esposo, y con mis hijos también, ósea, yo sé que esta situación es trastorno límite, es muy difícil convivir con una persona así, yo anteriormente no sabía, yo decía “estoy bien y lo que hago está bien”, porque me decían, “ósea, ¿porque carajo tienes que estar cerrando las puertas,?”, “ósea, no va a pasar nada”, y yo siempre ponía excusas, “no es que se va a llenar de polvo la ropa”, “no es que se me pega la pelusa”, pero son cosas tontas, que a la larga cansan a las demás personas, si estoy consciente de eso...

Los relatos de Ana nos describe la correlación entre síntomas propias del trastorno obsesivo compulsivo o de trastornos de espectro obsesivos compulsivos con el trastorno límite de la personalidad, esta particularidad no se ha teorizado. Al intentar comprender esta relación podemos indagar en la comorbilidad que presenta el TOC, al respecto en diversos estudios se ha descrito la relación entre este trastorno y otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno depresivo, de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de tics, de conducta alimentaria, uso de sustancia, entre otros (Lozano, 2017).

Lo anterior abre la posibilidad que esta particularidad que presenta el caso puede deberse a la relación entre algún síntoma como la presencia de altos niveles de ansiedad generalizada, ansiedad al abandono, aspectos depresivos, u otros y las conductas compulsivas, ó posiblemente nos encontremos un caso no muy común en donde se puede observar una comorbilidad específica entre el TLP y TOC.

Situación actual del padecimiento:

Otro tópico en el cual se indago fue respecto al tratamiento actual que recibe Ana en el hospital psiquiátrico, cuáles han sido los avances y limitaciones que la entrevistada ha notado en su intervención, y las expectativas de vida que tiene la paciente.

Como ya se mencionó Ana acude al servicio de urgencias del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, al sur de la ciudad de México, a raíz de la crisis desatada por complicaciones en su matrimonio, ahí se le deriva al servicio de psicología y psiquiatría de consulta externa. Con respecto al tratamiento psiquiátrico Ana menciona estar recibiendo medicamentos para el control de ciertos síntomas.

...He estado tomando lo que es la paroxetina, antes lo tomaba, era una dosis baja, pero no funciona, y ahorita tomo de 20 miligramos al día y en las noches tomo nada más el rivotril que son tres gotas en la noche para dormir, pero ahorita, ya las he estado dejando, estoy tratando de dormir yo sola, sin el medicamento...

Con respecto al tratamiento psicológico, la entrevistada relata que asiste una vez por semana a terapia grupal, esta tiene una duración promedio de tres horas, en ella asisten un grupo de personas la cuales cuentan con diferentes diagnósticos como depresivos, de ansiedad, obsesivos, trastorno límite, entre

otros. De acuerdo a lo observado en estas sesiones se abordan temas generales como autoestima, control de emociones, reconocimiento de emociones, etc.

De los avances que ha observado la entrevistada gracias al tratamiento que recibe y con respecto a los síntomas que padece, ella menciona.

...A pues mucho, porque ya mis crisis se han espaciado mucho más, ósea no digo que no siento esa necesidad de explotar, pero se han disminuido mucho, inclusive la última vez, que sentí la necesidad de lesionarme, agarre los hielos que me habían dicho aquí, agarre los hielos los apreté fuerte en mis manos y me dio esa sensación, de bienestar, entonces ya no logre lastimarme, ya fue un gran avance, yo digo.

Correspondiente a las relaciones interpersonales, la entrevistada menciona que no ha observado grandes mejoras, pues es su relación de pareja la que aún se ve desmejorada por diferentes circunstancias.

....No del todo, ósea mis relaciones con familiares, con amigos, sí, de pareja todavía me es muy difícil, todavía siento que me someten mucho, que me manejan mucho, que me dejo guiar mucho por lo que ellos piensan, o sientan, aja, muchas veces si veo serio a alguien, ósea a mi pareja, le digo “¿oye que tienes?”, me siento mal, y yo ya pienso que es por mi culpa, ¿no?

Así mismo Ana menciona tener mejoras con respecto a la decremento de acciones auto lesivas pues asegura que ha aprendido a controlar estos impulsos, ha trabajado en la dependencia que frecuentemente influencia su actuar y forma de pensar y el autoconocimiento pues ha podido reconocer cuáles conductas y pensamientos salen de la normatividad. Evaluando los avances y limitaciones de su tratamiento, ella asegura ver mejorar en su calidad de vida y espera de la

intervención que recibe que le ayude a la comprensión de sus emociones sin depender de ningún fármaco, plantearse objetivos, metas y poder lograrlas.

Hasta ahora se han nombrado los síntomas que han caracterizado el caso de Ana, ahora es oportuno realizar una propuesta de intervención desde la perspectiva cognitivo-conductual que esté centrada en las manifestaciones del padecimiento, para ello se revisarán los principales autores que ofrezcan una solución viable.

5.3 Propuesta de intervención de caso.

Como se plasmó en el segmento anterior los síntomas más característicos del caso y en los cuales se centrará esta propuesta de intervención son: escisión de pensamiento o pensamiento dicotómico, inestabilidad emocional acompañada de sentimientos hostiles, miedo a la traición y al abandono, reacciones exageradas ante eventos, sentimientos crónicos de vacío y temor a la soledad; necesidades al reconocimiento, desagrado del cuerpo, alteración de la identidad con respecto a la planificación de su vida y objetivos a corto, mediano y largo plazo; aparición de necesidad de autolesionarse, de practicar conductas de alto riesgo y de suicidio; conductas y pensamientos obsesivos-compulsivos, así como la prevención de recaídas con respecto a pensamientos cuasi-psicóticos.

Para este caso (y en general para el tlp), es altamente recomendado realizar tratamientos que en su conjunto permitan la atención integral del padecimiento. Para ello los tratamientos abarcan cuatro áreas, 1) atención psiquiátrica, 2) atención psicológica grupal, 3) atención psicológica individual y 4) atención a familiares. Por la naturaleza de este estudio nos centraremos en la propuesta de estructuración de las intervenciones psicológicas, tanto a nivel grupal como individual, poniendo un mayor énfasis en esta última.

Con respecto a la atención psiquiátrica en los trastornos de personalidad, incluyendo el trastorno límite, es de gran relevancia el tratamiento psiquiátrico. Con respecto a esto, la farmacología puede ayudar al control sintomatológico que se padece, como los cuadros de ansiedad y angustia, impulsividad, cuadros depresivos, entre otros.

Por otro lado la atención grupal puede traer varios beneficios, dadas a las características de este trastorno uno de los mayores alcances que se pueden lograr con este tipo de intervención es el establecimiento de nuevos lazos sociales, partiendo de la igualdad de circunstancias con respecto a la complicaciones que tienen todos los asistentes.

Aunado a ello, el conocer otros casos que pudieran guardar cierta similitud con el paciente, con respecto a características familiares, personales, demográficas y sintomatológicas, ayudan a la “normalización” del padecimiento es decir, el paciente tiene la posibilidad de caer en la cuenta de que su caso no se presenta de manera aislada en la sociedad, sino que, es parte de un grupo con características propias.

