



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División del Sistema de Universidad Abierta

**“Trastorno límite de la personalidad desde el
enfoque Cognitivo Conductual a la Terapia de
esquemas”**

T E S I N A

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

ERICK HERNÁNDEZ CONTRERAS

Directora:

Mtra. Gabriela Romero García

Revisora:

Dra. Ana María Bañuelos Márquez

Sinodales:

Mtra. Cecilia Montes Medina

Mtro. Miguel Ángel Luna Izquierdo

Mtra. María Teresa Gutiérrez Alanís

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2022



**Facultad
de Psicología**



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

A la UNAM por ser pilar fundamental en mi formación académica y profesional

A la Facultad de psicología por abrirme el camino y dejarme ver la inmensidad de la mente humana

A mi madre por no dejar de apoyarme ni un solo día

A mis hermanos por impulsarme a seguir adelante

A los amigos que me acompañaron en este proceso por sus consejos y tiempo

A la Mtra. Gabriela Romero por apoyarme sin dudar en este pasó desde el primer momento

A la Dra. Ana María por ser aceptar ser parte de este proyecto

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	4
Introducción	5
¡Error! Marcador no definido.	8
1.1 Breve revisión histórica	10
1.2 Características Clínicas	12
1.3 Trastorno límite de la personalidad: Criterios Diagnósticos	16
1.4 Evaluación específica del Trastorno límite de la personalidad	19
1.5 Prevalencia y Curso	21
1.6 Diagnóstico diferencial	22
1.7 Tratamientos	24
CAPÍTULO 2	
Terapia cognitivo conductual en trastorno límite	27
2.1 Desarrollo histórico	28
2.2 Terapia conductual	29
2.3 Técnicas de terapia cognitivo conductual	31
2.3.1 Reestructuración cognitiva	31
2.3.1.1 Terapia Cognitivo- Conductual de Aarón Beck	33
2.3.1.2 Reducción del pensamiento dicotómico “Todo o nada”	35
2.3.1.3 Detención del pensamiento	37
3. Terapia dialéctico conductual de Linehan	38
CAPÍTULO 3	
Terapia cognitiva centrada en los esquemas	39
3.1 Desarrollo histórico	40
3.2 Definición de los esquemas de Young	42
3.3 Orígenes de los esquemas	43
3.4 Dimensión y clasificación de los esquemas precoces desadaptativos	45
3.5 Estilos y respuestas de afrontamiento	49
3.6 Diagnóstico y modos de esquema en el paciente límite	51

3.7 Tratamiento del paciente límite desde la terapia de esquemas 54

CAPÍTULO 4

Consideraciones finales 60

Conclusiones 63

Referencias. 64

RESUMEN

La presente tesina aborda el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) desde dos enfoques. El enfoque cognitivo conductual y la terapia de esquemas, las cuales son dos perspectivas que surgieron a finales del siglo XX como una respuesta alterna para los tratamientos conductuales y psicoanalíticos de aquella época. El objetivo de esta tesina es hacer una revisión general de las características del Trastorno límite de la personalidad; aspectos asociados, antecedentes, prevalencia, comorbilidades, diagnóstico así como el tratamiento desde ambos enfoques. Con esta revisión se da la oportunidad de abordar el TLP con una nueva perspectiva.

Introducción

Al momento de hablar de trastornos de la personalidad viene a nuestra mente de forma automática, una infinidad de conceptos o ideas, sobre la conducta y manera de actuar y pensar de la mayoría de las personas con las que tratamos, que por lo general, resulta ser errónea, incluso pensamos en nuestro propio comportamiento, conceptos tales como: Personalidad agresiva, depresiva, sumisa, dependiente, evitativa, múltiple entre otros, son ideas que generamos de manera inconsciente sin alguna información previa, por suerte estos comportamientos, en la mayoría de los casos, se encuentran limitados por un periodo breve de tiempo y no se mantienen mucho más allá. Sin embargo, en las personas que han sido diagnosticadas con anterioridad con algún trastorno de la personalidad es una historia completamente distinta ya que estos sucesos no son sólo episodios aislados, sino que más bien se prolongan a lo largo de sus vidas influenciando en gran medida la misma y por ende la de los demás. Los trastornos de la personalidad se han caracterizado por ser, desde un inicio, un conjunto de patrones desadaptativos de pensamientos, emociones, comportamientos, percepciones y conductas, que frecuentemente comienzan desde una edad muy temprana y se prolongan en diferentes situaciones y contextos, suelen ser desviaciones considerables de los patrones de vida normal, especialmente cuando el comportamiento del individuo es diferente al grupo sociocultural de origen.

Por lo general, el funcionamiento social y laboral de las personas con algún trastorno de la personalidad es muy distinto al promedio, los individuos con este tipo de problema, se sienten cómodos ya que casi siempre ignoran totalmente los síntomas característicos de tal problema en la mayoría de las veces, O'Connor y Dyce (2001, como se citó en Caballo et al., 2004) menciona que quizá debido a falta de insight (término utilizado en psicología proveniente del inglés que se traduce al español como "Percepción". Mediante un insight el individuo "capta", "internaliza" o comprende, una "verdad" revelada) o es debido a que los comportamientos que manifiestan son lo único que conocen.

Como se mencionó con anterioridad los trastornos de la personalidad están estrechamente ligados a expectativas culturales o sociales, en comparación con los demás trastornos mentales, el diagnóstico sobre los problemas de la personalidad se lleva a cabo en las personas que llegan a valorar positivamente sus conductas y pensamientos, aunque estos resulten desadaptativos, a menudo provocan diversos problemas en el individuo, dando resultados como: Delitos graves, intentos de suicidio, abuso de sustancias psicoactivas, problemas interpersonales, laborales, conflictos de pareja, entre otros, el resultado de todo esto es un tratamiento difícil y costoso, además cuando viene acompañado de factores de riesgo o comorbilidades dificulta y prolonga aún más el mismo.

Raramente y con muy poca frecuencia las personas que padecen un trastorno de la personalidad acuden a terapia por causa del mismo. El tratamiento desde cualquier tipo de terapia es casi siempre difícil, esto no es una novedad debido a que nos enfrentamos a patrones y estructuras de comportamiento, pensamiento y emociones que fueron profundamente entrelazadas desde una edad temprana en el individuo además de un complejo análisis de su historia de vida. Resulta sumamente agotador moldear en poco tiempo los hábitos de toda una vida. Otro obstáculo que debemos tomar en cuenta, son los problemas en las relaciones interpersonales que tiene la mayoría de los pacientes, ya que esto afecta en gran medida la relación entre el paciente y terapeuta, haciendo complicado mantener una colaboración mutua durante las sesiones para lograr identificar objetivos relevantes que podrían alcanzarse a corto plazo.

Desde la disciplina psicológica y psicoterapéutica podemos encontrar una amplia variedad de técnicas y tratamientos utilizados en psicoterapia para los trastornos de la personalidad, estas derivadas de los diversos enfoques y marcos teóricos existentes hasta el día de hoy. Es necesario mencionar que ningún enfoque es más o menos importante que otro; sin embargo, es fundamental tener conocimientos en cuanto al desarrollo de los procedimientos, herramientas y resultados que nos ofrece cada uno de ellos, lo cual contribuye a tener una mejor

formación profesional que permita proporcionar un mejor servicio y alternativas de tratamiento al paciente.

Cada uno de los enfoques de donde se han derivado las psicoterapias actuales nos ofrece ventajas y desventajas, así mismo, es necesario mencionar que existen hasta el día de hoy discusiones en cuanto al carácter científico de los modelos en psicología clínica. Con todo esto los diferentes enfoques de psicoterapia han ido cambiando y tomado distintas rutas para adaptarse a través del tiempo, por lo que el presente trabajo se enfocó en resaltar las características y las técnicas de la terapia Cognitivo-conductual y de la Terapia cognitiva centrada en los esquemas lo cual permitió tener un panorama más amplio en relación a los alcances y limitaciones de cada una de las técnicas desarrolladas.

El objetivo general de la presente tesina fue hacer una revisión sobre ambos enfoques considerando las ventajas y desventajas de cada uno en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.

Objetivos específicos:

- Describir las generalidades del Trastorno límite de la personalidad.
- Describir las principales características y generalidades de la Terapia cognitivo conductual en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.
- Describir las principales características y generalidades de la Terapia de esquemas en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.
- Analizar los resultados en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad y tendencias futuras.

CAPÍTULO 1

Trastorno límite de la personalidad

Al hablar del Trastorno límite de la personalidad, debemos aclarar primero que el término *límite* fue usado en un principio debido a que las personas diagnosticadas con este padecimiento parecían estar entre el límite o frontera de los síntomas y signos entre la neurosis y psicosis, por esta sencilla razón también se le conoce como *Borderline*, limítrofe y en algunas ocasiones fronterizo. Actualmente existen múltiples factores y causas para el TLP, así como intentos teóricos por describir sus orígenes. Se ha dado un gran peso al abuso sexual y a la ausencia de las figuras paternas en la niñez que podrían ser detonadores del trastorno. Caballo et al. (2004) refiere que los múltiples estudios referentes a la etiología del TLP pueden dividirse en seis grupos, tres debido a causas ambientales y tres a causas biológicas, que serán descritos a continuación:

Medioambientales

Separación o pérdida paternal

Las personas con TLP que informaron haber sufrido pérdidas o separaciones en la infancia, tuvieron una incidencia del 37% a 64% al ser diagnosticadas con TLP en la mayoría de los casos, se señala además que la experiencia de abandono, especialmente de los padres, resultó ser un factor esencial y fundamental para el desarrollo de esta patología.

Alterada implicación parental

Se ha detectado que las personas con TLP perciben la relación con su madre como conflictiva y/o distante, de igual forma un padre ausente y desinteresado, además se enfatiza que tener relaciones poco saludables con ambos progenitores es una de las causas del desarrollo del trastorno.

Abusos infantiles

Los antecedentes de abuso sexual se encuentran comúnmente cuando se diagnostica TLP, Zanarini (1997, como se citó en Caballo et al., 2004) realizó un estudio donde participaron 467 individuos con algún Trastorno de la personalidad, de estos 358 se encontraban dentro del TLP, mostrando que el 91% de estos fue víctima de abusos antes de la mayoría de edad.

Biológicas

Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos

Estudios han demostrado poca relación existente entre el TLP con la esquizofrenia y/ o el trastorno esquizotípico de la personalidad. También se ha encontrado que el TLP es común si existen familiares con el mismo diagnóstico. Algunos padres comparten rasgos problemáticos con los hijos, sobre todo los de estilos impulsivos e inestabilidad emocional. Con esto existe una probabilidad mayor de que los padres con depresión, abuso de drogas o aquellos que padezcan de trastornos de la personalidad, traumatizan y descuiden a sus hijos.

Aspectos temperamentales

De acuerdo con algunos estudios el TLP se relaciona por lo general con un temperamento neurótico y poca conformidad, en realidad el tipo límite es el único de los Trastornos del Eje II (se codifican en este eje los trastornos de la personalidad, del desarrollo y retraso mental) que se relaciona con altos niveles de conductas para evitar el daño (Compulsiva) y para buscar algo novedoso. En Linehan (2003, como se citó en Caballo et al., 2004) se nombra a los aspectos temperamentales como “Desregulación emocional” que es una característica distintiva del TLP.

Disfunciones neurobiológicas y/o bioquímicas

Se ha estudiado con análisis experimentales, donde atribuyen las causas del TLP a problemas orgánicos; en las investigaciones se ha logrado mostrar que el 14 %

de los pacientes límite tuvieron traumatismo craneal, encefalitis o epilepsia; el 26% tenía trastornos de atención y/o dificultades en el aprendizaje. Ángulo (2006) refiere que los factores biológicos más comunes por lo general son las hormonas ya que se han detectado niveles elevados de testosterona, estradiol y progesterona, y en lo referente a los neurotransmisores, los niveles de serotonina, son muy bajos en pacientes impulsivos o en personas con intentos suicidas. Esto se debe a que la serotonina reduce la depresión y la impulsividad, además puede producir una sensación de bienestar.

