



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL BREVE EN UNA
ADOLESCENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

SILVIA ITZAYANA LEMUS CALVA

CARLOS IVAN RIOS VALDEZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ

ASESORA: DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA

ASESORA: DRA. FABIOLA ITZEL VILLA GEORGE

SINODAL: MTRO. GIOVANNI MARTÍNEZ ORTEGA

SINODAL: LIC. CONTRERAS RAMÍREZ EDUARDO ARTURO



México, Ciudad de México

2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dedicatoria

Dedicamos el resultado de este trabajo principalmente a Dios y a nuestras familias, gracias a su amor, apoyo y esfuerzo han contribuido en formarnos como seres humanos y profesionistas.

Agradecemos a nuestros padres *Trinidad, Silvia y Pablo*, nos dieron la vida y a pesar de todas las adversidades siempre se han mantenido a nuestro lado brindándonos su amor y apoyo de forma incondicional.

A nuestros segundos padres *Humberto, Manolo, Lucy, Yolanda y Alejandro*, pusieron sus esperanzas y sueños en nosotros, gracias por darnos alas para poder volar alto.

A nuestros hermanos *Joshua y Ameth*, son nuestros compañeros de vida, siempre estaremos a su lado, somos nosotros y ustedes contra el mundo.

A *Yoel y Kael*, hijos de Silvia, han sido fuente de motivación e inspiración para ser mejor y superarme constantemente como persona y psicóloga.

Queridos tíos *Juan, Beto, Socorro, Sonia y Jesús*; primos *Jonathan, Cristian, Lalo, Yemina, Fernanda y Esván*, y abuela *Olivia*, somos muy afortunados de tenerlos, hemos encontrado un hogar en cada uno de ustedes, son parte fundamental de nuestras vidas.

A quien no está hoy físicamente conmigo, pero sé que donde se encuentre, siempre guía mis pasos, este logro es para ti abuelita *María de los Ángeles*.

A nuestros amigos que han formado parte de este camino, con los cuales hemos disfrutado cada parte de este proceso y que sin esperar nada a cambio nos han brindado su apoyo y momentos inolvidables.

A nuestra directora de tesis *Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez*, nos inspiró en nuestra vida profesional. Este logro no hubiera sido posible sin su valiosa guía, apoyo, tiempo y conocimientos.

Gracias por su dedicación y extraordinaria pasión, ética y profesionalismo con sus estudiantes y pacientes.

A nuestras asesoras *Dra. Luz María Flores Herrera* y *Dra. Fabiola Itzel Villa George* y sinodales *Mtro. Giovanni Martínez Ortega* y *Lic. Eduardo Arturo Contreras Ramírez*, que a lo largo de este trayecto han impactado en nuestra vida profesional, compartiéndonos sus conocimientos, experiencias e impulsándonos a ser mejores profesionistas.

Finalmente, agradecemos a nuestra alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México, se convirtió en nuestro segundo hogar después de habernos formado durante este tiempo con dedicación, constancia y grandes alegrías. Por mi raza, hablará el espíritu.

Índice

Resumen.....	1
Introducción	2
Capítulo 1. Adolescencia, Salud Mental y Personalidad	4
1.1 Conceptualización de la Adolescencia.....	4
1.2 Salud Mental en Adolescentes: factores asociados a su construcción	6
1.3 Personalidad: conceptualización y revisión a los diferentes trastornos existentes	8
Capítulo 2. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).....	11
2.1 Generalidades del TLP	11
2.2 Modelos explicativos del TLP y Factores Asociados	12
2.3 Criterios Diagnósticos del TLP en el DSM-5 y CIE-10	16
2.4 Evaluación del TLP y Diagnóstico Diferencial	21
2.5 Tratamiento para el TLP	23
2.5.1 Tratamiento farmacológico.	23
2.5.2 Tratamiento no farmacológico.	24
Capítulo 3. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y TLP	26
3.1 Fundamentos de la TCC.....	26
3.2 Programa de Intervención en TCC Enfocado al Tratamiento del TLP	27
3.2.1 Pautas de intervención breve y contención	34

3.2.2 Estructura y técnicas de una intervención.....	35
3.2.3 Seguimiento y prevención de recaídas.....	38
3.3 Pautas de Atención para los Familiares con TLP	39
3.4 Formación Especializada y Supervisada de Psicólogos en el Tratamiento del TLP.....	40
Reporte de Caso	42
Planteamiento del problema.....	63
Método	70
Resultados	73
Discusión y conclusiones	77
Referencias.....	81
Apéndice	94

Resumen

El Trastorno Límite de la Personalidad o también conocido como Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) es un patrón continuo de estados anímicos, autoimagen y conductas inestables, que resultan en acciones impulsivas y dificultades interpersonales. Ante esto, se produce un deterioro significativo en el funcionamiento del individuo que lo padece, de modo que, el objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente femenina soltera de 16 años, la cual presenta respuestas asociadas al TLP. Solicitó atención psicológica por tristeza, ausencia de placer, desinterés por realizar actividades y autolesiones. En la evaluación se empleó la historia clínica, entrevista conductual semiestructurada y una lista de chequeo. Posterior a la elaboración del Análisis Funcional de la Conducta, los objetivos establecidos fueron 1) identificar las características de TLP y ataques de pánico, 2) enlistar respuestas asociadas al trastorno, y 3) reducir la ansiedad mediante ejercicios de relajación. Se desarrolló un programa de intervención con Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) que consistió en cinco sesiones semanales. Las técnicas utilizadas fueron informativas (orientación y psicoeducación) y de relajación (respiración diafragmática), además se emplearon autorregistros para dar cuenta del cambio clínico. La paciente logró identificar los síntomas del TLP y ataque de pánico, además, disminuyó las cogniciones y reacciones fisiológicas asociadas a la ansiedad en un 100%, resultado obtenido de la fórmula del porcentaje de datos no solapados. Se concluye que en este tipo de casos es de relevancia incluir a la familia y garantizar en la medida de lo posible la adherencia al tratamiento integral.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, intervención, terapia cognitivo-conductual, adolescencia, ansiedad.

Introducción

Un trastorno de la personalidad es un patrón constante de pensamiento y comportamiento apartado de las expectativas de la cultura del individuo. Se trata de un fenómeno generalizado y relativamente estable, que se mantiene en el tiempo e inicia en la adolescencia o en la adultez temprana (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014, por sus siglas en inglés).