Es común en estos grupos de encuentro, que después de varias sesiones las relaciones se entretejan desde la igualdad de circunstancias, en donde el otro es reflejo de mi interior, motivando una influencia recíproca en donde el crecimiento grupal se apremia. Esto ayuda a la expresión de sentimientos y episodios conflictivos que ha vivido cada paciente, así como el de experiencias que han marcado su vida. Es aquí donde el facilitador y psicólogo deben de asegurar un espacio de confidencialidad, confianza y de escucha por parte de todos los asistentes.

Otra circunstancia con la cual se debe de tener especial cuidado es la consejería de “remedios” entre los pacientes, me explico, el espacio terapéutico en grupo da lugar que se interpele la participación del otro con ayudas que se apartan de procedimientos científicos. Es fácil que estos argumentos no se base en el

respecto de la individualidad y subjetividad del paciente, sino que intenten la aplicación de un método generalizado que parte desde argumentos populares, que puede violentar el proceso de crecimiento de cada persona.

Guardando estas advertencias, entre muchas otras a considerar, el tratamiento grupal puede abrir la posibilidad de disponer las bases en las cuales posteriormente se apoyará el trabajo individual. Por ello se recomienda incluir temas que apoyen al crecimiento de todos los pacientes que integran este grupo, que les ayuden a conformar una personalidad que esté lista para el proceso personal.

Así mismo y como señala Linehan (2003), la terapia grupal es una herramienta para la formación de habilidades sociales en los pacientes borderline (Navarro y Hernández, 2013), de manera que esta se puede mostrar como facilitadora del moldeamiento de nuevas relaciones interpersonales.

Por otro lado, se ha mencionado las implicaciones que tienen los trastornos de personalidad en la esfera familiar, pues además de afectar su dinámica, puede tener repercusiones en el estado anímico de los integrantes de este círculo, incluso autores como Rodríguez y Peláez (2013), afirman que se pueden generar patologías como desgaste emocional, cuadros depresivos, problemas de pareja, violencia doméstica, entre otras.

Estos mismos autores citando a Gunderson (2002), mencionan que se ha comprobado que el tratamiento de la familia mejora el pronóstico del tratamiento del trastorno de personalidad, asimismo añaden que Díaz (2001) en su escrito asegura que se ha verificado que este tipo de intervenciones son de gran utilidad en concreto en el trastorno límite de la personalidad.

Por ello es de vital importancia añadir sesiones de encuentro con familiares de pacientes borderline con la finalidad de que estos comprendan la complejidad del padecimiento y los síntomas que caracterizan a estas personalidad, así como

abordar temas que pudieran coadyuvar a la conformación de una red de apoyo para el paciente ante complicaciones estomatológicas.

A pesar de la gran importancia de estas intervenciones, sólo pueden ser complementos del tratamiento individualizado, pues este nos asegura la revisión de las características propias del paciente, de manera que las cuatro intervenciones que se mencionan configuren una revisión integral del caso.

Con respecto a la intervención individualizada, en este trabajo se propondrán las fases que deberá abarcar esta.

Fase 1. Entrenamiento en el control de impulsos.

Nota: Se recomienda que esta primera etapa tenga una duración entre 8 a 10 sesiones, con una duración aproximada de 50 minutos. Los objetivos que se perseguirán son: 1) establecer una relación terapéutica adecuada con la paciente, 2) Que la paciente adquiera habilidades para auto controlar sus respuestas emocionales y fisiológicas ante diferentes situación y 3) Resguardar la vida e integridad de la paciente.

La impulsividad ha sido parte esencial del comportamiento del hombre, se da como respuesta a un estímulo interno o externo y trata de garantizar la supervivencia. Sin embargo, en ocasiones este mecanismo de supervivencia se se presenta en diversas circunstancias y en momentos de manera desproporcionada con respecto a estímulo que le antecede.

Lo anterior detona consecuencias aversivas que no ayudan a la comprensión de la situación y la obtención de objetivos, y al presentarse frecuentemente puede representar un problema que afecta al individuo en todas las esferas de su vida.

Al respecto Elvira (2015), aclara que el término “impulsividad” hace referencia a un pobre autocontrol de la conducta teniendo como característica la toma de decisiones inmediata sin tener en cuenta las consecuencias que pudieran ocasionarse, para estos autores un acto impulsivo tiene las siguientes características: 1) Se produce como respuesta inmediata a un estímulo externo o interno, 2) es irreflexivo, no planificado y no se basa en experiencias previas o en las consecuencias del acto, 3) no son actos que tengan por objetivo la adaptación al medio y 5) pueden estar relacionados por componentes emocionales nucleares.

Con base en lo anterior esta primer fase perseguirá tres objetivos, en primer lugar es de vital importancia que se establezca una relación estrecha con el paciente en donde la paciente perciba un vínculo seguro en donde no es enjuiciada por sus actos, así como la disposición a la aceptación positiva incondicional del psicólogo hacia ella; así mismo se llevan a cabo ejercicios de autocontrol en donde se pueden utilizar técnicas generales como reconocimiento de emociones, su control por medio relajación muscular, imaginación, respiración, inoculación al estrés entre otras.

Como tercer objetivo y como señala en el tratamiento diseñado por Linehan, en esta primera etapa cabe resguardar la vida del paciente borderline, en las particularidades del caso Ana asegura no presentar ideaciones suicidas, sin embargo dados los episodios de auto infracción de violencia es necesario prestar atención a esta actividades. Aquí se sugiere el uso de técnicas como el contrato conductual, y conductas opuestas, que ayuden al desfogue de emociones negativas, así como la aplicación de técnicas conductuales como el reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO).

Fase 2. Detención del pensamiento.

Nota: Esta fase tiene por objetivo que la paciente adquiera la habilidad de interrumpir, detener y cambiar los pensamientos automáticos que presenten consecuencias aversivas, así mismo se pretende que en esta fase la paciente experimente el control cognitivo que puede ejercer sobre ella misma. Se recomienda realizar este entrenamiento en 7 sesiones.

Como menciona la entrevistada, es frecuente la presencia de ideas que interfieren significativamente en las acciones y emociones que se representan un problema que comúnmente determinamos como pensamientos automáticos, para ello y antes de pasar a la siguiente fase es fundamental entrenar a la paciente en la técnica de paro de pensamiento.

Esta técnica consiste en la interrupción del pensamiento automático disfuncional y su sustitución por un proceso cognitivo que excluya la formulación de ideas que están asociadas a ideas nucleares que influyan negativamente en la conducta y consecuencias emocionales negativas de la paciente. Esto puede estar acompañado por técnicas de distracción.

Fase 3. Reestructuración cognitiva.

Nota: La reestructuración cognitiva y el entrenamiento en la TREC, es base fundamental de este tratamiento. Esta fase abarcará un aproximado de 16 a 20 sesiones.