Son muchas las teorías para explicar las causas del TLP, es debido a esto que diversos investigadores proponen que cualquier modelo debería ser de naturaleza multifactorial, donde se considere dentro de la etiología una serie de factores biopsicosociales, con lo que se plantea que los síntomas y signos del TLP se deben a una combinación del temperamento, experiencias ambientales y factores neurológicos y bioquímicos, lo que podría deberse a secuelas que quedaron de las experiencias infantiles tempranas o de una vulnerabilidad innata.

1.1 Breve revisión histórica

Al regresar brevemente a los tiempos de Homero, Hipócrates y Areteo, nos encontramos con escritos en los que se describieron en varias ocasiones de manera muy minuciosa y detallada como ciertas personas estaban “sujetas” o “predispuestas” a ciertos cambios inconscientes del estado de ánimo: ira, melancolía, tristeza, dolor, depresión y manía. Durante la edad media se suprimieron todas estas observaciones y no fue sino hasta los inicios del renacimiento cuando se comenzaron a recuperar algunos de estos textos. El primer teórico que revivió el supuesto de covariación entre los impulsos inestables y cambios del estado de ánimo en un síndrome fue Bonet en 1684 quien la denominó con el nombre de “*folie maniaco-mélancolique*”. Así eventualmente durante el siglo XVII Schacht y Herschel reforzaron las observaciones de Bonet

refiriéndose en esta ocasión a un curso crónico con periódica regularidad, no obstante varios pacientes alternaban en estados de ánimo impredecibles y completamente erráticos que no eran compatibles con este criterio.

Posteriormente en 1854 Baillarger y Jean-Pierre Falret observaron a un pequeño grupo de pacientes que presentaba un curso depresivo interrumpido de manera intermitente por breves períodos de irritabilidad, cólera, euforia y normalidad, que bien pudo ser interpretado como trastorno límite de personalidad.

En 1921 Kraepeling uso el término “Personalidad excitable”, recogiendo las características de lo que hoy se describe como TLP haciendo especial énfasis en la impulsividad, la inestabilidad afectiva, ira inadecuada y los actos autolesivos. De igual modo Schneider (1923, como se citó en Caballo et al., 2004) denominó a la personalidad que tenían estos individuos que presentaban este tipo de síntomas como: “Personalidad lábil” ya que estaba caracterizada por cambios súbitos y rápidos del estado de ánimo con reacciones sumamente violentas ante estímulos insignificantes con una tendencia hacia las reacciones impredecibles de irritabilidad.

Por otro lado Kretschmer (1925, como se citó en Caballo et al., 2004) consideró que se trataba de un temperamento mixto cicloide-esquizoide (Melancolía agitada y actitud hostil e hipocondríaca con respuesta afectiva insuficiente, con brusquedad, inquietud y severo nerviosismo). Son diferentes los autores que han tratado de describir este padecimiento, el primero fue Reich 1925, pero no fue sino hasta el año 1938 que se designó por primera vez el término “*Borderline*” por Adolf Stern para describir a un grupo de pacientes que no encajaban en las categorías de ese momento: “Neurótico” y “Psicótico”.

Es de suma importancia mencionar que existe una gran cantidad de términos y desacuerdos cuando hablamos de los orígenes del trastorno límite de la personalidad. Millón (2006) describe que existen seis tipos de enfoques que explican el trastorno límite, en la primera, Kernberg (1975) engloba diversas

patologías que son características de neurosis y psicosis, la segunda es la idea neokraepeliana que señala que los trastornos tienen un origen biológico, la tercera tendencia propone que va de la mano con la esquizofrenia debido a que se experimentan estados psicóticos, por otro lado en la cuarta se retoman los cambios emocionales, irritabilidad, excitabilidad y los estados depresivos, situándolo con esto en los trastornos afectivos, en la penúltima perspectiva se considera que está relacionada con el control de los impulsos, abuso de sustancias y personalidad antisocial, y la última supone que tiene origen con una historia sobre abuso sexual y tiene estrecha relación con el trastorno de estrés postraumático.

Con todo esto, estas bases que explican el origen del "Trastorno límite de la personalidad" se encuentran hoy día generalmente aceptadas, mientras que en otros aspectos, como su etiología y/o tratamientos, siguen aún en proceso de investigación y experimentación.

1.2 Características Clínicas

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad con frecuencia presentan una variedad amplia de síntomas y signos fáciles de distinguir, a continuación describiremos los más comunes y frecuentes bajo tres dimensiones; Conductual, Cognitiva y Emocional.

Conductual

Las características conductuales del TLP se distinguen fácilmente porque en las interacciones con las demás personas, presentan una constante búsqueda de demostración afectiva, además de poner especial énfasis y atención en situaciones que son irrelevantes para el resto. Sin embargo para ellos que están constantemente "vigilantes" de cualquier señal de abandono, resulta ser casi una tortura, que desencadena conductas manipuladoras para evitar el abandono distorsionado o en ataques de ira, e impulsividad, llegando a las autolesiones y

provocando el rechazo de las personas cercanas, esto en consecuencia solo alimenta aún más su sensación de vacío.

Cognitiva

En los aspectos cognitivos del trastorno límite nos encontramos con una extraña mezcla emocional que es el resultado de un interno y complejo mundo. Pueden presentar estados paranoides incluso en situaciones que son poco estresantes, como en la ideación del abandono o críticas por su forma de actuar o de ver la vida. La falta de una identidad estable constantemente llega a generarnos miedo, ansiedad e incluso depresión, que como consecuencia desencadena conductas hostiles y ataques de ira casi siempre incontrolables, además su introspección genera la frase “Soy una mala persona” una y otra vez lo que les hace sentirse como personas despreciables y propensas al abandono de sus personas significativas, convirtiendo todo esto en un círculo vicioso que parecen no poder controlar y mucho menos tener fin.

De igual forma se ha detectado que el TLP genera pensamientos automáticos con negativas connotaciones, lo cual nos indica la presencia de pensamientos distorsionados Beck (1990, como se citó en Caballo et al., 2004) menciona que son el resultado de una serie de esquemas, como se muestra a continuación:

Tabla 1

Crterios diagnósticos DSM V y Modos y esquemas

Pensamientos automáticos	Distorsiones Cognitivas.	Esquemas
“Me abandonarán”.	Adivinación del futuro	Infravaloración.
“Mi dolor es tan intenso que no puedo soportarlo”.	Catastrofismo	Insuficiente autocontrol
“Me abruman mis sentimientos”.	Razonamiento emocional	Insuficiente autocontrol

Pensamientos automáticos	Distorsiones Cognitivas.	Esquemas
Él/Ella es tan bueno/a que tengo mucha suerte de tenerlo/a.	Pensamiento dicotómico	Inestabilidad emocional
“Cuando me siento abrumado debo escapar (Huida o ideación suicida)”.	Razonamiento emocional	Insuficiente autocontrol
“Siempre estaré solo”.	Pensamiento dicotómico y adivinación del futuro	Infravaloración
“Soy malo y merezco el castigo”.	Condena	Culpabilidad.
“No soy capaz de controlarme”.	Falacia de control	Infravaloración
“Tengo que protegerme de la gente porque me harán daño”.	Adivinación del pensamiento	Vulnerabilidad al dolor.
“ Si realmente me conocieran no estarían conmigo”	Adivinación del pensamiento	Infravaloración

Nota Fuente: Caballo et al. (2004).

Emocional

Por último el mundo emocional del trastorno límite puede desbordarse con sorprendente facilidad, ocasionando también una inestabilidad afectiva con reacciones de exagerada ira además de bajo o nulo control de impulsos, por un lado y sentimientos de abandono, vergüenza, culpa por el otro. Es muy difícil saber con precisión la emoción y la duración del estado de ánimo en estas personas.

En la siguiente tabla se muestran algunos síntomas de acuerdo con los aspectos conductuales, cognitivos, y emocionales además de algunas reacciones fisiológicas:

Tabla 2

Clasificación de síntomas del trastorno límite de la personalidad

Conductuales	Cognitivos	Emocionales	Reacciones fisiológicas
Agresividad Aventar cosas Decir groserías a otros	“Lo odio” “ No merezco que me traten de otro modo” “No debería ser así”	Ira	Taquicardia Enrojecimiento de la piel
Llorar Dormir Aislarse	“Nadie me comprende” “No me quieren por ser como soy”	Tristeza	Alteraciones del sueño
Cortarse Auto flagelarse	“Soy una persona inútil” “No merezco que me quieran o que me traten bien”	Culpa	Déficit de atención. Tensión muscular
Amenazar con suicidarse si lo piensan abandonar	“Me va a dejar solo ”	Miedo	Sudoración.
Cambiar de imagen bruscamente Consumir drogas. Cambiar de gustos (como elegir otra carrera de estudio y abandonar la primera).	“El mundo no vale nada” “No sé quién soy ni porque estoy aquí” “Odio y quiero al mismo tiempo” “No pertenezco a este lugar”	Vacío. Desesperanza	Cambios repentinos de energía como sentirse o muy alerta y motivado o muy aburrido

Nota Fuente: Olea, Castró., (2016).

1.3 Trastorno límite de la personalidad: Criterios Diagnósticos

En el DSM-V (2014) se le clasifica en el Grupo B de los trastornos de la personalidad, y se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e intensa impulsividad, que aparecen en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en uno o varios contextos.

A continuación se presentan los principales criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad:

Tabla 3

Criterios diagnósticos

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	301.83 (F60.3)
<ol style="list-style-type: none">1. Desesperados esfuerzos por evitar el desamparo y/o abandono real o imaginado.2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.3. Alteración de la identidad: Intensa inestabilidad y persistente de la autoimagen.4. Impulsividad en más de dos áreas que son potencialmente autolesivas (p.ej. gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).5. Comportamiento, actitud, amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas.6. Inestabilidad afectiva debido a una reactividad del estado de ánimo (p.ej. Episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente dura unas horas, y días en raras ocasiones).7. Crónica sensación de vacío.8. Intenso enfado o dificultad para controlar la ira (p.ej. frecuente exhibición de mal genio, enfado constante que conlleva a peleas físicas recurrentes).9. Ideas paranoides relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.	

Nota: DSM-5 (2014).

Del mismo modo en el Manual de Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10, 2000) se incluye un trastorno similar al límite pero denominado "*F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad*". Aquí la categoría está dividida en dos tipos que comparten un patrón general de impulsividad y descontrol, la existencia de inestabilidad afectiva, poca capacidad para planificar las cosas y episodios de ira intensa y comportamientos explosivos.

A continuación se exponen los criterios del CIE-10 para su diagnóstico:

Tabla 4

Criterios diagnósticos

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
<p>F60.30 Tipo impulsivo.</p> <p>A. Deben de cumplirse los criterios generales de los trastornos de la personalidad (F60).</p> <p>B. Tienen que estar presentes al menos tres de los siguientes, de los cuales uno de ellos es el 2:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.2. Marcada predisposición a mostrar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, especialmente cuando los actos son impedidos o censurados.3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia con incapacidad de controlar las propias conductas explosivas.4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.5. Humor indeseable y caprichoso.

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

F60.31 Tipo límite

A. Deben de cumplirse los criterios generales de los trastornos de la personalidad (F60).

B. Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados en el criterio B de F60.30, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes:

1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetos, y de las preferencias íntimas (Incluyendo las sexuales).
2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que con frecuencia terminan en crisis emocionales.
3. Excesivos esfuerzos para evitar ser abandonados
4. Reiteradas amenazas o actos de autolesión.
5. Constantes sentimientos de vacío.

Nota Fuente: CIE-10 (2000).

1.4 Evaluación específica del Trastorno límite de la personalidad

Los trastornos de la personalidad se encuentran entre los trastornos mentales más complejos de evaluar, por lo general el TLP se llega a diagnosticar cuando una persona muestra los patrones y un conjunto de rasgos, síntomas y conductas autodestructivas y de impulsividad únicas características del mismo, estas perturbaciones encontradas no deben ser explicadas como la consecuencia de algún consumo de sustancias o alguna enfermedad médica, tomando en cuenta esto último, con el análisis del discurso del paciente además de la entrevista es suficiente para comenzar a sospechar un TLP, no obstante, el clínico requiere un sistema complejo para corroborar que el paciente realmente tiene los síntomas propios del trastorno.