Este tipo de trastornos conforman un área de actual interés en la psicología clínica y psiquiatría, debido a la incidencia global que se encuentra entre el 10% de la población general y en la mitad de los pacientes psiquiátricos en las unidades hospitalarias y clínicas (Skodol, 2018). La relevancia de su comprensión e intervención radica en que son trastornos de larga duración que ocasionan impacto en el funcionamiento del individuo y en las personas con las que interactúan (APA, 2014; Campo-Arias & Cassiani-Miranda, 2008).

En el caso específico del TLP, se caracteriza por una constante inestabilidad en las interacciones con otras personas, la imagen que tiene de sí mismo, el afecto y los arrebatos conductuales intensos, que comúnmente ocasionan autolesiones, tendencias suicidas e inestabilidad interpersonal y emocional, lo que está presente en varios contextos en las primeras etapas de la edad adulta (APA, 2014).

Al respecto, Cervera et al. (2005) mencionan que es el trastorno más representativo de nuestro tiempo, alrededor del 1.5% de la población mexicana lo presenta (Secretaría de Salud [SSA], 2018) y cerca del 6% de la población general recibe atención primaria a causa de este trastorno (APA, 2014), para el cual se recomienda usar estrategias psicoterapéuticas entre las que se encuentran las terapias integrativas, psicodinámicas y TCC (Reeves-Dudley, 2017). A

pesar de la diversidad en los tratamientos terapéuticos, algunos autores comentan que los procedimientos derivados de la TCC, en especial la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) han resultado ser idóneos para el abordaje de esta problemática, puesto que han dado cuenta de su eficacia empírica para intervenir en este trastorno, además de mostrar resultados favorables en personas con comportamientos de autolesión y actos suicidas (Marques et al., 2017; May et al., 2016; Norrie et al., 2013). Sin embargo, para obtener mejores resultados se sugiere la aplicación de un tratamiento integral, que consiste en el uso de psicoterapia y fármacos (García et al., 2010).

Dada la prevalencia de este tipo de trastornos y en el reconocimiento de la importancia del empleo de los mejores tratamientos para su abordaje, el objetivo de este trabajo es describir el caso de una adolescente con TLP, a la cual se ofreció una intervención TCC breve constituida por cinco sesiones. Esta atención psicológica se caracterizó por la inclusión de los familiares en el proceso terapéutico mediante estrategias de contención y psicoeducación. Por consiguiente, a lo largo de este documento el lector encontrará una descripción de la adolescencia y el desarrollo de la salud mental en esta etapa de la vida, una profundización acerca de los antecedentes, etiología, epidemiología y tratamiento del TLP, para finalmente, exponer el caso (análisis funcional de la conducta, intervención y resultados).

Capítulo 1.

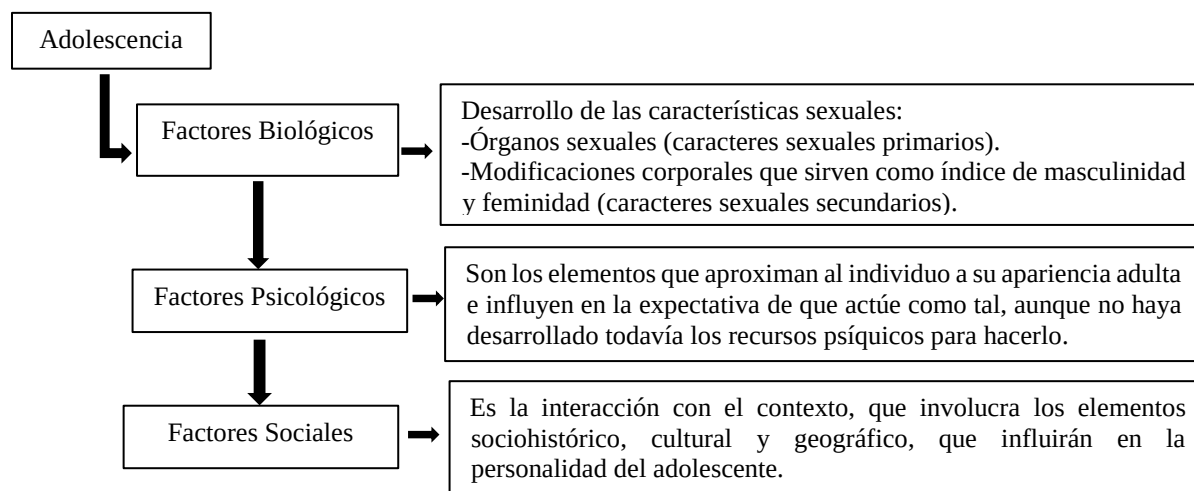
Adolescencia, Salud Mental y Personalidad

1.1 Conceptualización de la Adolescencia

La palabra adolescencia proviene del latín *adolescere*, significa que crece o se desarrolla (Fripp, 2015). Es el periodo de crecimiento y desarrollo humano, posterior a la niñez y anterior a la adultez, abarca la edad de 10 a 19 años para la adolescencia y de los 19 a 25 años para la juventud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Quiroga (2004) la describe como un fenómeno multideterminado, que involucra factores biológicos, psicológicos y sociales, como se ilustra en la Figura 1.

Figura 1

Factores involucrados en la adolescencia



Nota: Elaboración propia.

Este mismo autor, señala que la adolescencia se constituye por tres fases:

Adolescencia temprana. Ocurre primordialmente entre los nueve y 15 años, se caracteriza por la visibilidad en los cambios corporales, pero sobre todo conductuales, por ejemplo, relacionarse con otras personas, particularmente con la familia y con sus contemporáneos. Algunas veces hay menor rendimiento escolar, inseguridad debido al cambio de su aspecto, se obtiene el pensamiento abstracto y moral, y existe dificultad para tomar de decisiones, planificar, razonar o controlar los impulsos (Hidalgo & Ceñal, 2014). Este argumento coincide con Giedd (2004) quién comenta que se alcanza el desarrollo completo de la corteza prefrontal hasta los 25-30 años y adquieren la facultad de razonar, planificar y controlar impulsos, es decir, la maduración definitiva. Con esto se explicaría que el joven se involucre en conductas de riesgo, pues como su lóbulo frontal aún no está desarrollado por completo, es factible que se deje llevar por el impulso emocional.

Adolescencia media. Se alcanza entre los 15 y 18 años. Continúan los procesos psíquicos iniciados en la adolescencia temprana, se desarrolla en mayor medida la modificación de su cuerpo y la incorporación a una nueva etapa, lo que generalmente da pie a crisis de identidad.

Adolescencia tardía. Se ubica a los 18 y termina a los 28 años aproximadamente. Se presenta un proceso psicológico de abandono de la adolescencia para ingresar a la adultez, esto genera visualizaciones de independencia económica, logros vocacionales y laborales.