Una vez que la paciente ha sido entrenada en el reconocimiento y autocontrol de sus emociones y es capaz de incidir favorablemente en su pensamiento es posible emplear la reestructuración cognitiva, pilar central de esta intervención, para el tratamiento sintomatológico de Ana. Para ello se propone en este trabajo la Terapia Racional Emotiva Conductual.

De lo anterior nace una controversia, pues en la actualidad no hay estudios que abarquen el tratamiento del trastorno límite de la personalidad desde la teoría de Albert Ellis. Fue este mismo autor quien en su artículo “El tratamiento de las personalidades límite con terapia racional emotiva conductual” (Ellis, 2004) publicado en el año de 1994, reafirma los alcances de las terapias cognitivo conductuales sobre otras, y la eficacia de la TREC en la reestructuración cognitiva a pesar de las complicaciones propias del trastorno.

Sin embargo, teniendo como eje las características propias del caso y conociendo los alcances de la TREC, se planea la viabilidad de la aplicación de esta teoría y sus técnicas de modificación cognitiva al tratamiento de la participante.

Como se pudo explicar en capítulos anteriores la TREC plantea que las creencias tienen una gran influencia en los componentes emotivos, fisiológicos y conductuales de las personas. Estas creencias cuando se presentan de manera dogmática e irracionales derivan en deseos y preferencias rígidas e ilógicas, desembocando en deberes, obligaciones, demandas y órdenes divinas absolutistas (Ellis, 2004).

Esta relación entre las ideas y las acciones, sentimientos, emociones y reacciones fisiológicas son explicadas por la Terapia Racional Emotiva Conductual de la siguiente manera: ante un Acontecimiento (A), se generan una serie de ideas (B) que a su vez se relacionan con una serie de consecuencias que experimenta el paciente (C).

Para ello podemos distinguir dos tipos de ideas, las racionales y las irracionales. Las primeras son producto de la percepción adecuada de la realidad y producen consecuencias proporcionadas, mientras que las ideas irracionales son el resultado de la evaluación distorsionada de la realidad y la experiencia de vida de la persona.

Estas ideas denominadas irracionales se caracterizan por mostrarse como rígidas, dogmáticas, carentes de lógica e utilidad y propician malestares psicológicos de manera que se presentan emociones desproporcionadas a la situación activante (A). De la misma manera, estas ideas están condicionadas por tres condiciones, el tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación; en el diálogo del paciente suelen identificarse fácilmente pues conllevan expresiones como “tengo que...”, “debo que...”, “no soporto...”, “no lo soportaría”, “es lo peor que me pudo pasar...”, entre otras.

Como la TREC desde su teorización fue establecida como una herramienta de fácil aplicación y uso, es recomendable entrenar a la paciente, en primer lugar, en la identificación de A, B, C. Para ello es importante que se comprenda cuál es la relevancia que juegan las ideas en el comportamiento des adaptativo.

Ya que las ideas racionales están basadas en percepciones erróneas de la experiencia vivida, la discusión o debate (D) de estas ideas ayudan a la comprensión de la irracionalidad de las ideas presentadas y generar nuevas filosofías (E) que resulten más adaptativas.

En esta fase se busca persuadir didácticamente al paciente con respecto a las ideas irracionales que ya se han identificado, modelando su sistema de creencias (reestructuración cognitiva) integrando ideas más funcionales y reforzando los cambios observados (Valladares y Rentería, 2011).

Para lograr un cambio filosófico la paciente tienen que hacer lo siguiente (Ellis y Dryden, 1987 en Lega, Caballo y Ellis, 2002).

- 1) Darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida sus propios trastornos emocionales.
- 2) Recordar claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.

- 3) Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida de las creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
- 4) Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y tus alternativas irracionales.
- 5) Cuestionar sus creencias irracionales utilizando los métodos lógicos empíricos de la ciencia.
- 6) Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.
- 7) Continuar con este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas.

Es así que en este punto los terapeutas racional-emotivos enfrentan y discuten las creencias creadoras de trastornos de las personas, en forma mucho más activa y enérgica que los terapeutas de la mayoría de las demás escuelas. Hace ver a sus pacientes en qué medida sus ideas son irracionales y las consecuencias que tienen tanto en el aspecto emocional como en el conductual, le enseña cómo atacarlos en terrenos lógicos, empíricos y prácticos partiendo de las experiencias y vivencias del paciente. Por medio de la reestructuración cognitiva enseña a sus pacientes a cómo desarraigar sus irracionalidades (Ellis y Abrahams, 2005).

En síntesis, esta etapa tiene como objetivo “enseñar al paciente a utilizar el método científico para el análisis de su pensamiento irracional” (Lega, Caballo y Ellis, 2002). La terapia Racional Emotiva Conductual ha demostrado su efectividad en diferentes trastornos emocionales, y dadas sus características, filosóficas y prácticas se proponen como una herramienta viable para el mejoramiento sintomatológico de Ana.

Fase 4. Tratamiento de Obsesiones y Compulsiones.

Nota: Esta fase comprenderá alrededor de 8 sesiones, se pretende que se integren a la reestructuración cognitiva, ejercicios conductuales para el tratamiento de los síntomas referentes a las obsesiones y compulsiones de la paciente.

Se ha mencionado que una de las características de este caso es la presencia de obsesiones y acciones compulsivas con respecto al orden y la limpieza. La reestructuración cognitiva puede ayudar en gran manera al control de las ideas obsesivas que se presentan, al respecto en los tratamientos cognitivos la utilización de la TREC es común y muestra grandes progresos.

En esta fase el psicólogo pondrá especial atención en las ideas que llevan a la búsqueda compulsiva del orden y la limpieza de Ana, debatiendo las ideas irracionales y buscando nuevas ideas que resulten más adaptativas. Así mismo se pueden añadir experimentos conductuales como propone la TREC en sus técnicas generales.

Así mismo se puede emplear la exposición con prevención de la respuesta, de manera que Ana experimente la ansiedad generada por el rechazo de la ejecución del comportamiento compulsivo, y compruebe la irracionalidad de sus ideas y acciones.

Fase 5. Prevención de recaídas

Nota: Se llevarán a cabo aproximadamente 15 sesiones de seguimiento y prevención de recaídas, en donde la paciente recibirá acompañamiento psicológico en donde se reforzará, si es necesario las habilidades integradas a su repertorio durante la intervención. Estas sesiones se espaciarán de manera que el tratamiento llegue a su fin gradualmente.

Dadas las implicaciones del Trastorno Límite de la Personalidad es necesario realizar sesiones de seguimiento en donde el psicólogo ayude a la prevención de recaídas de la paciente. Esto se puede realizar gracias a tareas en casa o entre sesiones, auto registros de pensamientos, identificación de emociones, registros conductuales, auto debate, etc.

Para concluir cabe resaltar y advertir algunos puntos. Aunque la terapia cognitivo conductual se caracteriza por su efectividad y su aplicación de corta duración, en el trastorno límite de la personalidad puede representar un tratamiento extenso en comparación del tratamiento de otros trastornos de personalidad.