Dos de las clasificaciones que se usan en la actualidad son las propuesta por el DSM y el CIE 10 que ya han sido descritas previamente (Manual de diagnóstico y

sistema multiaxial), se sugiere también emplear la entrevista directa donde se van realizando preguntas con el fin de corroborar o descartar los síntomas del paciente, las entrevistas pueden ser estructuradas y semiestructuradas, además también se cuenta con otros métodos para llegar a un diagnóstico específico como pruebas, cuestionarios, evaluaciones clínicas incluso instrumentos auto aplicables.

Con todo esto, no basta tener manuales, también debemos contar con pruebas proyectivas y psicométricas, e infinidad de entrevistas estructuradas, semiestructuradas y abiertas, esto para lograr alcanzar un análisis completo de la problemática que aqueja al paciente con TLP, así como lograr un diagnóstico diferencial y evaluar la gravedad de sus síntomas (Nezu et al., 2006).

Usar una entrevista estructurada puede ser útil y también un problema, esto debido a que las preguntas no se pueden ampliar en caso de que se requiera mayor información de algún área, por otro lado al abordar sólo lo deseado se puede evitar divagar con información irrelevante, es aquí donde tiene cabida la entrevista semiestructurada que tiene preguntas abiertas y cerradas además de algunas espontáneas, es importante mencionar que ayudan a crear un ambiente de mayor confianza para el paciente.

A continuación se enlistan algunos de los instrumentos para diagnóstico y evaluación.

Tabla 5

Instrumentos de evaluación general en el TLP

Nombre del Instrumento	Autor
Entrevistas	
Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad	First Michael, (1999).
<i>Personality Diagnostic Questionnaire - IV.</i> (La entrevista para sujetos límite)	Hylers., (1994).

Nombre del Instrumento	Autor
Rating Scale for Borderline Personality Disorder, (Escala de calificación para el trastorno límite de la personalidad ZAN-BPD).	Zanarini, M. C. (2003).
Cuestionarios	
Borderline Personality Inventory, BPD (Inventario de Personalidad Límite).	Leichsenring (1999).
Scale for Borderline Personality Disorder, ZAN-BPD (Escala de Zanarini para la Evaluación del Trastorno límite de la Personalidad).	Zanarini, M., C. (1993).
Cuestionario de Personalidad. EPI.	Eysenck, H. (1994)
Inventarios	
Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II). 2° Edición.	Millon, T. (1999).
Self-Harm Inventory, SHI (Inventario de autolesiones).	Sansone (1998).
The Personality Diagnostic Questionnaire: Development and Preliminary Results. (Cuestionario Diagnóstico de Personalidad.)	Steven E. Hyler (1988)
Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. EDI-2. Madrid: TEA Ediciones.	Garner, D. M. (1998)
Inventario multifario de personalidad de Minnesota-2: MMPI-2	Hathaway, S. y McKinley, J. (1995).

Nota Fuente: Caballo et al. (2004).

Los instrumentos presentados anteriormente incluyen entrevistas, inventarios y escalas y cuestionarios para facilitar la evaluación y diagnóstico del trastorno límite, debido a que los modelos y sistemas de evaluación han ido cambiando a lo largo de los años, actualmente el terapeuta puede escoger el que se adapte mejor

a las necesidades del paciente además de que puede ahorrar tiempo con la aplicación, calificación e interpretación de las pruebas para llegar a un diagnóstico preciso que lo pueda distinguir con facilidad de otros trastornos debido a la similitud de algunos patrones de comportamiento.

1.5 Prevalencia y Curso

En México se estima que cerca del 1.6 % de la población adulta sufre de TLP y de este, alrededor del 76 y 80 por ciento son solo mujeres (Secretaría de Salud, 2018). La prevalencia en su atención primaria es cerca del 6%, y del 10 % entre los individuos que acuden a los centros de salud mental, y del 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados, esta prevalencia suele disminuir entre los grupos de mayor edad. Existe una variabilidad en el curso y desarrollo del trastorno límite de la personalidad. El patrón que ha sido el más frecuente es la inestabilidad crónica en la edad adulta, con frecuentes episodios de severo descontrol afectivo e impulsivo así como altos niveles de utilización de los recursos de salud mental. El riesgo de suicidio es mayor en los adultos jóvenes y disminuye paulatinamente con la edad. Las personas que acuden a alguna intervención terapéutica, frecuentemente llegan a mostrar mejoría en algún momento en el primer año. Sin embargo, la tendencia a experimentar emociones intensas, forma de actuar de manera impulsiva y a vivir relaciones interpersonales con alta intensidad suele durar toda la vida.

Entre los 30 y 40 años, la mayoría de las personas con este trastorno logra alcanzar una sólida estabilidad en sus relaciones y funcionamiento personal. Algunos estudios de seguimiento en los pacientes ambulatorios, tratados en centros de salud mental, hospitales, clínica entre otros indican que después de 10 años de tratamiento, alrededor de la mitad de las personas ya no tienen el patrón de comportamiento que cumple con los criterios de diagnóstico del trastorno límite de la personalidad.

Se ha detectado que el trastorno límite es cerca de 5 veces más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado que en la población general. También existe un mayor riesgo a desarrollar un trastorno por consumo de sustancias, antisocial de la personalidad y trastornos depresivos o bipolares.

1.6 Diagnóstico diferencial

Frecuentemente el trastorno de la personalidad límite puede llegar a presentarse con síntomas de trastornos depresivos o bipolares, cuando se cumplen los criterios para ambos se pueden diagnosticar los dos. Debido a que el trastorno de la personalidad límite puede ser similar a un episodio de un trastorno depresivo bipolar, se debe evitar dar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad límite basándose solo en los hechos actuales, sin haber documentado antes un patrón de comportamiento y curso de larga evolución.

Entre los otros trastornos de la personalidad que pueden llegar a ser confundidos con el límite, nos encontramos con el trastorno de personalidad histriónica que se caracteriza por la búsqueda de atención, conducta manipuladora y un rápido cambio en la emociones, por suerte para los clínicos, el trastorno límite se puede diferenciar fácilmente de éste debido a que la personalidad límite se caracteriza por la auto destructividad, arrebatos de ira en las relaciones interpersonales, además de los sentimientos de vacío y miedo al abandono y soledad. Pueden aparecer también ideas paranoides que por lo general son transitorias y se modifican ante la estructuración externa. Aunque los trastornos de personalidad paranoide y narcisista se caracterizan por una intensa reactividad a los estímulos de menor importancia, la poca estabilidad de la autoimagen, falta de autodestrucción, la impulsividad y las pocas preocupaciones de abandono las distinguen del trastorno límite.

Por otra parte aunque el trastorno de la personalidad antisocial y límite se caracterizan por una conducta manipuladora, las personas con personalidad antisocial se caracterizan por manipular para obtener beneficios, poder o gratificaciones materiales, mientras que el objetivo de la personalidad límite está mucho más centrada en obtener el interés y atención de los cuidadores. Tanto el trastorno de la personalidad dependiente y límite se caracterizan por el miedo al abandono; sin embargo, la persona límite reacciona con sentimientos de vacío emocional, rabia, ira y extremas exigencias, mientras que el individuo con trastorno de personalidad dependiente lo hace con aumento de sumisión, y busca con urgencia una relación de sustitución que le proporcione cuidado y apoyo inmediato, además el trastorno límite se puede distinguir del dependiente por el clásico patrón de relaciones inestables y emociones intensas.

1.7 Tratamientos

Actualmente el trastorno límite de personalidad es uno de los retos más difíciles para la salud mental, en la psicoterapia resulta ser un trabajo agotador incluso para los propios clínicos, y el pronóstico puede ser impredecible, e incluso pueden aparecer complicaciones más graves poco después de haberse iniciado algún tratamiento, además de la conducta auto lesiva y destructiva unida con la constante posibilidad de intentos suicidas durante la intervención, dificulta aún más continuar con el tratamiento y facilita abandonarlo. Actualmente son pocos los estudios que han demostrado la eficacia de los tratamientos para el TLP.

Tratamiento farmacológico

Aunque los medicamentos psicotrópicos se describen frecuentemente, no existe aún alguno eficaz para el tratamiento de estos pacientes.

Tabla 6

Principales fármacos utilizados para tratar el TLP

ENFOQUE	TÉCNICA	OBJETIVO
FARMACOLÓGICO	Sales de litio, ácido valproico, carbamazepina, gabapentina, lamotrigina o verapamilo.	Estabilizantes del estado de ánimo
	Antidepresivos serotoninérgicos, bupropion IMAO	Para tratar la depresión, irritabilidad, hostilidad, miedos obsesivos, ansiedad y autolesiones
	Antipsicóticos a dosis bajas (de preferencia atípicos), Antipsicóticos a dosis bajas (de preferencia atípicos)	En caso de paranoia, pensamientos irracionales y desorganización del pensamiento leve
	Ansiolíticos (dosis bajas)	Ante los cuadros de ansiedad.

Nota Fuente: Caballo et al. (2004).

Muchos estudios reportan y están de acuerdo en combinar el tratamiento farmacológico y el tratamiento cognitivo conductual dado que es un hecho que en la práctica clínica se usan en combinación, no obstante, tampoco se debe de olvidar el peligro que traen los medicamentos cuando se hace mal uso de ellos.

Dentro de las terapias más aceptadas en el tratamiento de los trastornos de la personalidad nos encontramos con la terapia cognitivo conductual que integra métodos como dinámicas para clarificar y modificar los esquemas, hasta técnicas conductuales como entrenamiento en habilidades sociales o resolución de problemas. Debido a que los pacientes con TLP presentan déficits cognitivos además de bajo control de emociones, algunos autores han propuesto la terapia cognitiva como la mejor intervención. Aarón Beck (Beck et al., 2005) plantea

disminuir el pensamiento dicotómico, cambiar las suposiciones básicas, aumentar el control de las emociones e impulsos y fortalecer la identidad.

Por otro lado y en relación con los traumas y experiencias de la infancia la intervención más adecuada sería la “Terapia de esquemas”. Young et al. (2003) refieren que lo que se intenta identificar y cambiar son los esquemas tempranos desadaptativos formados desde la infancia, entre estos: miedo al abandono, falta de amor y desconfianza.

A continuación se presentan algunas de las terapias de intervención cognitivo-conductuales usadas en el tratamiento del trastorno límite.

Tabla 7

Terapias de intervención

Enfoque	Técnica	Objetivo
Psicodinámico	Psicoterapia centrada en la Transferencia (Kernberg)	Señalar e interpretar los actos defensivos. Poner límites a la agresión de manera verbal. Análisis y uso de la transferencia negativa y positiva
Cognitivo conductual	Terapia cognitiva de Beck	Cuestionamiento de los patrones de pensamiento disfuncional
	Terapia de esquemas de Young	Modificar los esquemas tempranos desadaptativos. *El TLP es consecuencia de haber dejado solo, en un mundo malévolo, a un niño del que se ha abusado. Young describe los “modos de los esquemas”
	Terapia Cognitivo Conductual dinámica de Turner.	Estrategias que implican acción, utilizan la imaginación, estrategias de codificación y procesamiento de la información.
	Formulación clínica de caso de Turkat	Tratamiento basado en la solución de problemas

	Terapia dialéctica conductual de Linehan	Mejorar la eficacia interpersonal, regular las emociones, aumentar la tolerancia ante el malestar e incrementar el autocontrol
	Terapia Cognitivo Interpersonal de Safran	Se combinan los enfoques cognitivos y de relaciones interpersonales (influido por Sullivan y Bowlby). Se menciona que la rigidez conductual característica del trastorno se debe al sentido limitado de la persona sobre lo que tiene que hacer con tal de mantener las relaciones.

Nota Fuente: Olea, Castro, (2016).

CAPÍTULO 2

Terapia cognitivo conductual en trastorno límite

El modelo de Terapia Cognitivo Conductual plantea la hipótesis en la cual, la percepción de los eventos influyen directamente sobre las emociones y el comportamiento de las personas. Con esto, los sentimientos y emociones de las personas no son consecuencia de las situaciones, sino una respuesta por la forma en que son interpretadas.