De acuerdo con lo anterior, se considera que los rangos de las fases no son determinantes ni exclusivos para explicar la conformación de la personalidad, sin embargo, es útil conocerlos para poder diferenciar las variaciones “normales” de las anomalías en el desarrollo físico y

psicosocial (Hidalgo & Ceñal, 2014), ya que pueden verse reflejadas en la salud del individuo, tema que se trata a continuación.

1.2 Salud Mental en Adolescentes: factores asociados a su construcción

La OMS (2018) define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, lo que supone un estado donde el individuo es consciente de sus propias aptitudes, tiene la capacidad de afrontar las presiones de la vida cotidiana, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad.

Anteriormente, solo se concebía como la ausencia de enfermedad, sin embargo, a partir de la teoría de transición epidemiológica, se dirigió la atención hacia la salud mental debido a las tasas de discapacidad y su prevalencia mundial, como resultado se identificó que el 16% de los casos son consecuencia, principalmente, de trastornos mentales y del comportamiento (OMS, 2019), los cuales, actualmente se reporta que hasta un 50% se expresan por primera vez a los 14 años (OMS, 2014), aun así, gran parte de estos casos no se reconocen ni se tratan (Green et al., 2013), por lo que se solicita ayuda a los servicios de salud mental hasta la presencia de síntomas intensos (Medina-Mora et al., 2005).

Estos trastornos mentales incluyen aquellos que obedecen a la personalidad, y como se ha mencionado, subyacen a factores propios del desarrollo humano como la adolescencia y la juventud. Si bien los trastornos de la personalidad son entendidos como síndromes caracterizados por la alteración clínicamente significativa en varios niveles, entre ellos, en la cognición y regulación emocional a nivel familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas relevantes del funcionamiento (APA, 2014; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019), es cierto

que las formas en las que se configuran son diversas y convergen entre sí, la evidencia nos señala que podrían estar condicionados por los siguientes factores (OMS, 2013):

Genéticos (hereditarios) y biológicos ambientales. Para el caso de los trastornos de esta índole se encuentran las enfermedades maternas, incompatibilidad sanguínea, infecciones, desnutrición, abuso de sustancias o medicamentos y accidentes (SSA, 2002; Torgersen, 2009).

Psicológicos. La OPS (2011) menciona que una adecuada actitud y autoestima, carácter positivo, optimismo, sentido de esperanza y coherencia, manejo del estrés, adaptabilidad, cociente intelectual elevado, nivel de educación alto, metas profesionales, existencia de proyecto de vida, óptima relación con los pares y apropiadas aptitudes sociales, predicen una mejor salud mental. No obstante, cuando se trata de adolescentes habría que considerar otros elementos ya que en esta edad se tiende a reportar en general una percepción positiva de la salud, esto se relaciona con un cierto grado de autonomía, con la capacidad para tomar decisiones y establecer relaciones interpersonales, es decir, si se perciben funcionales según su contexto podrían no identificar alteraciones en su estado de ánimo. Otro elemento relevante es que se da por hecho socialmente que es justo en esta etapa de la vida cuando se presenta la *rebeldía* y los jóvenes suelen ser más confrontativos con los padres, pero no es así, por lo que podría dificultar el diagnóstico y la atención psicológica (TuescaMolina et al., 2008; Mercado et al., 2012).

Sociales. Existen factores que exponen a un mayor riesgo al adolescente a sufrir afectaciones en su salud mental, por ejemplo, vivir en situación de calle, pobreza, adicciones, ambiente violento, presión e inestabilidad en el lugar de trabajo y poco apoyo social (SSA, 2002). Respecto a la familia, al ser fundamental en el desarrollo del individuo puede convertirse en un factor de riesgo cuando existe una disolución y en un factor protector si los adolescentes y los padres tienen un vínculo afectivo estrecho y buscan una solución de problemas por medio de la

comunicación abierta, proporcionando información sobre sexualidad y prevención de conductas de riesgo como consumo de alcohol, drogas, entre otras (Gómez, 2008).

La combinación de estos factores aleja o aproxima a un adolescente de la presencia de problemas en su salud mental, pues afecta considerablemente su ajuste a las demandas del contexto. Si lo perjudica, lo expone a una reducción importante en su calidad de vida como adulto, esto se puede observar con claridad ya que el 27% de las personas atendidas, son niños y adolescentes (SSA, 2002).

Ahora bien, aunque no hay datos estadísticos nacionales claros que nos den cuenta de la prevalencia de los trastornos de personalidad, han cobrado relevancia significativa en los últimos años. A nivel global, su incidencia oscila entre el 10-12% de la población general y se presenta en poco más de la mitad de los pacientes psiquiátricos en las unidades hospitalarias y clínicas (Skodol, 2018). Estos trastornos suelen ser comórbidos (Quiroga & Errasti, 2001), además de provocar discapacidades considerables y afectaciones en diferentes esferas sociales del paciente (Campo-Arias & Cassiani-Miranda, 2008). Dado su relevancia en el campo clínico, en el siguiente apartado se profundizará esta temática.