En las últimas fases de la intervención el psicólogo debe de prometer una separación terapéutica gradual, para no generar dependencia al tratamiento, sin embargo esta separación debe significar una separación segura para el paciente, como el término satisfactorio de una etapa y no como un abandono.

Por último se deben recalcar la necesidad aparente del seguimiento constante y continuo del paciente borderline, pues los alcances más significativos con el tratamiento psicológico es obtener estabilidad emocional y la generación de ideas y conductas más adaptativas, sin embargo no queda exenta la posibilidad de desmejoras.

En síntesis, en este capítulo se retomaron del diálogo de Ana los principales síntomas psicológicos que le aquejan, para su tratamiento se propuso una intervención cognitivo conductual con una duración de entre 54 a 60 sesiones que pueden ser abarcadas en un estimado de tiempo de entre en año y medio o dos años de duración, si las sesiones de las primeras cuatro sesiones se establecen como encuentros semanales.

Como base fundamental de este tratamiento, se recomiendan técnicas de regulación emocional y reestructuración cognitiva, dando prioridad al uso de la

Terapia Racional Emotiva Conductual por su aplicabilidad y los resultados que se han encontrado en el tratamiento de diversas perturbaciones psicológicas.

CONCLUSIONES.

En este documento se examinó la importancia del estudio de los trastornos de personalidad y en concreto del trastorno límite de la personalidad. En un primer momento se determinó el concepto de personalidad, la cual podemos definir como la suma de propiedades psicológicas, emocionales, afectivas, cognitivas, comportamentales, sociales, culturales, ambientales, las cuales persisten a través del tiempo y de las circunstancias.

Con respecto a la etiología y a la construcción de la personalidad existen diferentes teorías que señalan que la determinación de la estructura psicológica se consolida en las primeras etapas de la vida y se debe a la maduración neurobiológica, al contexto socio cultural, experiencias interpersonales y la relación que se establece entre el infante y sus padres.

Por otro lado podemos comprender que los trastornos de personalidad es una afección importante en la actualidad, pues como se plasmó en este trabajo el interés ha incrementado por la prevalencia y persistencia en la sociedad. Con respecto al estudio de los trastornos de personalidad, el psicoanálisis y las teorías adscritas a las corrientes dinámicas pueden otorgarnos herramientas necesarias para comprenderlas.

Entre los autores que han estudiado a lo largo de su carrera los trastornos de personalidad, resalta Kernberg quien propone la existencia de tres organizaciones psíquicas que nos ayudan a la comprensión de los trastornos de personalidad. De manera general señala que la organización más primitiva es la psicótica, seguido por la límite, mientras que la más avanzada es la organización neurótica. Cada una de estas organizaciones responden a ciertas características de acuerdo al grado de integración de la identidad, los mecanismos de defensa utilizados y la capacidad de prueba de realidad.

Esta distinción ha sido crítica para el estudio de los trastornos de personalidad, pues otorga una visión más global de las características psíquicas que cada una de las organizaciones. Siguiendo con esta teoría, el trastorno límite de la personalidad es uno de los trastornos derivados del conflicto psíquico de la estructura límite.

Con respecto al tratamiento de los trastornos de la personalidad, se ha encontrado que los tratamientos cognitivos conductuales han demostrado mejores ventajas. Sin embargo como se anotó en los primeros capítulos de este trabajo, ha sido el psicoanálisis quien nuestra mejores teorías acerca de la estructuración de la personalidad patológica.

Al respecto, teorías como la cognitivo conductual dinámica de Turner (1989-1084) mencionada por Caballo (2001), conjuga en el tratamiento de la modificación cognitiva técnicas dinámicas para la mejora del paciente. Lo anterior se menciona para recalcar la importancia que da Turner a la comprensión de los TP desde las teorías dinámicas y las primeras relaciones establecidas por el infante.

Por lo cual en este trabajo se propone en primer lugar, emplear herramientas como la historia clínica a profundidad quien tiene por objetivo realizar un estudio estructural de la personalidad, para así examinar a fondo las relaciones que ha establecido el paciente a lo largo de su vida y las características principales; su historia referente a lo sexual; lo familiar, antecedentes médicos y psiquiátricos; la historia del desarrollo, enfatizando en las diferentes etapas de la vida; y de más información crucial para comprender el padecimiento.

Con lo anterior, no se está proponiendo una postura ecléctica ni la mezcla de técnicas para la atención del trastorno límite, sino se manifiesta la necesidad de realizar entrevistas a profundidad antes de comenzar el tratamiento psicológico, con el objetivo de comprender, sus características, posible etiología,

implicaciones en la vida del paciente, etc. y así determinar el rumbo del tratamiento y las técnicas a emplear.

Lo anterior tomó sustento al revisar tanto la prevalencia del trastorno borderline como la comorbilidad que se presenta. Con respecto a la prevalencia las cifras más alarmantes mencionan que alrededor del 2% de la población general padece este trastorno, presentándose con mayor frecuencia en mujeres con un 75% que en hombres.

Con respecto a la comorbilidad pudimos observar la diferencias sintomatológicas que se presentan entre los casos de TLP, complicando las tareas diagnósticas del padecimiento, que en muchas ocasiones resulta en una evaluación inadecuada de las manifestaciones presentadas en el paciente.

Entre los principales síntomas que se presentan en este trastorno podemos mencionar la desregulación emocional, problemas en la identificación emocional, temor al abandono, tendencia a la promiscuidad, uso de sustancias adictivas, alteración de la identidad, escisión de pensamiento, inestabilidad, sentimientos crónicos de vacío, conductas de alto riesgo, conductas auto lesivas, tendencia a realizar actos suicidas y en algunos casos ideación paranoide.

Dentro de las terapias que han desarrollado técnicas específicas para la atención de pacientes límite, están las cognitivo conductuales, entre las que destacan, la terapia de reestructuración cognitiva de Beck, la terapia centrada en esquemas de Young y la terapia dialéctica conductual de Linehan.

Con respecto a la efectividad de estas teorías, se encuentran datos opuestos entre sí, por un lado se ha encontrado que en los últimos años la teoría desarrollada por Linehan ha tomado especial importancia y ha sido aplicada y documentada con gran éxito, logrando la mejora de los pacientes. Sin embargo documentos mencionan que en la actualidad no se cuenta con un tratamiento eficaz para la atención del TLP.

Esto guio la formulación del objetivo de este trabajo, la cual fue el realizar una propuesta de intervención y tratamiento psicoterapéutico eficaz de un caso de trastorno de personalidad límite tomando en cuenta las características diferenciales del paciente, basado en la hipótesis de que un tratamiento que pudiera tomar en cuenta las características propias del caso pudiera resultar más eficaz que los tratamientos preestablecidos.

Para lo anterior se realizó una entrevista a profundidad a una paciente diagnosticada con Trastorno límite de la personalidad, con el objetivo de conocer datos significativos con respecto al trastorno que padece, así como la presencia y evolución sintomatológica que ha presentado.