La respuesta emocional está condicionada por la percepción que se tiene de las situaciones. Los primeros terapeutas de la conducta solo se limitaron a trabajar en la conducta observable y le restaron importancia al pensamiento por décadas. A partir de la década de los años 70's algunos terapeutas comenzaron a analizar los acontecimientos privados de la mente (pensamientos, ideas, percepciones, evaluaciones y conceptos) los cuales pasaron a verse como procesos que intensificaban el efecto de algunos estímulos, lo que contribuía en gran parte a controlar y dirigir la conducta y las emociones. Beck (2000) afirma "El terapeuta cognitivo es quien se interesa particularmente por el nivel de pensamiento que opera simultáneamente con el pensamiento superficial, que resulta ser el más evidente" (p. 33).

En la Terapia Cognitivo-Conductual existen diversas técnicas de intervención, las cuales están basadas en la propia psicología cognitiva además de que algunas se han apoyado desde un inicio con las técnicas del conductismo clásico y operante.

2.1 Desarrollo histórico

El origen filosófico de la teoría cognitivo conductual viene de los Estoicos como: Zenón de Citio, Crispió, Cicerón, Séneca, entre otros. Fue Epicteto quien escribió en El Chirindion: *“Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que hacen de ellas”*.

Con esto, dependiendo de la perspectiva será la forma de reaccionar e interpretar los hechos o situaciones, por lo cual los Estoicos sostenían que se puede alcanzar la libertad y tranquilidad, solo con guiarse por los principios de la razón pura y la virtud. Por otra parte Aristóteles sostenía la idea de que el conocimiento procedía de los sentidos que se asociaban entre sí, según tres leyes: Contigüidad, Similitud y Contraste. En el siglo XVII algunos empiristas ingleses resaltaron la noción de que las emociones derivan de la libre asociación de ideas, y había que librarse de los prejuicios, si es que se deseaba adquirir nuevos conocimientos, de igual forma con Kant se introdujo por primera vez el concepto de “Esquema cognitivo” donde refiere que son entidades que contienen conjuntos de creencias nucleares relacionadas con la visión e interpretación del mundo (Meichenbaum, 1998). Con estas raíces se dio paso a un enfoque conocido como teoría cognitiva conductual, donde la teoría cognitiva se basaba en el idealismo y el racionalismo y por otro lado el conductismo en el materialismo y empirismo.

En el modelo cognitivo conductual es parte fundamental cubrir los pensamientos y manifestaciones de estos, ya que de esta forma se permite al terapeuta vincular los esquemas cognitivos y la conducta (Mahoney y Freeman, 1988).

De igual forma Kazdin (1989) destacan los fundamentos teóricos de la terapia cognitivo conductual, que se apoya en cuatro pilares: Aprendizaje clásico, operante, social y cognitivo. Con esto se deja en claro que el modelo cognitivo conductual no se ha basado solamente en la conducta y emociones, sino que trasciende además a la relación de la persona con el medio, esto nos lleva a

concluir que este modelo es incluyente en todos los aspectos en los que el ser humano se ve inmerso.

Ahora bien, en relación al trabajo psicoterapéutico, los primeros terapeutas de la conducta se centraron en la conducta observable, y restaban importancia a los pensamientos. Pero a partir de la década de los 70 varios autores comenzaron a trabajar con enfoques cognitivos como Kelly y Bandura y al hablar del enfoque totalmente cognitivo-conductual con autores como Aarón Beck.

Con todo esto, sabemos que el modelo cognitivo está basado en dos grandes tradiciones teóricas (Conductuales y Cognitivas) de ahí que dicho modelo tiene técnicas conductuales y cognitivas para el trabajo terapéutico.

2.2 Terapia conductual

Dentro de la terapia, el modelo conductual nace de los laboratorios con algunos casos clínicos, que se basaron casi en su totalidad en los trabajos de Pavlov, Skinner y Watson. Su objetivo principal era modificar los comportamientos desadaptativos, tomando como punto de partida solo la conducta y cómo se había desarrollado por factores externos a la mente, además de analizar los estímulos que llevaron a tales resultados. Muchos conductistas pensaban que debido a que no es posible medir de forma directa algunos procesos como pensamientos, motivación, emociones etc...se debería de excluir a estos procesos.

Con todo esto, la terapia conductual nació como respuesta para formular y atender a aquello por lo que las personas acuden a terapia, es decir, lo que hace o no hace y bajo qué condiciones (estímulos), en términos simplemente conductuales.

En el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, el terapeuta debe descifrar la forma de comportarse del paciente para lograr cambiar las conductas disfuncionales y autodestructivas además de entender todo el contexto en el que

se presenta la problemática, esto, con un análisis conductual o en cadena con el fin de encontrar la raíz de la conducta problema.

Una vez detectada la conducta problema se aplican algunas técnicas de modificación conductual. Cada una debe de cubrir los siguientes puntos: la finalidad para la que se enseña, la relación con el problema del paciente, en qué consiste y cómo se va a practicar en las sesiones con el terapeuta y en casa, además de los resultados que se esperan a corto y largo plazo.

Entre las tareas conductuales Beck y Freeman (1995) mencionan que las más útiles y usadas en el trastorno límite se encuentran:

- 1.- La observación y programación de actividades, permite la identificación paulatina de los cambios logrados.
- 2.- Programar actividades de dominio y de placer con el fin de aumentar la eficacia personal y validar el éxito que se ha tenido con las conductas modificadas.
- 3.- El ensayo de conductas o modelado además del entrenamiento en asertividad para desarrollar habilidades y responder de manera adecuada en situaciones problemáticas, ya sean nuevas o inesperadas.
- 4.- Entrenamiento en relajación para reducir la reacción por ansiedad ante situaciones en que no se tiene el control.
- 5.- La exposición en vivo (Terapia implosiva) en la que el terapeuta acompaña al paciente a un ambiente problemático para tratar conductas disfuncionales que no se pueden tratar sólo en el consultorio.
- 6.- Tareas graduales, esto con el objetivo de que el paciente pueda experimentar los cambios poco a poco y lograr un dominio por etapas.

2.3 Técnicas de terapia cognitivo conductual

Fontaine (1981) establece que las principales características de la terapia cognitivo conductual están basadas en sus raíces filosóficas, con esto sus aplicaciones retoman áreas biológicas, sociales y emocionales. Con base en esto, se puede tomar a la terapia cognitivo- conductual como un modelo psicoeducativo y activo, directo además de dinámico, que genera una novedosa y amplia terapia.

En el modelo cognitivo- conductual existen diversas técnicas que coinciden para resolver a las problemáticas conductuales, emocionales y afectivas de los pacientes, los métodos cognitivos tienen que ver con algunas técnicas de introspección, por ejemplo: El aquí y ahora.

Algunas de las técnicas conductuales de apoyo usadas en la terapia cognitivo- conductual son: la relajación progresiva, desensibilización sistemática, terapia implosiva o inundación, y también en la parte cognitiva técnicas como solución de problemas, inoculación al estrés, métodos de autocontrol además de la famosa reestructuración cognitiva; en donde nos encontramos con dos autores sobresalientes con su trabajo que son la terapia Cognitiva de Aarón Beck y la terapia racional emotiva con Albert Ellis.

2.3.1 Reestructuración cognitiva

En un sentido estricto la terapia cognitiva utiliza técnicas que se centran en las cogniciones del individuo, esto con el fin de cambiar sus pensamientos, emociones y conducta, de manera que se logre regular. La terapia de reestructuración cognitiva (RC) es una de las técnicas más utilizadas y está enfocada en ayudar al paciente a identificar y contrastar por sí mismo la realidad de los pensamientos distorsionados y creencias disfuncionales, sin embargo su aplicación no es nada sencilla por varios motivos, por mencionar algunos, primero se requiere tener un

excelente conocimiento del trastorno o problema a tratar, también se necesita de un buen *rapport* para mantener una interacción fluida en todo momento con el paciente.

La reestructuración cognitiva consiste en que el paciente, con la ayuda del terapeuta en un inicio, identifique y cuestione los pensamientos desadaptativos que le han generado malestar, de modo que poco a poco logren ser sustituidos por otros más apropiados y se reduzcan, la perturbación emocional y conductual, para que al final terminen desapareciendo. Los pensamientos son considerados hipótesis, y tanto terapeuta como el paciente trabajan juntos para determinar y comprobar si estas afirmaciones son correctas o falsas, esto se logra mediante una serie de preguntas y/o pequeños experimentos, con el fin de que los pacientes lleguen a una conclusión correcta que esté basada en una evidencia comprobada (Bados, 2008).

A continuación para complementar lo mencionado se describe brevemente el modelo cognitivo de Aarón Beck y algunas de las técnicas cognitivo conductuales enfocadas en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, dado que las técnicas meramente conductuales ya fueron descritas con anticipación.

2.3.1.1 Terapia Cognitivo Conductual de Aarón Beck

Aarón Beck llegó a formar parte del primer grupo de terapeutas cognitivos que se enfocaron en sistematizar los tratamientos específicos para las diversas patologías, incluidos los trastornos de la personalidad. La terapia cognitiva afirma que las cogniciones, las emociones y conductas están relacionadas de manera interdependiente (Caballo, 1998). Este modelo de terapia comienza cuando ya se han identificado y analizado los elementos cognitivos del problema. El trabajo de Beck dio paso a la sistematización de los efectos y tratamientos terapéuticos de las técnicas cognitivas en los esquemas cognitivos y creencias controladoras (Beck et al., 2005).

El enfoque de Beck para los trastornos de la personalidad es multidimensional, pero hace especial énfasis en la cognición ya que se centra en los errores o distorsiones cognitivas que determinan la forma en que el paciente interpreta la realidad. Desde la infancia todas las personas comienzan a desarrollar algunas creencias sobre ellas mismas, otras personas y el mundo. Se conoce como creencias centrales a aquellas que resultan ser tan profundas que ya son consideradas como absolutas verdades, por otra parte los pensamientos automáticos son específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición, entre estas tenemos a las creencias intermedias que consisten en actitudes, reglas y presunciones, de esta manera influyen en la manera de ver algunas situaciones e influye en cómo piensan, sienten y se comportan las personas (Beck, 2000).

Stagnaro y Conti (2004) refieren además que para Beck la personalidad solamente puede ser entendida como un conjunto de esquemas de pensamiento que a su vez le dan forma a la personalidad. Beck y Freeman, identifican ciertos esquemas para cada uno de los trastornos de la personalidad en el DSM, a excepción del trastorno límite (debido a que este es mucho menos específico), así mismo sugieren que estos son útiles para hacer un diagnóstico de los trastornos de la

personalidad, es decir los criterios diagnósticos del DSM pueden ser complementados al identificar dichos esquemas (Caballo, 1998).

A continuación se presenta brevemente los esquemas según Freeman y Beck (Caballo, 1998) para cada uno de los trastornos de la personalidad:

Paranoide: *“Tengo que mantenerme vigilante en todo momento”*

Esquizoide y esquizotípico: *“Las relaciones interpersonales son solo un lío”*

Antisocial: *“Solo las personas fuertes sobreviven”*

Histriónico: *“Tengo que ser el centro de atención”*

Narcisista: *“Soy superior y tengo derecho y privilegios especiales”*

Por evitación: *“Soy inepto e indeseable en las situaciones sociales”*

Dependiente: *“Soy débil y no puedo hacer nada solo”*

Obsesivo-Compulsivo: *“No puedo tener fallas o errores ya que son intolerables”*

En la terapia para los trastornos de la personalidad, el primer paso del tratamiento cognitivo es identificar y evaluar los esquemas, después se afrontan dentro de una relación de colaboración con el terapeuta. Beck sugiere que la relación sea más cálida y profunda que con los demás trastornos ya que el terapeuta se familiarizará totalmente con la vida del paciente además de llegar a asumir el papel de padre o tutor, educando al paciente en las relaciones interpersonales y demás asuntos. Se enseña a controlar los pensamientos automáticos e identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, con el fin de sustituirlos por pensamientos más apegados a la realidad, se sugiere que el paciente tenga un registro diario de pensamientos, anotando los progresos en terapia y aplicación de las técnicas que le han funcionado, no solo en consulta sino en su rutina cotidiana. Además de las técnicas cognitivas se puede emplear la representación de papeles, imaginación; como revivir las experiencias infantiles, con el propósito de lograr desarrollar un autoconcepto positivo de uno mismo.