1.3 Personalidad: conceptualización y revisión a los diferentes trastornos existentes

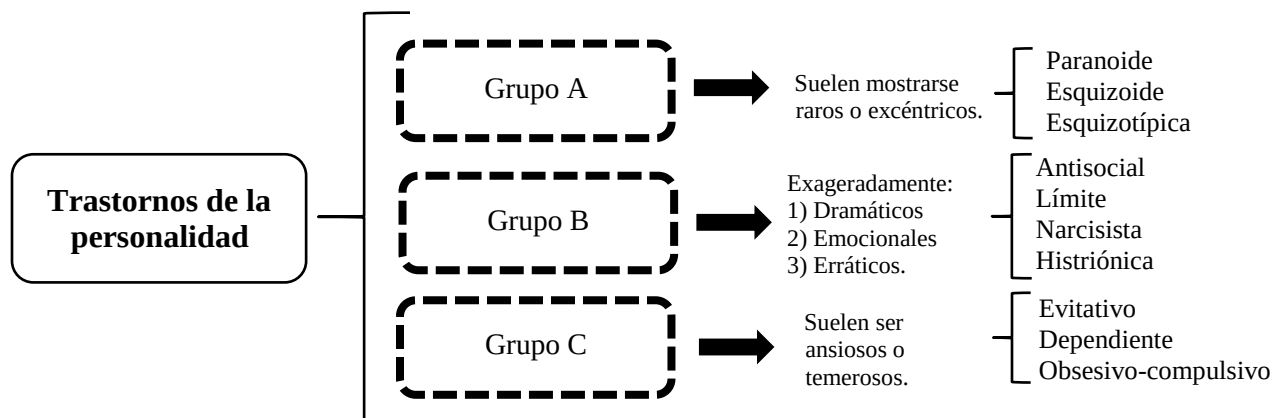
El concepto de personalidad proviene del griego *prósopon* y del latín *personare*, *persona*, que originalmente era sinónimo de personaje (Polaino-Lorente et al., 2003). Si bien es un patrón de percepción, cognición y relación con el entorno y uno mismo, cuando existe la presencia de un malestar o deterioro caracterizado por dificultades en el funcionamiento del individuo, este puede ser provocado por un trastorno de personalidad (APA, 2014).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su quinta versión ([DSM-5, por sus siglas en inglés], APA, 2014) cataloga a los trastornos de personalidad como un patrón constante de pensamientos y comportamientos apartado de las expectativas de la cultura del sujeto. Se trata de un fenómeno generalizado y relativamente estable, que se mantiene en el tiempo e inicia en la adolescencia o en la adultez temprana. Las características esenciales son la presencia de uno o más rasgos patológicos de la misma y una dificultad moderada o grave en su funcionamiento durante la adolescencia o en la adultez temprana que no se consideran como “normales” para la etapa de desarrollo del individuo o su contexto sociocultural, no se explican mejor por otro trastorno mental ni se deben solamente a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Por otro lado, en la Clasificación Internacional de Enfermedades ([CIE]; OPS, 1995) en su décima versión dice que se caracteriza por problemas en el funcionamiento de algunos aspectos del yo (por ejemplo, identidad, autoestima, precisión de la visión de uno mismo, autodirección) o algún tipo de disfunción interpersonal (entre ellas, capacidad para desarrollar y mantener relaciones cercanas y mutuamente satisfactorias, comprender las perspectivas de otros y manejar conflictos en las relaciones) que han persistido durante un período prolongado. Se manifiesta en patrones de cognición, experiencia y expresión emocionales y conductuales que son inadaptados (por ejemplo, inflexibles o inadecuadamente regulados) y la alteración está asociada con un malestar considerable o un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas relevantes de funcionamiento (OPS, 2019) que se expresa en una variedad de situaciones personales y sociales (es decir, no se limita a relaciones o roles sociales específicos).

Según el DSM-5 (APA, 2014), los trastornos de la personalidad se distribuyen en tres grupos (A, B y C) basados en las similitudes descriptivas, como se observa en la Figura 2.

Figura 2

Grupos en los que se catalogan los trastornos de la personalidad.



Fuente: Elaboración propia.

Un trastorno de la personalidad sólo se debería diagnosticar cuando las características que lo definen hayan aparecido antes de la adultez temprana, sean típicas del funcionamiento del individuo a largo plazo y no se produzcan exclusivamente durante un episodio de otro trastorno mental (APA, 2014). A continuación, y para fines de este trabajo, se exponen las principales características del TLP en el siguiente capítulo.

Capítulo 2.

Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

2.1 Generalidades del TLP

Los trastornos de la personalidad conforman un área de actual interés en la psicología clínica y psiquiatría (Nieto, 2006). El más estudiado es el TLP debido a que en estos pacientes la morbilidad y mortalidad es mayor en comparación con la población general (Chapman et al., 2020), inclusive se ha llegado a declarar el trastorno más representativo de nuestro tiempo (Cervera et al., 2005).

Su estudio inicia desde 1938 cuando Stern utilizó por primera vez el término límite con pacientes que no estaban clasificados en las categorías neuróticas o psicóticas, asignándolos como grupo límite de la neurosis, pero fue hasta 1980 que se incluyó por primera vez en el DSM-III (Fernández-Guerrero, 2017) y en 1995 en la CIE-10 (De Catalunya, 2011). A partir de esto, se vuelve un trastorno que contempla antecedentes familiares, fenomenología, curso y respuesta al tratamiento (OPS, 2000).

Actualmente, el DSM-5 (APA, 2014), lo cataloga dentro del grupo B de características dramáticas, emocionales y erráticos, describiéndolo como un “*patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa*” (p. 663), comienza en las primeras etapas de la edad adulta y se manifiesta en distintos contextos donde las dificultades se vuelven notorias en la identidad, autodirección, empatía y/o intimidad que incluye los rasgos desadaptativos específicos de la afectividad negativa, antagonismo y/o desinhibición.

Por otro lado, la CIE-10 (OPS, 1995) lo clasifica como un “*trastorno de la personalidad caracterizado por una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso*” (p. 340). Tienden a presentar arranques emocionales con incapacidad para regular las explosiones conductuales y son propensos a tener enfrentamientos y conflictos con los demás, particularmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas.

Este trastorno puede manifestarse de forma fiable en adolescentes a partir de los 11 años (Guilé et al., 2018), pero la mayoría de las ocasiones se diagnostica entre los 19-32 años y aunque establecerlo a mayor edad es menos frecuente, implica mayor gravedad (García et al., 2010). Se presenta en el 0,9-3% de adolescentes menores a 18 años (De Catalunya, 2011) y en 1,6% de la población general, aunque podría alcanzar el 5,9%, del cual, cerca del 6% reciben atención primaria a causa de este trastorno (APA, 2014), el 11% asiste a clínicas ambulatorias y el 20% ingresa a hospitalización a razón de alguna crisis de índole emocional (Chapman et al., 2020). Asimismo, según datos estadísticos nacionales, al menos el 1.5% de la población presenta TLP, sin embargo, la información es limitada (SSA, 2018). Ante estos datos, es relevante entender el origen del trastorno, por lo que se ahondará más al respecto en el siguiente apartado.

2.2 Modelos explicativos del TLP y Factores Asociados

De acuerdo con Rodríguez-Fleitas y Betancor-Alonso (2018), en la actualidad no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que integre toda la evidencia disponible, sin embargo, existen modelos explicativos para el TLP de los cuales los más representativos son los siguientes:

Modelo biológico: Se entiende al TLP como un conjunto de síndromes clínicos, con origen, trayectoria y pronóstico específicos, de los cuales existen tres subtipos, los relacionados

con la esquizofrenia, trastornos del estado del ánimo y alteraciones cerebrales orgánicas (González-Vives et al., 2006).

Modelo ecléctico-descriptivo: Es el modelo que sigue los criterios nosológicos del DSM. Sugiere que un trastorno de personalidad se explica y diagnostica separado de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos, se centra en los impulsos, afectos, psicosis, relaciones interpersonales y adaptación al entorno (González-Vives et al., 2006).