El caso presentaba como principales síntomas, escisión de pensamiento, inestabilidad emocional, miedo a la traición y al abandono, reacciones exageradas ante eventos, sentimientos crónicos de vacío y temor a la soledad; alteración de la identidad; aparición de necesidad de autolesionarse, de practicar conductas de alto riesgo y de suicidio; conductas y pensamientos obsesivos-compulsivos.

Tratando comprender la historia del padecimiento son varios puntos los que llaman la atención. En primer lugar el papel de los padres y la representación como figuras ausentes en la vida de Ana pareciera de gran relevancia, pues como podemos observar en el diálogo de la entrevistada, su niñez fue marcada significativamente por el rol que ejercieron sus padres, siendo su hermana una figura rescatadora.

Como se señaló en el desarrollo de este trabajo, la función de los padres puede ser un factor importante en el desarrollo de las patologías psicológicas, y posiblemente influyó para el establecimiento del trastorno que padece Ana.

Otro factor que han mencionado diferentes autores es la correlación del abuso sexual, al respecto la entrevistada reconoce haber sufrido acoso sexual por un vecino, sin embargo para ella no fue posible abundar en el tema. Por lo tanto

se recomienda añadir sesiones en la intervención en donde Ana tenga la posibilidad de resignificar y asumir este suceso que pudo ser un elemento importante en el desarrollo de su trastorno.

Otro punto significativo fue la actitud de la entrevistada durante la obtención de información, la tonalidad de voz en el discurso siempre se mantuvo plana y presentaba comportamientos físicos que pudiera presentar fácilmente una persona con trastornos depresivos. Sin embargo los síntomas que relata ayuda a la comprensión diagnóstica del trastorno límite de la personalidad.

Para la atención psicológica de la entrevistada se propusieron tres esferas de acción: 1) tratamiento grupal, 2) tratamiento y psico- educación familiar y 3) tratamiento psicológico individual. Lo anterior se planteó de esa manera, al estudiar las necesidades de la paciente.

La primera esfera de acción de propuso con el objetivo de entrenar a la paciente en el establecimiento de relaciones sociales de manera más adaptativa, así como la recepción de información acerca de temas generales del trastorno límite. Por otro lado documentos afirman la necesidad de la atención psicológica de la familia del paciente, por los diversos conflictos que pudiera desencadenarse en el ámbito. En esta propuesta el objetivo de la atención familiar es la creación de una red de apoyo para la paciente, y un primer grupo de contención en caso de ser necesario.

Con respecto al tratamiento individual se expusieron diferentes fases del proceso de atención: Entrenamiento en el control de impulsos, Detención del pensamiento, Reestructuración cognitiva, Tratamiento de Obsesiones y Compulsiones y Prevención de recaídas.

Correspondiente a este punto, resalta la propuesta de la Terapia Racional Emotiva Conductual como técnica de reestructuración cognitiva, pues una vez analizadas las características del caso, esta teoría muestra mayores ventajas en el

tratamiento de Ana. Pues al rescatar el entrenamiento en la identificación de ideas irracionales y la generación de ideas más adaptativas, se plantea como una opción formidable para que la paciente analice su propio pensamiento y pueda modificar las consecuencias adversas que se presentan ante algunas ocurrencias.

Aunado a lo anterior, podemos mencionar características esenciales de la TREC que potencializar su aplicación en este caso, como son la facilidad de aplicación, la gama de técnicas de discusión y debate, la posibilidad de usar técnicas conductuales o preferenciales, la posibilidad del usos de tareas para casa y la fácil generación de nuevas ideas y filosofías más adaptativas.

Si comparamos esta propuesta de intervención con las intervenciones cognitivo conductuales ya planteadas, podemos establecer la conjetura de que al ser aplicadas a este caso, no se hubieran obtenido los resultados esperados, pues estos están enfocadas en la solución en síntomas que no que parecieron primordiales en el caso de Ana.

Por ejemplo el tratamiento de Linehan además de ser largo, dedica el primer año de intervención en la prevención del suicidio y el salvaguardo de la vida del paciente, con respecto a esto Ana asegura no padecer ideaciones suicidas ni el presencia de conductas suicidas en su vida. Por otro lado las intervenciones de Young pone especial atención en las relaciones infantiles que se establecieron y la génesis de los esquemas de pensamiento.

Se emprendió proponer esta intervención por la relevancia que recalca Ana a sus pensamientos, haciendo manifiesto la necesidad de utilizar técnicas de modificación cognitiva, así mismo mencionaba la necesidad de controlar sus impulsos, emociones, reacciones fisiológicas y sus conductas compulsivas.

A pesar de que la TREC, pilar de esta propuesta de intervención, se caracteriza por ser un tratamiento de corta duración, cabe señalar que en el tratamiento del trastorno límite de personalidad se habla de estructuras cognitivas

más persistentes y rígidas, generados de ideas irracionales, por lo cual se debe ampliar la duración del tratamiento en comparación del proceso que se llevaría con trastornos emocionales correspondientes a estructuras más neuróticas.

Establecida la propuesta de intervención, se cumplió el objetivo del presente proyecto, pues se formuló un tratamiento psicológico eficaz para el caso de Ana, tomando en cuenta las características del paciente, sus propios objetivos y demás características que identifican al caso como particular.

Basado en lo anterior, otra propuesta que se hace en este documento es el uso de un **tratamiento psicológico basado en la sintomatología** para el trastorno límite de personalidad. Utilizando un paquete de técnicas conductuales, cognitivas y emotivas para la mejora psicológica y emocional de la paciente.

Comprobando así la veracidad de la hipótesis planteada al comienzo de la investigación, pues se ha comprobado que el realizar un estudio más exhaustivo y al conocer las características concretas de un paciente que padece trastorno límite de la personalidad, se puede estructurar una intervención que satisfaga las necesidades del paciente de manera eficaz.

De igual manera el uso de un tratamiento psicológico basado en la sintomatología incrementa las posibilidades de una intervención exitosa, adecuándose a las necesidades sociales, familiares, religiosas, laborales, psicológicas, emocionales y psiquiátricas de los pacientes. Ofreciendo así un tratamiento que muestre resultados mejores y más duraderos.

Por otro lado cabe recalcar que las técnicas psicológicas aquí propuestas para la atención del caso, se presenta como una sencilla intervención, de fácil aplicación, pues se incluyeron métodos que el mismo paciente, después de ser entrenado puede auto aplicarse en diferentes circunstancias y momentos de su vida, logrando así prevenir afectaciones que pudieran presentarse en el vida del paciente consecuentes al trastorno de personalidad.

Así mismo estas técnicas logran proporcionar a la paciente distintas alternativas de respuesta para modificar adecuadamente los comportamientos inadecuados relacionados con la sintomatología presente. Con ello se obtendría el control de los síntomas, incluso su control o extinción. Cimentando en esto, este trabajo ofrece no solo implicaciones teóricas para la mejor comprensión de TLP, sino que logra implicaciones clínicas y prácticas en el tratamiento de este trastorno.