Beck et al. (1979) desarrolló sus propuestas en un inicio para el tratamiento de la depresión, a esto se conoce como triada cognitiva que incluye una visión negativa

de: A) De sí mismo, B) Del mundo y las experiencias presentes, C) El futuro, no obstante, se puede aplicar para cualquier otro trastorno donde existan distorsiones cognitivas o de pensamiento.

2.3.1.2 Reducción del pensamiento dicotómico “Todo o nada”

Una vez logrado el diagnóstico del TLP en el paciente, la intervención inicial debe centrarse en cambiar el sentido de la identidad, creencias y los supuestos inadaptados, además de proveer al paciente de un adecuado control y manejo emocional (Beck et al., 2005). Los modelos de intervención propuestos por estos autores son compatibles con el modelo cognitivo de Beck. En la intervención cognitiva se postula que el pensamiento dicotómico tiene un papel esencial y fundamental ya que es el causante de generar los cambios de humor y ánimo tan característicos del trastorno límite. Cuando se comienza a reducir el pensamiento dicotómico en las sesiones de terapia, los síntomas disminuyen y es mucho más fácil encontrar intervenciones y soluciones.

Con esto el primer paso es establecer una relación terapéutica cooperativa entre paciente y terapeuta con la comprensión mutua del problema a tratar, esto no es algo tan sencillo de lograr debido a que el terapeuta forma parte de un peligroso y dañino mundo ante los ojos del paciente límite, con esto es más que suficiente para hacerlo dudar en depositar su confianza en el profesional, creando un sentido de ambivalencia en donde por un lado tenemos el desesperado deseo de ayuda del paciente y por el otro el miedo y temor, es precisamente debido a esto que se requiere de un esfuerzo enorme de ambas partes para alcanzar la confianza y una estable relación de trabajo.

El pensamiento dicotómico se conoce como una tendencia a evaluar las situaciones o experiencias de forma extrema y excluyente para interpretar la realidad, es decir, todo es “Blanco o Negro” sin ninguna posibilidad de algún matiz grisáceo. El trabajo para reducir el pensamiento dicotómico trata en primer lugar

en enseñar al paciente sobre la forma en que piensa y la importancia de dejar de hacerlo, esto se puede lograr pidiendo al paciente hacer definiciones sobre alguna situación y detalle lo más preciso posible, con el fin de demostrar que existen términos medios, con esto se sabrá si el pensamiento del paciente es dicotómico además de validar si está basado en alguna realidad objetiva o no. (Beck et al., 2005).

Este enfoque facilita moldear la resistencia que se encuentra al trabajar y cambiar el pensamiento acerca de que no todas las cosas son blancas o negras o es todo o nada. Como resulta ser casi imposible que las personas conocidas del paciente caigan en las mismas tendencias de pensamiento, resulta sencillo enseñar a los pacientes límite a cuestionar sus propios patrones de pensamiento dicotómico, no obstante podría ser necesario que el terapeuta emplee este método con varios ejemplos antes de que el paciente trabaje solo.

Una vez que el pensamiento dicotómico ha empezado a descender notablemente, también lo harán las reacciones emocionales y los cambios del estado de ánimo lo cual nos indica un progreso óptimo y enfocado, además el paciente también puede lograr un control emocional al mejorar su capacidad crítica, esto trabajando con sus propios pensamientos en las situaciones que generan problema y aprendiendo modos adaptativos para expresarse, esto último debido a que muchos pacientes límite consideran que al expresar sentimientos como la ira de forma inmediata les producirá rechazo. Tanto en la terapia individual como en la grupal, la relación terapéutica proporciona una buena oportunidad de trabajar en vivo el control de las emociones, esto debido a que la terapia es un lugar en el que el paciente puede expresarse de manera abierta y sin temor alguno de consecuencias en un futuro. Para lograr todo esto, el terapeuta pregunta al paciente cómo se siente cuando aparecen situaciones que pueden llegar a producir fastidio o molestias, el terapeuta acepta las emociones que el paciente ha expresado naturalmente y moldea las respuestas más adecuadas a esa expresión además de dar retroalimentación, esto también se puede realizar de forma más rápida con técnicas de dramatización o visualización (Beck et al., 2005).

2.3.1.3 Detención del pensamiento

La detención del pensamiento es un método simple que ha demostrado una alta efectividad al momento de detener algunos pensamientos. Esta técnica fue sugerida por primera vez por Bain en su libro *Thought Control in Everyday Life* (como se citó en Ruiz et al., 2012).

En la década de los 50 fue popularizada por Wolpe, al ser presentada como una estrategia de intervención, el tratamiento requiere que el paciente identifique los pensamientos perturbadores, así como las sensaciones que le siguen, se hace una lista de los pensamientos que el paciente considera fuera de su control considerando también las consecuencias.

Una vez identificados los pensamientos que provocan molestia al trabajar se pide al paciente que cierre los ojos y cuando el terapeuta se lo indique comience a pensar en voz alta en el pensamiento previamente identificado, por ejemplo; “No sirvo para nada”. Antes de terminar la frase el terapeuta grita: ¡Basta!

A continuación el paciente abre los ojos y el terapeuta pregunta al paciente si ha logrado detener sus pensamientos, se repite el mismo proceso, además se pueden emplear escenas agradables que el paciente podría imaginar después de detener el pensamiento. En una sesión se suelen repetir este proceso entre 10 y 12 veces, No obstante, si el pensamiento es persistente se pueden formular objeciones como: ¿Me sirve de algo pensar en esto ahora?

En el caso de los pacientes límite, se puede trabajar en sesión cuando tenga emociones de ira, celos y depresión, con pensamientos como: “seguro está con alguien más”, “no me puedo controlar”, “esto no es justo”, “me va a abandonar”, “esto no vale la pena”, “me lo merezco”. Se analizan los resultados con las ventajas y desventajas obtenidas, se debe de señalar al paciente que esta técnica solo debe de aplicarse en momentos específicos como en la mañana y tarde y que la práctica constante hará posible el dominio de estos pensamientos indeseados.

3. Terapia dialéctico conductual de Linehan

La terapia dialéctico conductual (TDL) es una terapia psicológica de tercera generación desarrollada por Linehan para tratar frecuentes síntomas del trastorno de la personalidad límite como: inestabilidad afectiva, control de impulsos, autolesiones y dificultades en las relaciones interpersonales etc...Esta terapia combina además técnicas cognitivo conductuales con aproximaciones zen y budistas integrando conceptos como atención plena, valores, aceptación y compromiso (De la vega y Sánchez, 2013).

El tratamiento parte del supuesto de que los comportamientos autolesivos son aprendidos para manejar las emociones negativas intensas, el propósito principal es que el paciente desarrolle habilidades que le permitan regular su conducta y emociones, para lograr esto se requiere que tanto el paciente y terapeuta definan los objetivos, dando primordial importancia en tratar las conductas amenazantes para la vida del paciente.

De acuerdo con Linehan 1993 la TDC se compone de cuatro módulos básicos de habilidades específicas que están basadas en las habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y de tolerancia al malestar, cada uno de estos requiere al menos de 8 sesiones de entrenamiento.

Montgomery (2007) refiere que todos los pacientes límite tienen la difícil tarea de mantener bajo control sus conductas, sobre todo aquellas que ponen en riesgo su vida debido a que han sido aprendidas, es debido a esto que la TDC organiza el tratamiento en 4 etapas con sus propios objetivos:

- 1.- Pasar de tener conductas fuera de control a bajo control y dominio.
- 2.- Cambiar las emociones y experimentarlas plenamente.
- 3.- Formar una vida ideal y resolver los problemas.
- 4.- Pasar de la falta de sentido a la plenitud.

CAPÍTULO 3

Terapia cognitiva centrada en los esquemas

La terapia de esquemas es una terapia que surgió en la década de los 90's como una respuesta de tratamiento para los pacientes con padecimientos crónicos, considerados difíciles de tratar, por ejemplo los trastornos de la personalidad, esta nueva terapia integra y combina elementos de las viejas escuelas; cognitivo-conductuales, Teoría del apego, Gestalt, Constructivistas y elementos psicodinámicos (Young et al., 2003).

Este enfoque de terapia da especial atención a los llamados "Esquemas disfuncionales" los cuales tienen en teoría su origen en la infancia temprana y en la adolescencia del paciente, de igual forma se analizan los estilos y respuestas de afrontamiento que influyeron para que dichos esquemas se desarrollaran y acomodaran a tal punto que se lograran mantener hasta la edad adulta, que es por lo general la etapa en que los pacientes comienzan a buscar ayuda profesional.

Los esquemas pueden llegar a tener distintos grados de gravedad, además de presentar por lo general, constante resistencia al cambio, la terapia de esquemas reconoce que los trastornos de la personalidad y otras alteraciones del Eje I (Sistema multiaxial) son desviaciones integradas por esquemas, esto hace que la recaída sea frecuente y continua, debido a una falta de descenso de la misma intensidad esquemática. En un inicio fue enfocada como una terapia para los trastornos de la personalidad, pero en la actualidad también es utilizada para tratar los trastornos de ansiedad, somatomorfos, depresión, del estado de ánimo, sexuales, alimentarios, además del abuso y consumo de sustancias, en estos últimos casos los tratamientos han sido cortos (20 sesiones) y han logrado reducir los síntomas, desarrollar habilidades y estilos de afrontamiento eficaces para tratar las problemáticas de los pacientes (Young et al., 2003).

3.1 Desarrollo histórico

La terapia de esquemas evolucionó a partir del tratamiento cognitivo conductual de Beck, esto fue debido a que las estrategias cognitivo conductuales habían resultado ser altamente efectivas para muchos pacientes con trastornos como; estado de ánimo, ansiedad, sexuales, trastornos alimentarios, somatoformos y de consumo de sustancias, a pesar de esto para otros no era funcional, por ejemplo; en la depresión, la tasa de éxito con el tratamiento cognitivo conductual es de poco más del 60% después del tratamiento, pero la tasa de recaída es del 30% poco después de 1 año lo que dejaba a un número significativo de pacientes sin un tratamiento exitoso (Young, et al., 2003).

Por estas razones Young elaboró la terapia de esquemas para tratar a pacientes con problemas crónicos que no estaban respondiendo o mejorando con la terapia cognitiva conductual tradicional, se llamó a estos últimos: "Fracasos cognitivos". Young desarrolló la terapia de esquemas como un enfoque sistemático para ampliar la terapia cognitivo conductual, integrando con esto técnicas de múltiples escuelas de terapia. Esta nueva terapia puede ser breve, intermedia o incluso de larga duración (esto depende del paciente), es posible ampliarla para dar especial atención a los orígenes infantiles y adolescentes de los problemas psicológicos del paciente con el objetivo de introducir técnicas emotivas, mejorar la relación paciente- terapeuta y evaluar los estilos de afrontamiento que son disfuncionales y se deben de trabajar.

Una vez que se han eliminado los síntomas la terapia de esquemas es excelente para el tratamiento de los trastornos del Eje I y II (Trastornos de la infancia o adolescencia y de la personalidad) esta terapia puede trabajarse con la terapia cognitivo conductual y la medicación psicotrópica, no obstante es importante y fundamental mencionar que esta terapia ha sido diseñada para tratar los síntomas crónicos de los trastornos y no los síntomas psiquiátricos que son agudos, ayuda además al paciente y al terapeuta a dar sentido a los problemas crónicos y

organizarlos de un modo mucho más comprensible para ambos, este modelo realiza un rastreo de los esquemas desde la infancia temprana del paciente hasta el presente del mismo, poniendo especial énfasis en las relaciones interpersonales, una vez que se ha identificado el esquema, el terapeuta genera una alianza con él, en una lucha recurriendo a estrategias cognitivas, afectivas, conductuales e interpersonales.