Modelo cognitivo: Se emplean cuatro procesos psicológicos, la cognición, emoción, motivación y el comportamiento, con el fin de explicar el desarrollo, mantenimiento y curso de la personalidad y su patología. Plantea que las predisposiciones genéticas y las experiencias ambientales se unen para constituir esquemas cognitivos que interpretan la información y dan significado a los acontecimientos, por lo que se visualiza que el TLP surge a consecuencia de esquemas y patrones cognitivos disfuncionales (Beck & Freeman, 1990).

Modelo cognitivo-conductual: Los trastornos de la personalidad se definen por pensamientos, sentimientos y comportamientos característicos durante un tiempo prolongado que muestran la manera habitual en el que una persona percibe, interpreta o interactúa con su medio, sugiriendo que, las dificultades conductuales pueden ser aprendidas. Los estilos de respuesta propios del TLP quizá corresponden a una combinación de vulnerabilidad temperamental, respuestas cognitivas, emocionales y conductuales aprendidas (Linehan, 1993).

Modelo biopsicosocial: Según Rodríguez-Fleitas y Betancor-Alonso (2018), este modelo de corte TCC es el más aceptado en la actualidad, ya que su aproximación multifactorial parece explicar mayormente la psicopatología del TLP. Es propuesto por Linehan (1993) donde postula la presencia de factores que coexisten entre sí para que se de dicho trastorno:

a) Factores biológicos: Entre estos factores se dan los de tipo fisiológico y genético. Existen alteraciones cerebro-anatómicas y funcionales, por ejemplo, cambios en el área prefrontal que involucran las cortezas orbito-frontal, frontal-dorsolateral, fronto-orbitario y cíngulo anterior que se asocian con las conductas de impulsividad, agresividad e inestabilidad emocional (Bateman & Krawits, 2013; Tajima et al., 2009). Condiciones estructurales como el grosor del istmo del cuerpo calloso, el volumen del giro poscentral izquierdo y precuneo derecho, hipocampo y/o glándula pituitaria que podrían ser resultado de la historia de antecedentes traumáticos; además de la segregación de neurotransmisores como la serotonina que muestra una reducción en estos pacientes, lo que puede inhibir la capacidad de modular los impulsos destructivos (De Catalunya, 2011). En cuanto a los aspectos genéticos y heredofamiliares, la mayoría de los rasgos de personalidad tienen una estimación de heredabilidad alrededor del 40% (Vukasović & Bratko, 2015; Bateman & Krawitz, 2013), respecto al TLP es cinco veces más frecuente si se cuenta con antecedentes familiares de trastorno antisocial de la personalidad, depresivos o bipolares y por consumo de sustancias (APA, 2014).

Se desconoce si estas diferencias cerebrales anatómicas y fisiológicas son una predisposición para desarrollar TLP, una respuesta a las experiencias vividas o alguna combinación de estos dos factores, sin embargo, es relevante considerarlas como posibles factores etiológicos (Bozzatello et al., 2019).

b) Factores Psicológicos: Los factores de riesgo psicológico tienen como elemento común la disfunción familiar, que abarca la separación temprana o pérdida parental y experiencias estresantes o traumáticas de la infancia (Bozzatello et al., 2019), pues ser criado en un ambiente abusivo o negligente tendrá una repercusión en el desarrollo psicológico, disminuyendo las posibilidades de ingresar a la edad adulta con apegos seguros y habilidades

psicológicas como una adecuada autoestima y confianza (Bateman & Krawitz, 2013). De modo que el riesgo de TLP aumenta en adultos con antecedentes de trauma físico, abuso emocional y/o sexual en la infancia (Ferrer et al., 2017). Así mismo, el inicio temprano del TLP, además de asociarse a estos factores, también se relaciona con la exposición crónica a la victimización por intimidación entre pares durante la infancia y abusos verbales, físicos o sexuales (Bozzatello et al., 2019).

c) Factores socioculturales: Existen factores socioculturales que predisponen el desarrollo del TLP, como cambios en los roles y expectativas sociales, pérdida de la familia extendida, colapso social y culturas de uso de sustancias. Por otro lado, expectativas claras de roles, redes familiares extendidas y una sociedad que confiere un alto valor al apego y la conexión interpersonal protegen de la presencia del trastorno (Paris, 1996).

d) Factores Ambientales: En la investigación sobre la genética del comportamiento, Dunn y Plomin (1990) muestran en sus hallazgos con gemelos dicigóticos que no hay relación entre la personalidad y vivir en la misma familia. La relevancia del entorno no compartido podría explicarse con el hecho de que los hermanos reciban un trato diferente de sus padres, los distintos rasgos deriven en una percepción desigual del entorno y que las experiencias externas a la familia afecten la personalidad.

e) Interacción de factores biológicos y psicológicos. Por ejemplo, antecedentes de psicopatología parental (Feldman et al., 1995), relaciones padre-hijo (Adler, 1985) y estructura familiar (calidad de la crianza y características estructurales de las familias) (Feldman et al., 1995).

Como puede notarse, el camino para desarrollar el trastorno es único para cada persona, hay distintos factores biológicos, psicológicos o socioculturales predisponentes o protectores (Bateman & Krawitz, 2013), pese a ello, existen criterios diagnósticos específicos que tipifican el diagnóstico como se describe a continuación.

2.3 Criterios Diagnósticos del TLP en el DSM-5 y CIE-10

De acuerdo con el modelo alternativo diagnóstico de los trastornos de la personalidad del DSM-5 (APA, 2014), estos se identifican por los siguientes criterios.

Dificultades en el funcionamiento de la personalidad (criterio A): Existe un deterioro moderado o grave y se expresa por problemas en dos o más de las cuatro áreas, correspondientes a la identidad, autodirección, empatía e intimidad. La primera consiste en poseer una autoimagen deficiente, poco desarrollada o inestable, relacionada comúnmente a un exceso de autocrítica, sentimientos crónicos de vacío y estados disociativos ante estrés; la autodirección incluye la inestabilidad en los valores, planes a futuro, aspiraciones o metas; la empatía contempla la poca capacidad para el reconocimiento emocional y las necesidades de los otros, asociada a hipersensibilidad interpersonal con tendencia a sentirse menospreciado o insultado, percepciones distorsionadas de los demás, concretamente hacia cualidades negativas o vulnerables; y por último, la intimidad que abarca las relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas caracterizadas por desconfianza, necesidad y preocupación ansiosa por el abandono real o imaginario, se valora las relaciones íntimas de forma dual entre la idealización y la devaluación que involucra una alternancia entre sobre implicación y distanciamiento.