Dentro de las limitaciones de la investigación, podemos mencionar la dificultad para la lograr la colaboración de un participante diagnosticado con el trastorno borderline. Así mismo es significativo recalcar la poca disposición de tiempo con la que contaba la participante y por lo cual solo se pudieron realizar dos entrevistas, se aconseja para futuras investigaciones profundizar más en los aspectos ya señalados para la estructuración de la intervención.

Por otro lado, la efectividad en la aplicación de esta propuesta de intervención puede ser áreas de oportunidad para investigaciones venideras, que se interesen en conocer los alcances y posibles restricciones de la intervención cognitivo conductual basado en la sintomatología para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.

En síntesis, el tratamiento basado en la sintomatología desde la perspectiva cognitivo-conductual, ha ofrecido una opción eficaz para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, que adecuando el uso de técnicas se espera la obtención de mejores resultados conforme a las necesidades de cada uno de los pacientes, conllevando así una terapia más efectiva y duradera, reduciendo costos y durabilidad del tratamiento.

REFERENCIAS.

- Arancibia, V., Herrera, P. y K., Strasser. (2009). *Manual de psicología educacional*. Chile: Alfaomega.
- Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. , *Revista latinoamericana de psicología* 45 (2), 315-319.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta. Ed.)*. España: Panamericana.
- Barreto, A. (2015). *Los trastornos de personalidad. Dinámica, comprensión, superación*. España: CCS.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Freeman, A., Denise, D. (2015). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. España: Paidós.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa.
- Becoña, E. y Oblitas, L. (1997). Terapia cognitivo-conductual: antecedentes técnicas. *Revista liberabit*, 3 (3), 49- 70. Recuperado de http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_03_1_terapia-conitivo-conductual-antecedentes-tecnicas.pdf el 25 de noviembre de 2017.

- Beller, W. (2012). Teorías en tensión: *Sujeto y subjetividad*. *Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, (65), 30-37.
- Belloch, A. y Fernández, H. (2010). *Tratado de trastornos de la personalidad* (pp. 21-41). España: Síntesis.
- Caballo, V. (2001). Tratamientos cognitivo- conductuales para los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 9 (3), 579-605.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. España: Síntesis.
- Caballo, V. y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología del Caribe*. (5), 31-55.
- Cabral, C. (2009). Revisión de la psicología ruso-soviética (1920-1983). *Revista adversus*, 6, 32-40.
- Cervera, G., Haro, G., y Martínez, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad de psiquiátrica*. Argentina: Panamericana.
- Cuervas, C. y López, A. (2012). Intervenciones psicológicas para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology Therapy*, 12 (1), 97-114.
- Dahab, J. (2015). El mito de la “revolución” cognitiva. *Psiencia Revista latinoamericana de ciencia psicológica*. 7 (1), 88-102.
- De la Vega, I. y Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductuales para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10 (1), 45-55.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2 (7) 162-167.

- Ellis, A y Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. España: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. & Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Pax México.
- Ellis, A. (2005). *Pregunte a Albert Ellis. Respuestas directas y consejos fiables del psicólogo más conocido del mundo*. España: Obelisco.
- Ellis, A. (2006). *El camino de la tolerancia*. La filosofía de la Terapia Racional-Emotivo-Conductual. España: Obelisco.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1980). *Terapia racional emotiva. Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Pax México.
- Ellis, A. y Harper, R. (1997). *Una nueva guía para una vida racional*. España: Obelisco.
- Elvira, L. (2015). Impulsividad: Definición y modelos en psicopatología. En Celma, J. (coord.). *Bases teóricas y clínica del comportamiento impulsivo*. España: Ediciones San Juan de Dios.
- Farrell, J. y Shaw, I. (2012). *Terapia de grupos centrada en esquemas para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. España: Desclée de Brouwer (p 35-36).
- Fernández, C. y Rodríguez, L. (2013). Tratamiento de psicoanalítico de los trastornos de personalidad. *Revista acción psicológica*, 10 (1) 57-64.
- Ferrer, A., Londoño, N., Álvarez, G., Arango, L., Calle, H., Castaño, C., Jaramillo, H., Orrego, C., Vallejo, L., Villamizar R., Bustamante, E., Bustamante, M., Mejía, O., Trujillo, N. y Paláez, I. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 73-96.

- Fiori, D. y Semerari, A. (2008). El trastorno límite de la personalidad en Semerari, A. y Dimaggio, G. (Eds.). *Los trastornos de la personalidad. Modelos y tratamientos*. España: Descleé de Brouwer.
- García, M., Martín, M. y Otín, R. (2010). Tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (106), 263-278.
- García, M., Martín, M. y Otín, R. (2010). Tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (106), 263-278.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 31 (1), 136-148.
- Ghedin, W. (2009). *Las enfermedades mentales* (pp. 9-21). Argentina: Lea.
- Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M. (2008). *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Colombia: Panamericana.
- González, J. y Rodríguez, M. (2013). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. México: Plaza Valdés.
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad. Guía práctica* (p.p.159-164). España: Ars médica.
- Guzmán, F. (2008). Trastornos de personalidad. En Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M. (Eds.). *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamientos en niños, adolescentes y adultos* (3ra. edición). Colombia: Panamericana.
- Halgin, R. y Krauss, S. (2008). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México: Mc Graw Hill.

Heim, A. y Westen, D. (2007). Teorías de la personalidad y trastornos de la personalidad. En Oldman, J., Skodol, A. y Bender, D. (coord.). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. España: Elsevier Masson.

Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para los trastornos de la salud*. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=EzlwZg_aH6AC&oi=fnd&pg=PA9&dq=terapia+cognitivo+conductual+en+los+trastornos+neuróticos&ots=VMfbaizVjT&sig=zo92eXDQNulPHmihnfj8qFKYwv8#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20conductual%20en%20los%20trastornos%20neur%C3%B3ticos&f=false. El 16 de diciembre de 2017.

Hidalgo, I. (2016). *Estudio del trastorno límite de personalidad*. Documento inédito. Universidad Pontificia de Salamanca. España.

Jones, R. (2009). *Psicología médica*. México: Intersistemas.

Kernberg, O. (1999). *Trastornos graves de la personalidad*. México; Manual moderno.

Koldobsky, N. (2009). Aspectos generales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. En Koldobsky, N. (comp.). *Trastornos de personalidad. Aspectos generales*. Argentina: Polemos.

Korman, G. (2011). Bases teóricas de la terapia cognitiva en la Argentina. *Interamerican Journal of Psychology*, 45 (2), 115-122.

Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI.

Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. España: Paidós.

Linehan, M. (2014). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. España: Paidós.