Cuando los pacientes repiten los patrones disfuncionales basados en sus esquemas, el terapeuta debe de confrontarlos de manera empática para justificar su cambio, una forma de hacerlo es mediante la “Reparentalización limitada” donde el terapeuta genera un antídoto parcial para las necesidades que no fueron satisfechas en la infancia o adolescencia del paciente al que está tratando en sesión (Young, 2015).

3.2 Definición de los esquemas de Young

El término “Esquema” se ha utilizado en muchas áreas de estudio, hablando de forma general un esquema es un marco mental cognitivo o conceptual que nos permite la asimilación e interpretación de la información. Nussbaum (1994, como se citó en Young, 2015) menciona que los estoicos en la filosofía griega, especialmente Chrysippus (279-206) a.C. presentaron los principios de la lógica con “Esquemas inferenciales”.

En psicología, un esquema es una representación de ciertas características o rasgos distintivos, muy probablemente este término se asoció por primera vez con Piaget, quien habló de esquemas dentro de los cuatro estadios del desarrollo cognitivo infantil, en 1967 Beck también se refirió a esquemas en algunos de sus primeros trabajos.

Young supuso que algunos de estos podrían ser el núcleo de los trastornos de la personalidad, para trabajar con esta idea, definió una serie de esquemas, el cual él mismo denominó: “Esquemas Precoces Desadaptativos” que cumplen con los siguientes criterios:

- Son un patrón ampliamente generalizado.
- Están contruidos por recuerdos, emociones cogniciones y sensaciones.
- Relativos a uno mismo y a la propia relación con los demás.
- Se desarrollan durante la infancia y/o adolescencia.
- Son significativamente disfuncionales.

En resumen los esquemas precoces desadaptativos son patrones conductuales, cognitivos y emocionales que aparecen en el inicio de nuestro desarrollo, no todos tienen origen en un trauma o maltrato infantil, por ejemplo, un paciente puede desarrollar un esquema de dependencia/incompetencia sin haber experimentado alguna experiencia traumática en su infancia, incluso estando sobreprotegido, sin embargo, como ya se mencionó aunque no tengan un trauma en su origen todos

resultan ser destructivos y la mayoría han sido causados por experiencias que se repitieron de manera frecuente en la infancia o adolescencia generando así la aparición del esquema completo.

Estos esquemas precoces luchan por mantenerse hasta la edad adulta debido a que se perciben como “Lo correcto” ya que los pacientes se sienten arrastrados constantemente hacia las situaciones que los activan, además se consideran como verdades absolutas, de aquí una de las principales razones por las que resulta ser tan difícil modificarlos.

Los esquemas se consideran dimensionales lo cual implica diferentes niveles de gravedad, cuando más grave sea, mayor será el número de situaciones que puedan activarlos.

3.3 Orígenes de los esquemas

Los esquemas se derivan de necesidades emocionales del crecimiento insatisfechas muy probablemente durante la infancia temprana del paciente que pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. Vínculos seguros con los demás.
2. Autonomía, competencia y sentido de identidad.
3. Autoexpresión de las emociones y necesidades.
4. Autoestima.
5. Límites realistas y adecuado autocontrol.

Además de estas necesidades se han encontrado cuatro experiencias que ayudan a fomentar la adquisición de esquemas que se explican a continuación:

- Frustración de necesidades: Se produce cuando el niño experimenta muy poco de algo y con esto termina adquiriendo esquemas de abandono.
- Traumatización o victimización: Al niño se le hiere o victimiza, desarrollando esquemas como la desconfianza /abuso, imperfección/vergüenza.
- Exceso de algo bueno: el niño es consentido y mimado generando esquemas de grandiosidad/autorización.
- Identificación con otras personas significativas: El niño identifica e internaliza los pensamientos, sentimientos y conductas de los padres generando privación emocional.

Por otro lado, además de las experiencias infantiles tempranas, el temperamento biológico del niño desempeña un papel fundamental en el desarrollo de los esquemas. Cada niño tiene una personalidad única que lo distingue de los demás, algunos son más irritables o pacíficos, que otros, los diferentes temperamentos exponen a los niños a diferentes circunstancias. Por ejemplo, un niño agresivo tendría una mayor probabilidad de producir abuso físico por haber tenido un padre violento que un niño pasivo, con base en esto dos pacientes en la edad adulta podrían responder de modo totalmente distinto al mismo tratamiento.

A continuación se presentan algunas dimensiones del temperamento emocional según Young (Rodríguez, 2009), que se consideran innatas y difíciles de cambiar solamente con psicoterapia:

Lábil = No reactivo
 Distímico = Optimista
 Ansioso = Calmado
 Obsesivo = Distráido
 Pasivo = Agresivo
 Irritable = Alegre
 Vergonzoso = Sociable

Este temperamento interactúa con las experiencias infantiles facilitando la formación temprana de los esquemas ya que los expone a circunstancias vitales. Por ejemplo, pensemos en dos niños que son rechazados por su madre; el niño vergonzoso se aísla y es aún más dependiente en la edad adulta y por otro lado el niño sociable se aventura y establece otras relaciones afectivas generando independencia (Young, 2015).

3.4 Dimensión y clasificación de los esquemas precoces desadaptativos

En el modelo de Young, nos encontramos con 18 esquemas que se agrupan a su vez en cinco dimensiones de necesidades emocionales que denominamos “Dimensiones de esquemas” estas describen, a su vez, las relaciones tempranas disfuncionales con familiares y amigos, donde se encuentran los orígenes del esquema, así como el funcionamiento interpersonal del paciente adulto.

A continuación se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 8

Dimensión y clasificación de los esquemas precoces desadaptativos

Dimensión	Esquema de Young
1) Desconexión y rechazo	1. Abandono/Inestabilidad Es la percepción de inestabilidad o desconfianza hacia las personas de que se dispone de apoyo en relación con los demás.
	2. Desconfianza/Abuso Es la expectativa de que los otros lo herirán, o

Dimensión	Esquema de Young
<p>Es la expectativa de que las propias necesidades de seguridad, protección, estabilidad, empatía, aceptación y respeto, no serán satisfechas de un modo previsible. La familia de origen es distante, fría, reservada, solitaria con tendencia al rechazo, etc...</p>	<p>abusarán, humillarán, burlarán, mentirán o se beneficiaran de uno.</p>
	<p>3. Privación emocional Es la expectativa de que sus deseos propios de tener un grado normal de soporte emocional (cuidado, empatía o protección) no se satisfarán adecuadamente con los otros.</p>
	<p>4. Imperfección / Vergüenza El sentimiento de que uno es defectuoso, malo, no querido, inferior o inválido en aspectos importantes; o de que uno sería no querido de forma significativa por los demás si se muestra tal como es.</p> <p>5. Aislamiento social/Alienación La sensación de que uno está aislado del resto del mundo, diferente de los demás y no participa o forma parte de ningún grupo.</p>
<p>2) Deterioro en autonomía y ejecución</p> <p>Expectativas sobre uno mismo y el contexto que interfiere con la propia capacidad para funcionar de manera independiente o actuar satisfactoriamente. La familia de origen es complicada, debilita la</p>	<p>6. Dependencia/Incompetencia Es la creencia de que uno es incapaz de realizar sus responsabilidades diarias de forma competente, sin la ayuda de los demás.</p> <p>7. Vulnerabilidad al peligro y/o enfermedad Miedo exagerado a que una catástrofe podría ocurrir en cualquier momento y que no será capaz de prevenirla. Los miedos más comunes son médicos, emocionales, naturales/fobias.</p> <p>8. Apego confuso y/o inmaduro Es la excesiva implicación y relación emocional con una o más personas, conlleva la creencia de que uno de</p>

Dimensión	Esquema de Young
<p>confianza del niño, demasiado sobreprotectora y no lo fuerza para que actúe de manera competente fuera de la familia.</p>	<p>los individuos a los que se siente unido no podrá sobrevivir o ser feliz sin el constante apoyo del otro.</p> <p>9. Fracaso Es la creencia de que uno ha fracasado, e inevitablemente fallará en el futuro y será un compañero inadecuado.</p>
<p>3) Límites deficitarios</p> <p>La deficiencia en los límites internos conduce a dificultades para respetar los derechos ajenos, para cooperar con los demás, la familia de origen se caracteriza por el exceso de indulgencia, falta de disciplina y de poner límites.</p>	<p>10. Grandiosidad</p> <p>Es la creencia de que uno es superior a los demás, y eso le da derecho a privilegios y derechos especiales; o no tener que limitarse por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual.</p> <p>11. Insuficiente autocontrol o autodisciplina Es la dificultad persistente o rechazo al hacer uso del autocontrol y tolerancia a la frustración para conseguir sus propios objetivos personales.</p>
<p>4) Dirigido por las necesidades de los demás.</p> <p>Un exceso de atención en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás aun a costa de las propias</p>	<p>12. Subyugación. Ceder excesivamente al control de los demás con el propósito de evitar la ira o el abandono. Las dos formas más importantes son la subyugación de necesidades y de emociones.</p> <p>13. Auto sacrificio Exceso en satisfacer voluntariamente las necesidades de los demás en situaciones cotidianas a expensas de la propia gratificación.</p>

Dimensión	Esquema de Young
<p>necesidades con el fin de obtener aprobación, amor y evitar represalias o el abandono.</p>	<p>14. Búsqueda de aprobación/ de reconocimiento. Excesivo énfasis en encontrar aprobación, reconocimiento, o atención en los demás, o en llevarse bien, a expensas de desarrollar un sentido seguro y verdadero de uno mismo. Su autoestima depende principalmente de las reacciones de los demás más que de sus propias inclinaciones naturales.</p>
<p>5) Hipervigilancia e inhibición Excesivo énfasis en suprimir los propios sentimientos, impulsos o alternativas espontáneas por satisfacer metas y expectativas rígidas e inflexibles.</p>	<p>15. Negatividad o pesimismo Una penetrante focalización de toda la vida en los aspectos negativos de la cotidianidad, mientras minimizan o niegan los aspectos positivos u optimistas, o una exagerada expectativa de que las cosas saldrán seriamente mal.</p> <p>16. Inhibición emocional Excesiva inhibición de la acción, sentimientos o comunicación, por lo general para crear un sentimiento de seguridad y pronóstico; o para evitar cometer errores, la desaprobación de los demás o la pérdida de control de los propios impulsos.</p> <p>17. Metas inalcanzables/Hipercriticismo Es la creencia profunda que uno debe esforzarse por encontrar estándares internos de conducta y rendimientos demasiado elevados, para evitar las críticas.</p> <p>18. Castigo Es la creencia de que las personas deben de ser duramente castigadas al cometer errores.</p>

Nota: Young, J. E. (2015).

Muchos de los esquemas desadaptativos presentados tienen el potencial para interferir con la terapia cognitivo conductual, esto es debido a que los esquemas dificultan que los pacientes tengan algún progreso en terapia, por ejemplo algunos pacientes que presentan esquemas disfuncionales en la dimensión de desconexión y rechazo (Sea por abandono, desconfianza privación o imperfección) pueden ser incapaces de establecer el vínculo de cooperación con el terapeuta que es tan necesario para trabajar, además la terapia cognitiva supone que los pacientes pueden cumplir con procedimientos terapéuticos, los pacientes con esquemas en el dominio de los límites deficitarios carecen de la motivación y disciplina para hacerlo.

3.5 Estilos y respuestas de afrontamiento

Los pacientes desarrollan estilos y respuestas de afrontamiento disfuncionales desde muy temprana edad con el propósito de adaptarse a sus esquemas, con esto el esquema genera la conducta; *la conducta no es parte del esquema, es parte de la respuesta de afrontamiento.*

Existen tres estilos diferentes desadaptativos de afrontamiento ante la frustración de las necesidades emocionales no satisfechas, estos suelen ser adaptativos en la infancia y se pueden considerar como estilos de supervivencia saludables, no obstante pasan a ser desadaptativos conforme el niño crece. Young y Klosko (2007) los refieren de la siguiente manera:

1. Rendición al esquema

Es cuando los pacientes caen rendidos y sumisos ante un esquema y lo mantienen, no se esfuerzan por evitarlo ni luchar contra él, lo aceptan como una

verdad absoluta intachable, repiten los patrones y las experiencias infantiles constantemente hasta la edad adulta.