Rasgos patológicos de personalidad (criterio B): Se debe contar con la presencia de cuatro o más de los siguientes criterios, donde al menos uno sea impulsividad, toma de riesgos u

hostilidad; entre estos se encuentran labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, depresión, impulsividad, toma de riesgos y hostilidad.

Aunado a esto, para establecer un diagnóstico formal del TLP se requiere la presencia de cinco de los nueve criterios que se describen en la Tabla 1.

Además, la CIE-10 (OPS, 1995) señala que para el diagnóstico de TLP es necesario presentar una alteración de la personalidad no atribuible a una lesión, enfermedad cerebral relevante o a otros trastornos psiquiátricos de forma directa y que reúna las pautas descritas en la Tabla 2, posteriormente, se requiere la presencia de al menos tres de los rasgos conductuales que aparecen en la Tabla 3.

Por su parte, los puntos que apoyan el diagnóstico consisten en: a) tener un patrón de autosaboteo cuando están por lograr un objetivo, b) algunos tienen síntomas psicóticos como alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de referencia y fenómenos hipnagógicos al presentar estrés, c) existe la probabilidad de que se sientan más seguros con objetos de transición, como una mascota o posesión inanimada, en comparación con las relaciones interpersonales, d) se puede producir una discapacidad física como consecuencia de los comportamientos de abuso autoinfligidos o intentos suicidas fallidos y f) es frecuente la pérdida de trabajo, suspensión de la educación, divorcio o separación (APA, 2014).

Finalmente, Semerari y Dimaggio (2008) destacan dos características del TLP, la variabilidad (en donde no hay ningún síntoma que se manifieste constantemente en todos los individuos) y la heterogeneidad (que plantea la posibilidad de que dos pacientes con el mismo diagnóstico de TLP puedan coincidir en tan solo un único criterio). Ante esto, es relevante distinguir su forma de expresión con otros trastornos.

Tabla 1*Criterios diagnósticos del TLP (301.83)*

Criterios diagnósticos del Trastorno Límite de la Personalidad	
1-Esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginario.	-La percepción de la inminente separación, rechazo o la pérdida de la estructura externa pueden ocasionar profundos cambios en la autoimagen, afecto, cognición y comportamiento. -Estos individuos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. -Pueden pensar que son <i>malos</i> porque han sido abandonados. -Los temores de abandono están asociados con una intolerancia a estar solos y la necesidad de que estén otras personas con ellos. -Los esfuerzos frenéticos para evitar el abandono pueden abarcar actos impulsivos. Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas.
2-Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.	-Pueden idealizar a los cuidadores/parejas potenciales en la primera o segunda cita, exigir estar mucho tiempo juntos y compartir demasiado pronto los detalles más íntimos de una relación. -Cambian rápidamente de idealizar a devaluar a las personas y sentir que a la otra persona no le importa demasiado, no le da lo suficiente, o no está para ella el tiempo necesario. -Estas personas comprenden y cuidan a los demás, pero sólo con la expectativa de que sea recíproco. -Los cambios suelen reflejar la desilusión con un cuidador cuyas cualidades de crianza han idealizado o cuyo rechazo o abandono se espera.
3-Alteración de la identidad: Inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.	-Hay cambios repentinos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por objetivos, valores y aspiraciones profesionales cambiantes como modificaciones repentinas de las opiniones y proyectos acerca de la profesión, la identidad sexual y los tipos de amigos.
4-Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.	-Pueden jugar patológicamente, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones de comida, presentar abuso de sustancias, mantener relaciones sexuales sin protección o conducir temerariamente. Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas.

Continuación *Tabla 1*

5-Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.	-Los actos autodestructivos con frecuencia se precipitan por las amenazas de separación, rechazo o expectativas de que el individuo asuma una mayor responsabilidad. -Durante las experiencias disociativas puede producirse autolesiones, que usualmente implica un alivio porque reafirma su capacidad de sentir o castigarse debido al sentimiento de culpa por ser <i>malo</i> o despreciable. -La tendencia suicida recurrente suele ser el motivo por el que acuden a recibir ayuda.
6-Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.	-El estado de ánimo disfórico es interrumpido por lapsos de ira, pánico o desesperación, los cuales rara vez se alivian con momentos de bienestar o satisfacción. Estos episodios pueden mostrar la reactividad extrema del individuo ante estresores interpersonales.
7-Sensación crónica de vacío.	-Se aburren con facilidad y pueden buscar algo que hacer reiteradamente.
8-Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.	-Generalmente, se expresan con mucho sarcasmo, tienen resentimientos duraderos y explosiones verbales. -Sienten ira a menudo provocada por la percepción de que un cuidador/pareja es negligente, distante, indiferente o quiere abandonarlos. -Las expresiones de ira les provocan sentimientos de vergüenza y culpa, que colaboran a reforzar el pensamiento de que son <i>malos</i>.
9-Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.	-Durante los períodos de estrés extremo, pueden manifestar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (por ejemplo, la despersonalización). -Los síntomas tienden a ser transitorios y duran minutos u horas. -El retorno real o percibido de los cuidados de la persona significativa puede hacer que remitan los síntomas.

Nota: Adaptado de *DSM-5* por la APA, 2014, Arlington, VA: APA, p. 663.

Tabla 2*Criterios para evaluar alteración en la personalidad*

Pautas para el diagnóstico
1. Actitudes o comportamientos significativamente discordantes, que afectan diversos aspectos de la personalidad como la afectividad, excitabilidad, control de impulsos, estilo de relacionarse, formas de percibir y pensar.
2. Comportamiento inusual duradero, desarrollo prolongado y no limitado a periodos específicos de enfermedad mental.
3. Comportamiento inusual generalizado y desadaptativo para diversas situaciones individuales y sociales.
4. Las manifestaciones surgen durante la infancia o la adolescencia y persisten en la adultez.
5. El trastorno implica un malestar personal significativo, aunque puede aparecer solamente en etapas avanzadas de su desarrollo.
6. El trastorno incluye por lo general un deterioro notable del rendimiento profesional y social.

Nota: Adaptado de *CIE-10* por la OPS, 1995, Washington DC: OPS.