- López, A., Rondón, J., Alfano, S., Cellerino, C. (2013). *Psicoterapia para los trastornos y alteraciones de la personalidad. Guías esquemáticas para profesionales*. Argentina: Akadia.
- López, A., Cid, J., Obst, J., Rondón, J., Alfano, S. y Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheelis (2003). *Ciencias psicológicas*, 5 (1), 83-115.
- Lozano, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 80 (1), 36-42.
- Mac Kinnon, R. y Michels, R. (1971). *The psychiatric interview in clinical practice*. Filadelfia: Saunders Co.
- Mahoney, J. y Freeman, A. (1985). *Cognición y psicoterapia*. España: Paidós.
- Montaño, M. y Palacios, J. y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3 (2), 81-107.
- Moreno, B. y Ortiz, M. (2015). Concepto de psicopatología clínica. Objeto, criterios y causas. En Ortiz, M. (coord.). *Psicopatología clínica. Adoptado al DSM-5* (pp. 26-31). España: Pirámide.
- Morrison, J. (2008). DSM-IV. *Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual moderno.
- Muñoz, F. y Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36 (1), 98-110.
- Navarro, L. y López, M. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción psicológica*, 10 (1), 33-44.

- Navarro, M. y Hernández, M. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción psicológica*, 10 (1), 33-44.
- Navarro, M. y López, M. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción psicológica*, 10 (1), 33-43.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: El manual moderno.
- Oblitas, A. (2013). *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Oldman, J. (2007). Trastornos de la personalidad. Historia reciente y direcciones futuras. En Oldman, J., Skodol, A. y Bender, D. (coord.). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. España: Elsevier Masson.
- Pailhez, G. y Palomo, L. (2007). Multiplicidad diagnóstica de los trastornos de personalidad. *Psiquiatría Biológica*, 14 (3), 92-97.
- Pérez, B., Fernández, A., Bringas, C. y Rodríguez, F. (2014). Prevalencia de los trastornos de personalidad de acuerdo con los criterios del CIE-10. Estudio en una muestra penitenciaria. *Revista de psicología - Universidad Viña del Mar*, 7 (4), 7-21.
- Perona, S. y Cuevas, C. (1997). Tratamiento conductual de las alucinaciones auditivas en un paciente esquizofrénico: un estudio de caso. *Psicothema*, 9 (1) p. 33-45.
- Quezada, V. (2013). A cien años de "Psicología como la ve un conductista". *Revista de psicología universidad de Chile*, 22 (1), 99-101.
- Ramos, V., Piqueras, J., Martínez, A. y Oblitas, L. (2009). Emoción y cognición: implicaciones para el tratamiento. *Terapia psicológica*, 27 (2), 227-237.

- Reneses, B., Galián, M., Serrano, R., Figueroa, D., Fernández, A., López, J., Fuentes, M. y Trujillo, M. (2013). Una nueva psicoterapia breve para trastorno límite de la personalidad. Resultados preliminares de un ensayo controlado y aleatorio. *Actas de Especialidad Psiquiátrica*, 41 (3), 139- 148.
- Rentería, A. & Valladares, P. (2011). *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y Procedimientos*. México: Universidad Autónoma de México.
- Ribes, E. (1995). John B. Watson: El conductismo y la fundación de una psicología científica. *Acta comportamentalia*, 3, 66-78.
- Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Av. Psicológica*, 17 (1), 59-74
- Rodríguez, L. y Peláez, J. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción psicológica*, 10 (1) 75-84.
- Rodríguez, R. y Vetere, G. (comp.).(2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Argentina: Polemos
- Rogers, C. (1980). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad. En J. Lafarga, & J. Gómez (Eds.), *Desarrollo del potencial humano: aportaciones de una psicología humanista*. México: Trillas
- Ruiz, C. y Gómez, I. (2012). Patrones de personalidad disfuncionales en niños y adolescentes: Una revisión funcional-contextual. *Suma psicológica*, 19 (2) 131-149.
- Sadock, B. y Sadock, V. (2009). *Kaplan y Sadock. Sinopsis de psiquiatría* (pp. 791-801). España: Wolters kluwer.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México: El manual moderno.
- Satés, H. (2011). *Psiquiatría para médicos no psiquiatras* (pp.162-164). México: Panamerican.

- Seelbach, G. (2013). *Teorías de la personalidad*. México: Red Tec Milenio.
- Semerari, A. y Dimaggio, G. (2008). *Los trastornos de la personalidad. Modelos y tratamientos* (p.p. 149-185, 187-219). España: Descleé de Brouwer.
- Skinner, B. (1981). *Reflexiones sobre conductismo y sociedad*. México: Trillas.
- Soria, R. y Olvera, J. (2013). *Terapia racional emotivo-conductual*. En Valladares, P. y Rentería, A. (coord.). *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. España: Descleé de Brouwer.
- Téllez, J. (2010). La personalidad y sus trastornos. En Toro, R., Yepes L. y Palacio, C. (edit.). *Fundamentos de medicina. Psiquiatría*. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.
- Toro, R. Yepes, L. y Palacio. (2010). *Fundamentos de medicina. Psiquiatría*. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.
- Torres, G. (2007). Trastorno límite de la personalidad: tratamiento desde un enfoque cognitivo-conductual. *Cuadernos de neuropsicología*, 1 (3), 174-371.
- Tyrer, P. y Davidson, K. (2002). *Terapia cognitiva en los trastornos de la personalidad*. En Gunderson, J. y Gabbard, G. (coord.). *Psicoterapia en los trastornos de la personalidad*. España: Ars Médica.
- Valdés, M. (2015). *Trastornos de la personalidad*. En Vallejo, J. (direc.). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. España: Elsevier Masson.
- Valdés, M., Sapién, J., y Córdoba, D. (2004). Significados de satisfacción sexual en hombres y mujeres de la zona metropolitana. *Psicología y ciencia social*, 6 (001), 34-48.

- Valladares, P. y Rentería, A. (2013). *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista calidad en la educación superior*, 3 (1) 119-139.
- Vásquez, E. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista Neuropsiquiatría*, 79 (2), 108-118.
- Vega, I. y Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10 (1), 45-55.
- Watson, J. (1913). Psychology the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158-177.
- Young, J., Klosko, J. y Weishaar, M. (2013). *Terapia de esquemas. Guía práctica*. España: Desclée de Brouwer.

Anexos.

Anexo 1. Ficha de identificación.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Tratamiento Cognitivo-conductual del Trastorno Límite de la Personalidad.

Un estudio de caso.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha: 27 de marzo de 2017

Nombre: Ana

Edad: 47 años

Escolaridad: Superior.

Nombre del padre: Conocido

Edad: Finado

Nombre de la madre: Conocido

Edad: Finado

Ocupación: Empleada en distribución de medicamentos.

Estado civil: Casada (21 años de matrimonio).

Hermanos, Esposo e Hijos:

Ana en la actualidad es casada y tiene dos hijos de 18 y 21 años de edad, ella menciona que su relación con ellos es buena. Ana es la menor de ocho hijos, la entrevistada nació después de 10 años de que sus padres habían concebido a su última hija. La relación con sus hermanos es casi nula excepto con su hermana

que le antecede en relación a edad, quien menciona que desde muy pequeña se hizo cargo de ella (la considera su madre).