2. Evitación del esquema

Los pacientes recurren a la evitación como estilo de afrontamiento, organizan sus vidas de manera que el esquema no se llegue a activar nunca, viven como si el esquema no existiera, evitando pensar en él, bloqueando pensamientos e imágenes relacionados con el esquema, distrayéndose o sacándolos de la mente, además de ocultarlos cuando comienzan a aparecer en la superficie.

3. Sobrecompensación del esquema

El paciente lucha contra el esquema pensando, sintiendo, actuando y relacionándose como si lo contrario al esquema fuera lo correcto y verdadero, procuran ser lo más diferente posible u opuesto a los niños que fueron cuando se formó el esquema, su conducta suele ser exagerada y contraproducente.

Finalmente se denomina respuestas de afrontamiento a las conductas concretas que se desarrollan de acuerdo a los esquemas y a los estilos de respuesta de cada paciente (Young & Klosko, 2007).

Para lograr una mejor comprensión de los conceptos descritos se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 1 Estilos de afrontamiento inadaptados



Nota. Fuente López et al. (2011).

3.6 Diagnóstico y modos de esquema en el paciente límite

Dentro del tratamiento para el paciente límite, la primera etapa es la evaluación del mismo, esto con el fin de poder identificar los esquemas centrales de la vida del paciente, unirlos con sus problemas actuales, además de identificar los estilos de afrontamiento que son disfuncionales. La evaluación implica un trabajo conjunto, donde el terapeuta debe de identificar las áreas que causan malestar en la vida del paciente, además de poner especial atención a los estilo de afrontamiento que se deben trabajar (López et al., 2011).

Para lograr esto se cuenta con diferentes recursos como:

1. Aplicación de cuestionarios.
2. Ejercicios de imaginación.
3. Observación de la conducta en la terapia.
4. Relato de historias.

A continuación se presentan algunos de los cuestionarios de evaluación de esquemas.

Tabla 9

Cuestionarios de evaluación de esquemas

Nombre	Año	Ítems
Inventario de Estilos Parentales de Young	1994	72
Inventario de Evitación de Young y Ryght	1994	40
Inventario de Compensación de Young	1995	48
Historia Multimodal de vida	2000	N/A
Cuestionario de Esquemas de Young	2001	205
El Inventario de modos de esquema	2007	124

Nota: Fuente López et al. (2011).

Con todo esto se ha identificado al menos cuatro categorías que distinguen al paciente límite, que a continuación se describen brevemente:

Niño abandonado

Es el niño interior que sufre, es la parte del paciente que siente el dolor y terror asociados con la mayoría de los esquemas, incluyendo abandono, abuso (sexual en ocasiones), privación, defectos.

Niño enojado e impulsivo

Cuando los pacientes están en este modo, expresan su ira de maneras exageradas, parecen enfurecidos, exigentes, devaluadores, controladores o abusivos, además de actuar impulsivamente para satisfacer sus necesidades.

Padre punitivo

La función de este modo es castigar al paciente límite por hacer algo “incorrecto”, causando enojo y castigos como autolesionarse o matarse de hambre para compensar el no poder expresar las necesidades que sus padres no les permitieron en la infancia.

Protector separado

La función principal de este modo es cortar sus necesidades emocionales básicas, y desconectarse de los demás comportándose sumisamente evitando el castigo, cuando los pacientes están en este modo en terapia son “Buenos pacientes”.

En la siguiente tabla se enumeran los criterios diagnósticos del DSM V para el TLP emparejado con las cuatro categorías descritas previamente: Niño abandonado, enojado, el padre punitivo y el protector separado.

Tabla 10

Criterios diagnósticos DSM V, Modos y esquemas

Criterios diagnósticos DSM V	Modos y esquemas
1. Esfuerzos frenéticos para evitar situaciones reales o imaginarias.	Modo niño abandonado.
2. Un patrón de inestabilidad e intensidad relaciones interpersonales caracterizadas alternando entre los extremos de Idealización y desvalorización.	Incluye todos los modos, son los cambios rápidos de un modo a otro modo de inestabilidad. Por ejemplo, el niño abandonado idealiza a los cuidadores, y el niño enojado los desvaloriza.
3. Alteración de la identidad: marcada y autoimagen persistentemente inestable.	A. Modo protector separado. (Estos pacientes deben complacer a los demás y no se les permite ser ellos mismos, no pueden desarrollar una identidad segura). B. Cambiar constantemente de uno modo no integrado a otro, cada uno con su propia visión del yo, también conduce a una autoimagen inestable.
4. Impulsividad (p. ej., gastar dinero,	A. Modo niño enojado e impulsivo (para

Criterios diagnósticos DSM V	Modos y esquemas
sexo promiscuo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).	expresar enojo o satisfacer sus necesidades). B. Modo protector separado (para calmarse a sí mismo o romper la calma).
6. Inestabilidad afectiva por marcada reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos disforia, irritabilidad o ansiedad).	A. Hipótesis biológica intensa y lábil temperamento. B. Cambio rápido de modos, cada uno con su propio afecto distintivo.
7. Sentimientos crónicos de vacío.	Modo Protector Separado. (El corte de las emociones y la desconexión de los demás conducen a sentimientos de vacío).
8. Ira o dificultad inapropiada e intensa controlar la ira.	Modo niño enojado.
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos severos.	Cualquiera de los cuatro modos (cuando el afecto se vuelve insoportable o abrumador).

Nota: Young et al. (2003).

Cuando un paciente límite presenta tendencias suicidas, el terapeuta debe identificar qué modo está causando este impulso, por ejemplo, si viene del modo del padre punitivo y es un castigo, o este viene del modo del niño abandonado como un deseo de poner fin a la dolor de insoportable de soledad, etc..

El paciente tiene una razón diferente para querer intentar suicidarse en cada uno de los cuatro modos, y el terapeuta debe de trabajar el impulso suicida de acuerdo con el modo que lo está causando.

3.7 Tratamiento del paciente límite desde la terapia de esquemas

El objetivo principal del tratamiento con el paciente límite es ayudarlo a alcanzar el modo “Adulto sano”, para lograr esto el terapeuta explica los modos del esquema al paciente que se deben de trabajar y reestructurar los esquemas que se han encontrado: niño abandonado, enojado e impulsivo, adulto punitivo, protector separado, para lograr esto se emplean varias técnicas.

Estrategia experiencial

Usando los recursos del psicodrama: Diálogos, re-actuación parental, recuerdos traumáticos y modificación de patrones con la imaginación. El primer paso del terapeuta, es empatizar con el paciente y hacerlo sentir comprendido y protegido. El terapeuta pide al paciente cerrar los ojos y evocar imágenes para recrear las escenas traumáticas de abuso o abandono en la infancia, una vez iniciado el ejercicio de imaginación, el terapeuta comienza la intervención entrando en las imágenes y saca al niño de la escena, confronta al perpetrador, además de interponerse entre ambos, de esta forma se capacita al paciente para manejar la situación, moldear y cambiar sus esquemas, el trabajo experiencial también puede ayudar al paciente a manejar situaciones perturbadoras en su vida actual.

El paciente puede además trabajar sus temores, generando imágenes y escenas con juegos de roles con el terapeuta (Role-Playing). En ocasiones, el paciente juega en cualquier modo, mientras el terapeuta juega al adulto sano, y en otras, el paciente expresa, a su vez, sentimientos y deseos conflictivos que tiene en cada modo; entonces, a través del modo dialoga y negocia una respuesta sana a la situación (Young et al., 2003).

Estrategias cognitivas

Según lo expuesto por Young y Klosko (2007, como se citó en López et al., 2011) el objetivo principal de la utilización de estrategias cognitivas es poner a prueba lo

inadecuado de los esquemas desde la terapia cognitiva. Para ello es necesario conocer a detalle las experiencias que han mantenido al mismo.

Las técnicas que se utilizan vienen de la terapia cognitiva, siendo las más usadas las siguientes:

1. Revisar cada una de las evidencias y argumentos a favor y en contra del esquema, hacer una lista de ellas y discutir las (Debate socrático).
2. Escribir y disponer de tarjetas de afrontamiento (por ejemplo: flashcards) donde se pueden leer los argumentos y pensamientos apropiados para enfrentar el esquema cuando se activa.
3. Evaluar las ventajas contra las desventajas de los estilos de afrontamiento del paciente
4. Discutir y evaluar nuevas interpretaciones posibles de las evidencias presentadas a favor del esquema, de acuerdo a puntos de vista más válidos.
5. Registro en donde el paciente registra: disparador, emoción, pensamiento, conducta real, esquemas, punto de vista saludable, consideraciones realistas, sobre-reacciones, conducta saludable.

Estrategias conductuales

Las estrategias conductuales funcionan para modificar las conductas que son disfuncionales y que pertenecen a los estilos de afrontamiento del paciente (rendición, evitación o sobrecompensación) con el fin de que sean reemplazados por estilos mucho más eficaces y sanos (López et al., 2011).

Una vez que el terapeuta ha comprobado que el paciente límite ha aprendido a reconocer sus esquemas desadaptativos, orígenes, emociones y pensamientos. Puede entonces comenzar la etapa de modificación en sus respuestas inadaptadas la cual se realiza de la siguiente manera:

1. Elaborar una lista de todas conductas que deben ser objeto de cambio.
2. Elegir la conducta a modificar, paciente y terapeuta decidirán cuál será la

primera conducta a cambiar.

3. Generar motivación, esto para lograr que paciente y terapeuta puedan trabajar juntos en una lista de ventajas y desventajas de seguir con la misma conducta y de cambiarla.

4. Implementar recursos de cambio más eficaces, para este proceso existen los recursos conocidos de las terapias cognitivas conductuales que ya mencionamos anteriormente.

5. Trabajar con obstáculos, esto debido a que en ocasiones cuando el paciente no hace las tareas, lo mejor es investigar los motivos, puede haber causas externas, como acontecimientos imprevistos, una planificación poco clara o precisa, tareas excesivamente difíciles, etc. Pero también puede haber causas internas, como pensamientos, supuestos, esquemas, etc. del paciente referentes a la tarea por realizar.

Aunque estas técnicas se pueden introducir en cualquier momento del tratamiento en el que el paciente esté dispuesto a probarlas, normalmente intentamos enseñar a los pacientes desde el principio, durante las primeras sesiones.

El tratamiento con el trastorno límite de la personalidad se divide en tres etapas:

1.- La etapa de Vinculación y regulación emocional

El primer paso para el terapeuta y paciente es formar un apego emocional seguro. Winnicott (1965, como se citó en Young, 2015) indica que el terapeuta empieza a reparentalizar al niño abandonado del paciente, brindándole la seguridad y protección que necesita.

2.- Cambio de Modo

El terapeuta modela el modo de adulto sano volviendo a educar al paciente.

3.- Etapa de Autonomía

El terapeuta asesora al paciente, además de ayudarlo a generalizar los cambios y tomar decisiones fuera de la terapia.

Para terminar es importante mencionar que se deben de establecer estrictos límites con los pacientes, estos se basan en la seguridad del paciente y la seguridad personal del terapeuta (Young et al., 2003). Existen cuatro áreas en las que los terapeutas deben de establecer límites para los pacientes, que se describen brevemente a continuación:

1. Limitar el contacto

Los terapeutas bajo ningún motivo deben iniciar ni permitir ninguna forma de contacto fuera de sesión, e incluso en algunos casos por ejemplo hablar por teléfono todas las noches, puede resultar cansado, frecuentemente los terapeutas informan a los pacientes acerca de sus límites de contacto cuando los pacientes ya los han sobrepasado, la empatía confrontativa puede dar buenos resultados en estos casos.

2. Ponerse en contacto con el terapeuta en caso de intento de suicidio

Se pide a los pacientes que acepten que no intentarán suicidarse sin antes haber contactado al terapeuta. El terapeuta pone esta condición desde la primera vez que los pacientes comenten tener deseos suicidas. Los pacientes deben aceptar la regla si desean continuar con la terapia. Los pacientes pueden expresar el deseo de suicidarse tanto como sea necesario en las sesiones, pero deben de ponerse en contacto con él terapeuta directamente antes de actuar, para que así éste tenga la oportunidad de detenerlos a tiempo.