Tabla 3
Criterios para diagnosticar el Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3)

Trastorno	Criterio diagnóstico
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.	-Existe una notable tendencia a actuar impulsivamente, sin considerar las consecuencias, así como un estado de ánimo inestable y caprichoso. -La planificación es mínima, el control de las explosiones conductuales es deficiente y hay intensos arranques de ira que llevan a actitudes violentas; estas pueden ser ocasionadas por recibir críticas o frustrar sus comportamientos impulsivos.
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite.	-Existen características de inestabilidad emocional; la autoimagen, objetivos y preferencias internas donde se incluye las sexuales, habitualmente son confusas o alteradas por sentimientos crónicos de vacío. -La facilidad para involucrarse en relaciones intensas e inestables pueden originar crisis emocionales constantes y comportamiento autodestructivo, con amenazas y acciones suicidas o actos autoagresivos, aunque éstos pueden suscitarse sin evidentes factores precipitantes; esta categoría incluye la personalidad límite y el TLP.

Nota: Adaptado de *CIE-10* por la OPS, 1995, Washington DC: OPS.

2.4 Evaluación del TLP y Diagnóstico Diferencial

Los síntomas de TLP suelen expresarse durante la adolescencia, en general con criterios muy claros, sin embargo, puede confundirse con otros trastornos dado que comparten ciertas características, por lo tanto, es necesario diferenciarlos basándose en las propiedades particulares, como se señala en la tabla 4.

Los diagnósticos simultáneos más comunes asociados al trastorno en diversos estudios (Chapman et al., 2020; Tully et al., 2013) muestran que, si el paciente cumple con los criterios diagnósticos del TLP, existe una alta probabilidad de cumplir para otros trastornos como ansiedad, afectividad, alimentación, personalidad y abuso de sustancias. Aun así, los diferenciadores para un diagnóstico son la disociación severa y la autolesión persistente (Bateman & Krawitz, 2013), puesto que cuando los niños tienen un trauma y no pueden afrontar adecuadamente la situación utilizan la disociación, es decir, la división de los contenidos mentales en compartimentos separados, y se autolesionan para contrarrestar los aspectos dolorosos de esta sensación (Herman & Van der Kolk, 1987). Siguiendo esta línea, el DSM-5 señala la relevancia de identificar si las conductas suicidas, ira y sentimientos de desinterés no se experimentan sólo en episodios depresivos.

Ante la complejidad del trastorno, no solo es necesaria una evaluación adecuada, sino también un diseño integral que permita dar resolución a las quejas y demandas del paciente con TLP, por lo que a continuación se abordan las diferentes formas de tratarlo.

Tabla 4*Diagnóstico diferencial del TLP*

Otros trastornos	Características	Características diferenciales del TLP
Trastorno de la personalidad histriónico.	-Búsqueda de atención. -Comportamiento manipulativo. -Emociones que cambian con rapidez.	-Autodestructividad. -Arranques coléricos en las relaciones íntimas. -Sentimientos crónicos de vacío y soledad.
Trastorno de la personalidad esquizotípico.	-Ideas paranoides.	-Ideas paranoides que suelen ser pasajeras, reactivas y modificables ante la estructuración externa.
Trastorno de la personalidad paranoide y narcisista.	-Reacción de ira a los estímulos de menor relevancia. -Relativa estabilidad de la autoimagen. -Falta de autodestructividad, impulsividad y preocupaciones por el abandono.	-Reacciones coléricas a estímulos menores. -Inestabilidad de la autoimagen. -Autodestructividad. -Impulsividad. -Miedo al abandono real o imaginado.
Trastorno de la personalidad antisocial.	-Comportamientos manipulativos orientados a alcanzar beneficios, poder o gratificación material.	-Comportamientos manipulativos orientados a captar el interés del cuidador.
Trastorno de la personalidad dependiente.	-Aumento del apaciguamiento y la sumisión. -Búsqueda urgente de una relación que le proporcione cuidados y apoyo.	-Temor al abandono y patrón típico de relaciones inestables e intensas. -Reacción con sentimientos de vacío emocional, rabia, y exigencias.
Trastornos depresivos y bipolares.	-El TLP frecuentemente se presenta con trastornos depresivos o bipolares, donde al cumplirse los criterios para ambos, pueden diagnosticarse simultáneamente.	

Nota: Se exponen los síntomas que pueden presentarse tanto en el TLP como en otros trastornos, con el fin de hacer una comparación de sus características particulares para un diagnóstico certero. Adaptado de *DSM-5* por la APA, 2014, Arlington, VA: APA, p. 665.

2.5 Tratamiento para el TLP

El tratamiento para estos pacientes ha sido catalogado como un desafío entre los profesionales de la salud mental ya que los pacientes expresan actitudes y sentimientos de manera muy intensa a los terapeutas, esto se debe a la emotividad y el descontrol, en los cuales muestran su sensación de vacío y su déficit para identificar y regular emociones. Aun así, estos pacientes pueden conseguir cambios estructurales de su personalidad, en comparación con otros trastornos de la personalidad como los esquizotípicos y paranoides que son menos susceptibles a tratamientos (Aramburu, 1996; Díaz, 2001).

Ahora bien, aunque el progreso del paciente se puede ver influenciado por la temporalidad que se asocia con los cambios biológicos a lo largo del tiempo que dan como consecuencia la disminución de la impulsividad y aprendizajes graduales de habilidades psicológicas, la evidencia continúa apoyando que la psicoterapia representa una intervención primaria o básica y junto con fármacos, constituyen un tratamiento integral y eficaz para este trastorno (Bateman & Krawitz, 2013; García et al., 2010), por lo que se profundizará más en estos tipos de tratamiento.

2.5.1 Tratamiento farmacológico.

Las farmacoterapias para el TLP son empleadas generalmente para tratar tres grupos de síntomas, los afectivos, los trastornos conductuales e impulsivos y las alteraciones cognitivo-perceptivas que manifiestan los pacientes (Nieto, 2006). Si bien, la prescripción de un medicamento debe ser contemplado como un plan a largo plazo, tomando en cuenta información del contexto actual de manejo clínico (Bateman & Krawitz, 2013), se recomienda emplear un enfoque dirigido, en el que se administren medicamentos eficaces para síntomas específicos, debido a que ningún medicamento posee la indicación para este trastorno (Starcevic & Janca,

2018), por lo cual, el 40% de los pacientes consumen tres o más fármacos simultáneamente y 10% cinco o más (Zanarini, 2004), los más utilizados según Nieto (2006) son:

- *Antidepresivos*. Disminuyen la disforia relacionada al rechazo personal y son útiles para los síntomas de irritabilidad, hostilidad y autoagresiones. Los inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS) son los más prescritos (Bateman & Krawitz, 2013).
- *Ansiolíticos*. Reducen las crisis de ansiedad, episodios de hostilidad y alteraciones del sueño.
- *Estabilizantes del estado de ánimo*. Pueden regular las variaciones del humor, ajustando la impulsividad y agresión.
- *Antipsicóticos*. Se emplean bajas dosis para tratar cogniciones alteradas, incluyendo síntomas paranoicos, alucinatorios, ilusiones y episodios de desrealización. También pueden mejorar la labilidad afectiva, así como el funcionamiento global y la psicopatía general, lo que sugiere un efecto inespecífico (Silk & Jibson, 2010).
- *Antilipémicos*. Por ejemplo, el valproato con ácidos grasos ω -3 muestra ser eficiente en la agresión y depresión (Zanarini & Frankenburg, 2003).
- En caso de presencia comórbida se utilizan psicofármacos eficaces en cada patología específica (Chanen & Thompson, 2016).