Vive con: Sus dos hijos y su esposo.

Diagnóstico: Ana fue diagnosticada con Trastorno Límite de Personalidad desde aproximadamente 17 meses. El diagnóstico se dio como atención a los síntomas presentados después del comienzo de la inestabilidad de su matrimonio.

Anexo 2. Guía de entrevista.

Tópicos y guía de entrevista.

Fecha: _____

Hora de inicio: _____

Datos generales:

- ¿Qué edad tienes?
- ¿A qué te dedicas?
- ¿Cuál es tu escolaridad?
- ¿Cuál es tu estado civil?
- ¿Tienes hijos?
- ¿En dónde naciste?
- ¿Con quién vives?

Ahora nárrame tu historia familiar.

- ¿Tienes hermanos?
 - ¿Cuántos?
 - ¿Qué lugar ocupas entre ellos?
- ¿Cómo te llevas con tu papá?
- ¿Cómo te llevas con tu mamá?
- ¿Y con tus hermanos?
- ¿Cómo es la relación con tu esposo/hijos?
- ¿Qué tan importante es para ti la familia?

- ¿Qué papel ha tomado tu familia en el trastorno que padeces?

Historia y desarrollo del padecimiento.

- ¿Los primeros años de tu vida fueron influenciados por el TLP?
- ¿Consideras que hubo un evento crucial para potencializar este trastorno?
- ¿En qué momento de tu vida se hicieron más presentes los síntomas propios del trastorno?
- ¿Cómo afectaron tu vida en ese momento?
- ¿Cuáles fueron los síntomas que se presentaron en tu caso?

Sintomatología

a) Escisión de pensamiento

- ¿Eran comunes que tuvieran pensamientos muy polarizados (escisión cognitiva), como el pensar en un momento que una persona era buena y posteriormente por alguna acción pensar que es mala totalmente?
- ¿Qué tipos de pensamientos tenías a este respecto?
- ¿Cuáles fueron las principales complicaciones que trajo este tipo de pensamiento?
- ¿Llegaste en algún momento a idealizar la imagen de las personas de tu alrededor?

b) Desregulación e inestabilidad emocional.

- ¿Antes de la intervención psicológica, como era su vida emocional?

- ¿Tenían mayor presencia emociones negativas? ¿Cuáles?
- ¿Esto en qué medida representó para ti un problema?
- ¿Qué tipo de consecuencia trajo para su vida esta situación?
- ¿Cómo eran sus relaciones interpersonales, entendiéndose como las relaciones que establecía con amigos, compañeros, etc?
- ¿Qué tan estables se mantenían este tipo de relaciones?
- ¿Era común presentar reacciones emocionales exageradas ante un evento?
- ¿En algún momento experimentó el miedo al abandono?
- ¿Qué situaciones trajo consigo este síntoma?
- ¿Hasta dónde eras capaz de llegar para impedir el abandono de una persona importante para ti?
- ¿Qué sentimientos se hacían presentes ante la posibilidad de la que una persona se alejara de ti?
- ¿Se presentaron en algún momento sentimientos crónicos de vacío?
 - ¿Cómo los experimentaste?
- ¿En algunos casos también son comunes las tendencias a sentimientos extremos de enojo o rabia, en tu caso este síntoma se hizo presente?
- ¿Qué problemas conllevó esto para ti?

c) Autoimagen

- ¿Cómo era la visión de guardabas de ti misma?
- ¿Era posible que tú mantuvieras metas, valores y aspiraciones en tu vida?
- ¿Experimentaste cambios repentinos en el punto de vista u opiniones acerca de una situación?

d) Conductas suicidas y adicciones

- ¿En algún momento de su vida tuvo alguna adicción?
 - ¿Qué sustancias consumía y con qué frecuencia lo hacía?
 - ¿Hasta qué punto llegó su adicción?
 - ¿Cuánto tiempo duró con esta adicción?
 - ¿Cómo dejó esta adicción?
- ¿Ha realizado conductas autolesivas?
 - ¿Pensaste en algún momento atentar contra tu vida?
 - ¿Intentaste en algún momento llevar a cabo estos pensamientos?
 - ¿Qué situaciones te llevaron a tener estas acciones o pensamientos?

e) Conductas impulsivas.

- ¿Se hicieron presentes conductas impulsivas en tu vida?. Por ejemplo en la forma de gastar dinero, de comer, etc.
- ¿Qué tan presentes se hicieron esas conductas?

f) Relaciones sexuales y satisfacción sexual

- En algunos casos es común encontrar la tendencia a practicar relaciones sexuales de alto riesgo ¿tu presentaste este síntoma?
- ¿Qué actividades se hicieron manifiestas?
- ¿Era común mantener relaciones sexuales sin protección?
- ¿Qué situaciones consideras que te llevaban a tener estas prácticas?

g) Pensamientos cuasi psicóticos.

- ¿Tuviste en algún momento alucinaciones o eventos desproporcionados a la realidad?
 - ¿En qué momento se daban estas situaciones?
 - ¿Qué consecuencias trajo esta condición?
 - ¿Cómo fueron controlados estos síntomas?

h) Situación actual del padecimiento

- ¿En qué momento decides acudir a tratamiento?
- ¿Qué tipo de tratamiento has estado recibiendo?
- ¿Cómo ha mejorado tu vida a partir del comienzo del tratamiento que recibes?
- ¿Han mejorado tus relaciones interpersonales?
- ¿Cómo han evolucionado los síntomas desde entonces?
- ¿Consideras que ha mejorado tu calidad de vida?
- ¿Qué esperas del tratamiento que recibes?
- ¿Cuáles son tus expectativas con respecto a tu vida y al trastorno límite de la personalidad?

Anexo 5. Consentimiento informado.

Ciudad de México a 08 de junio del 2018.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio, **ACEPTO** la invitación a participar en el estudio "**TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. UN ESTUDIO DE CASO**" cuyo responsable es José Juan Vargas González, pasante y tesista de la licenciatura de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, y es asesorado por la Lic. María Del Rosario Guzmán Rodríguez.

Así mismo manifiesto que se me ha explicado que el propósito del estudio es analizar los principales síntomas y manifestaciones del trastorno límite de la personalidad y comprendo que la investigación incluye la realización de entrevistas audiograbadas sobre estos temas.


Estoy de acuerdo en ser entrevistada una o más veces, de ser necesario, y autorizo que la información que yo proporcione sea grabada y utilizada para su difusión con fines científicos y académicos, siempre y cuando esto sea hecho de manera confidencial y respetándose mi anonimato, para lo cual acepté proporcionar un **SEUDÓNIMO**.

De igual manera estoy consciente que mi participación en la investigación es **VOLUNTARIA** y que me puedo retirar de está cuando yo lo desee.

Firma y Nombre del Participante:

 María Del Rosario Guzmán Rodríguez

Firma y Nombre del Entrevistador:

 José Juan Vargas González