3. Seguir reglas específicas en caso de intento suicida

Con el fin de continuar en terapia, los pacientes deben aceptar contactar a su terapeuta antes de intentar suicidarse, seguir también una jerarquía de reglas que se establecen para hacer frente a las crisis suicidas. Se establece el límite siempre

que el paciente sea suicida, debe estar de acuerdo en seguir una secuencia específica de pasos. Depende del terapeuta, y no del paciente, determinar cuáles son los pasos a seguir, ya que se le considera como la máxima autoridad sobre los pasos que debe seguir el paciente para mantenerse seguro.

4. Limitación de las conductas autodestructivas e impulsivas

Los pacientes con TLP pueden verse inundados con un efecto insoportable que les hace creer que los comportamientos impulsivos y autodestructivos, como cortarse o abusar de las drogas, parecen ser las únicas formas posibles de liberación. El terapeuta intenta establecer límites firmes pero se da cuenta, que desde el inicio de la terapia, será necesario tolerar algunos de estos comportamientos porque el paciente no es lo suficientemente estable para dejarlos o contenerlos por completo, se espera, sin embargo, que dentro de 6 meses de terapia, el paciente ya no continúe con estos comportamientos. En caso de que las conductas de riesgo pongan en peligro a otras personas, el terapeuta no tendrá otra opción que intervenir, llamando a la policía, por ejemplo para evitar algún daño a alguien y detener a tiempo a su paciente.

CAPÍTULO 4

Consideraciones finales

Con base en las técnicas de terapia cognitivo conductual y de esquemas presentadas podemos notar que estas corresponden al tratamiento de procesos estructurados y sistemáticos del pensamiento frecuentes del trastorno límite de la personalidad, ambos enfoques son empíricos y su fin es ayudar al paciente a alcanzar al adulto sano con técnicas de afrontamiento adecuadas lo más pronto posible mediante estrategias cognitivas o modificación de las conductas problema; identificación de pensamientos automáticos, debate socrático, reestructuración cognitiva, comprobación de la evidencia, ruptura de patrones conductuales, control de impulsos etc.

Por otra parte, es importante mencionar que estos enfoques han obtenido mejoras significativas en el tratamiento clínico en comparación con las demás terapias, ambas poseen características graduales diferentes en cuanto a su aplicación, son similares en un simple reforzamiento, no obstante, la terapia de esquemas de Young y los estilos de afrontamiento que derivan básicamente de la terapia cognitiva de Beck, nos permite profundizar un poco más en el génesis de las creencias irracionales y distorsiones cognitivas que han mantenido las conductas inadaptadas desde la infancia del paciente límite o cualquier otro trastorno de la personalidad además de lograr un avance y progreso considerable en comparación con los llamados fracasos cognitivos en los que la terapia cognitiva conductual no fue tan efectiva.

El TLP no ha sido la excepción, esto quizá se debe a que este enfoque es casi integrativo ya que se basa y aplica las técnicas de varias de las viejas escuelas y corrientes psicológicas, se comprueba que en efecto la relación terapéutica de paciente – terapeuta es fundamental para comenzar a trabajar con los pacientes en ambos enfoques, se le da la razón además al psicoanálisis en lo referente a que la relación parental en la infancia es básica para ser un adulto sano. No obstante, existen muy pocos estudios que comparen la eficacia entre estos

diferentes enfoques, con lo que es difícil saber con exactitud qué terapia es más eficaz y en qué lo es: Un ejemplo análogo y parecido que podemos mencionar Clarkin, 2007 (como se citó en Ferran y Pérez, 2017) donde compararon la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual y de la Terapia Basada en la Transferencia, los resultados arrojaron que la TDC supuso una mejoría en 5 de las 12 variables analizadas (depresión ansiedad, conductas suicidas o de riesgo), mientras que la TBT lo hizo en 10 de 12 (las mismas que la TDC además de rabia, impulsividad, irritabilidad y agresividad verbal y directa), con esto sería erróneo sacar conclusiones de la efectividad de solo 2 o 3 estudios.

Con esto no se desea poner en duda la afectividad de ningún enfoque en el tratamiento del TLP, sino más bien hacer énfasis en que varios enfoques han dado mejores resultados con algunos síntomas que otros, esto es primordial para identificar qué variables o síntomas del TLP son los más sencillos o difíciles de moldear en el proceso psicoterapéutico así como sus limitaciones, con esto una psicoterapia eficaz debe incluir técnicas que puedan trabajar el área cognitiva, afectiva, conductual y fisiológica del paciente, es quizá debido a esto, que muchos profesionales de la salud han optado por un tratamiento multidisciplinario, no se descarta de ninguna manera el tratamiento farmacológico para lograr cambios aún más significativos alcanzando así avances en las investigaciones del trastorno límite.

Para terminar resulta esencial que el profesional de la salud esté capacitado y preparado para trabajar con el espectro multidimensional del trastorno límite, ya que resulta ser un trabajo cansado y arduo, como se mencionó anteriormente se deben identificar los esquemas y pensamientos del propio terapeuta que pueden llegar a interferir en el de tratamiento con un paciente con TLP, esto para lograr una relación terapéutica estable con el paciente además de evitar dañar la objetividad en el proceso psicoterapéutico y por ende al mismo paciente en busca de ayuda.

Conclusiones

En la presente tesina se puede observar la revisión y el análisis que se hizo de los enfoques cognitivo conductual y terapia de esquemas además de las técnicas frecuentes que se usan en ellas. Sabemos que el trastorno límite de la personalidad es uno de los trastornos de la personalidad más difíciles de tratar, ha sido diagnosticado desde hace siglos con diferentes nombres y tratado desde diferentes enfoques desde hace décadas, esto último ha permitido dar pie a la creación de diversas formas de abordar los problemas relacionados al trastorno límite.

Como es sabido el TLP presenta síntomas que han sido reforzados desde la infancia temprana del paciente; Victimización, traumatización, necesidades no satisfechas, padres punitivos entre otros que se mantienen hasta la edad adulta, no obstante, también existen los factores biológicos que influyen en el desarrollo de dicho trastorno.

Mucho se habla de los enfoques para el tratamiento del TLP y cuál de todos es el más eficaz, como hemos visto existen hasta hoy pocos estudios que comparen la eficacia de uno sobre otro, lo que sabemos, es que algunos han dado mejores resultados para tratar algunos síntomas que otros. También se ha demostrado la necesidad de acompañar el proceso terapéutico con un tratamiento farmacológico, ya que si no es intervenido o tratado a tiempo podría desencadenar en graves consecuencias o incluso fatales, incluyendo a familiares o personas que conviven con ellos.

Esto es solo un ejemplo de las consecuencias que puede arrastrar un tratamiento inadecuado o no recibir ninguno, no hay que olvidar que un paciente límite no deja de ser una persona que siente, sufre y se angustia como todos, es ahí donde el terapeuta debe trabajar la necesidad de atención, afecto y comprensión del paciente, es debido a esto último que existe la constante necesidad de tener

intervenciones psicoterapéuticas sustentadas y comprobadas. De este modo una de las tareas más importantes del terapeuta es el tener acceso a tratamientos desarrollados y validados, por lo que los libros de trabajo, manuales de psicoterapia, tareas y pruebas pueden ayudar al terapeuta y al paciente a solucionar estos problemas.

El TLP ha ido en aumento en los últimos años, con esto, desde la psicología clínica se han ampliado y diversificado las formas de tratamiento y diagnóstico. Se debe de considerar el tratamiento como un constante cambio para mejorar la vida del paciente y en medida de lo posible la de las personas que giran en su entorno, sin embargo se necesitan aún muchas investigaciones de este campo de la psicopatología.

Aunque cada día se obtienen más datos sobre el tipo límite gracias a las investigaciones que se siguen realizando, es sugerible que en estas se ponga énfasis en los factores biológicos y medioambientales con especial atención en la infancia ya que los síntomas del TLP aparecen desde una temprana edad, con esto se espera en un futuro cercano poder desarrollar nuevas formas de prevenir, diagnosticar y tratar a los pacientes límite, no sólo con psicoterapia, también podría ser esencial el añadir el tratamiento farmacológico.

Para terminar y a modo de reflexión se considera de vital importancia que los futuros terapeutas a trabajar con el TLP, tanto a nivel de diagnóstico como de tratamiento, se informen y trabajen de manera ética y profesional reconociendo sus limitaciones y progreso con los pacientes, dejando de lado sus propios prejuicios y abriendo la puerta a la objetividad que es tan necesaria en psicoterapia.

Referencias

- Ángulo Camarena, L.P. (2006). *Factores de riesgo psicológico asociados con el desarrollo de trastorno límite de la personalidad*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Autónoma de México].
<https://search-ebscohost.com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=cat02029a&AN=tes.TES01000611295&lang=es&site=eds-live>.
- Bados, A. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. 19ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwe.
- Beck, A.T. y Freeman., A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. 2ª Ed. Madrid: Ediciones Paidós.
- Beck, S. J. (2000). *La conceptualización cognitiva: Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*. 2ª ed. Barcelona, España: Gedisa.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. y otros (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós Ibérica.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Siglo veintiuno editores de España.
- Caballo, V., López, G. & Bautista, R. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- De la Vega-Rodríguez, I. Sánchez-Quintero, S. (2013). *Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. Acción*

psicológica, 10 (1), 45-56. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>

DSM - 5 (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ª ed. Madrid: Panamericana.

Ferran-Burgal, J. & Pérez Lizeretti N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: Una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38 (2), 148-156.

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2832>

Fontaine, O. (1981). *Las terapias del comportamiento*. Barcelona: Herder.

Garner, D. M. (1998). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. EDI-2*. Madrid: TEA Ediciones.

Hathaway, S. y McKinley, J. (1995). *Inventario multifario de personalidad de Minnesota-2: MMPI-2 Manual para aplicación y calificación*. México: Manual Moderno.

Kazdin, A. (1989). *Historia de la modificación de la conducta*. España: Descleé de Brower.

López Pell, A. F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondón, J. M., Alfano, Silvina M. & Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Kloslo y Wheishar. *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 83-115.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545427008>

Mahoney, M. y Freeman, A. (1988). *Cognición y psicoterapia*. España: Paidós

Meincheinbam, D. (1998). Terapias cognitivo conductuales. En Linn, S.J. y

Garske. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Bilbao: Desclée de Brower

Millón, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)*. 2º Edición (revisada). España: TEA

Millón, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. 2º edición. España: Masson

Montgomery, W. (2007). Complejidad, retórica de la complejidad y conductismos de tercera generación. *Revista Peruana de Psicología*. 1 (1) 40-67.

Nezu, A. M.; Nezu, C.M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno

Olea Castro, J. del R. (2016). *Trastorno límite de la personalidad : manual de técnicas cognitivo conductuales para su tratamiento*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].
<http://132.248.9.195/ptd2016/mayo/0744676/Index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10*. Madrid: Panamericana.

Rodríguez, Vílchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en psicología*, 17(1), 59-74.
<http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/edgarrodriguez.pdf>

Ruiz, Fernández, .A., Díaz, García., I y Villalobos, C. A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Secretaria de Salud. (2018). *Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad - Secretaria de salud*. Recuperado de:
<https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>

Stagnaro, J. C y Conti N. A. (2004). Personalidad normal y patológica y trastorno borderline de la personalidad: un enfoque histórico-nosográfico. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 15 (58), 267-73.
<http://www.editorialpoemos.com.ar/docs/vertex/vertex58.pdf#page=35>

Young, J. E., Weishaar, M. E. & Klosko, J. S. (2003). *Schema therapy: A practitioner 's guide*. Nueva York: Guilford. Recuperado de
<https://smartlib.umri.ac.id/assets/uploads/files/772b0-schema-therapy.pdf>

Young, J. & Klosko, J. (2007). Terapia de esquemas. En J.M. Oldham, A.E. Skodol & D.S. Bender. *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Elsevier Masson.

Young, J. E. (2015). *Terapia de esquemas*. Desclée de Brouwer.