Si bien, el consumo racional y juicioso de psicofármacos puede otorgar un alivio sintomático (De Catalunya, 2011), la evidencia muestra mayor efectividad en el tratamiento cuando se combinan fármacos con psicoterapia (Amad et al., 2014).

2.5.2 Tratamiento no farmacológico.

Las terapias psicológicas para el TLP tienen como objetivo general que el paciente mejore sus relaciones interpersonales, reduzca la intensidad y prevalencia de comportamientos

autodestructivos, aumente la integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales (Díaz, 2001).

Existe evidencia de la efectividad de los tratamientos psicológicos en pacientes con TLP, puesto que, los que acuden a intervención terapéutica manifiestan una mejoría en algún momento del primer año (Linehan, 2014), las psicoterapias más eficaces son la centrada en el esquema que influye en la hipersensibilidad al rechazo y la desregulación afectiva (Tschacher et al., 2012) y la TDC para la ira y conductas parasuicidas (Stoffers et al., 2012). En este contexto, Venegas y colaboradores (2017) concluyeron que este último es el tratamiento terapéutico que más sobresale debido a los óptimos efectos que producen en los pacientes, el cual pertenece a las TCC, por lo que se profundizará más sobre este enfoque.

Capítulo 3

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y TLP

3.1 Fundamentos de la TCC

La TCC es un tratamiento psicológico que considera a las cogniciones y/o conductas disfuncionales como la causa y/o mantenimiento del malestar asociado a los trastornos mentales (Fullana et al., 2012). En este sentido, la premisa básica es que, si la causa del comportamiento es el pensamiento, este se ha de modificar mediante técnicas centradas en el cambio conductual por contingencias o de primer orden para generar una variante cognitiva. Ante esto, las variables de interés son dirigidas al pensamiento, el cual es el objetivo principal de intervención (Coutiño, 2012).

Los tratamientos se caracterizan por ser breves, dirigidos al cambio sintomático, directivos, orientados a objetivos, centrados en la modificación cognitiva y conductual de manera sincrónica y sinérgica, se utilizan tareas para casa en donde el paciente practica las habilidades aprendidas, evalúa los síntomas específicos, la frecuencia, duración, intensidad y características mediante la aplicación de instrumentos, visualizando el avance obtenido por medio de indicadores, objetivos de progreso y medición de éstos hasta que finaliza la intervención (Fullana et al., 2012; Stoffers et al., 2012; Vargas, 2018).

La TCC ha dado cuenta de su eficacia empírica para intervenir en diversos trastornos y muestra resultados favorables ante comportamientos disfuncionales (Marques et al., 2017; Norrie et al., 2013), por lo que cobra relevancia su estudio y a continuación se describe los elementos de un programa TCC enfocado a TLP.

3.2 Programa de Intervención en TCC Enfocado al Tratamiento del TLP

Quiroga y Errasti (2001) declaran que hay insuficientes evidencias para avalar a un tipo de intervención como la mejor en cuanto al tratamiento de los trastornos de la personalidad, sin embargo, afirman que la TCC, así como la terapia de la conducta han tenido los mejores resultados para el TLP. En la tabla 5 se muestran algunos de los tratamientos psicológicos desde la TCC existentes para el TLP y en la tabla 6, se muestra evidencia sobre la eficacia de los programas o intervenciones de la TCC en pacientes con TLP.

Tabla 5

Diversos tratamientos psicológicos para TLP desde la TCC

Terapia	Objetivo
Terapia cognitiva de Beck.	Cuestionamiento de los patrones de pensamiento disfuncional.
Terapia de esquemas de Young.	Modificación de los esquemas tempranos desadaptativos.
TCC dinámica de Turner.	Estrategias que implican acción (utilizan la imaginación), codificación y procesamiento de la información.
Formulación clínica de caso de Turkat.	Tratamiento basado en la solución de problemas.
Terapia dialéctica conductual de Linehan.	Aumento de la eficacia interpersonal, regulación de las emociones, incremento de tolerancia ante el malestar y aumento de autocontrol.

Nota: Adaptado de *Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento* por Caballo, V. E., 2004, España: Síntesis, p. 158 y 159.

Tabla 6

Eficacia de los programas o intervenciones de la TCC en pacientes con TLP.

Autor y año	Población	Metodología	Resultados
Turner 2000	24 pacientes diagnosticados con TLP según el DSM-III y el examen de trastornos de la personalidad. El rango de edad se sitúa entre los 18 y 27 años. El procedimiento de asignación aleatoria colocó a ocho sujetos de medicación en el grupo TDC y 11 en el grupo CCT.	TDC vs CCT. Los pacientes recibieron un mínimo de 49 sesiones y un máximo de 84 sesiones en un período de seis meses. TDC: Se hicieron dos modificaciones al enfoque, 1) se incorporaron técnicas psicodinámicas para definir el esquema de relaciones conductuales, emocionales y cognitivas de los pacientes, y 2) se proporcionaron habilidades solo durante el curso de la terapia individual para mantener las condiciones de tratamiento iguales con respecto a las horas de contacto clínico. Se realizaron seis sesiones grupales a pacientes en ambas condiciones de tratamiento. CCT: El modelo de tratamiento se basó en la CCT de Carkhuff, en el cual, el enfoque particular de los clínicos era brindar apoyo para que los pacientes pudieran utilizar el autocontrol y la reflexión para lidiar con el estrés diario y prevenir recaídas. El plan de tratamiento fue de 12 meses, las sesiones se programaron dos veces por semana. Las cuatro fases que caracterizaron el programa de tratamiento consisten en 1) mayor apoyo durante los períodos de crisis, 2) evaluación del problema, 3) tratamiento de apoyo y 4) terminación. Durante la fase de gestión de crisis, los terapeutas se reunían con los pacientes hasta tres veces por semana.	Ambos tratamientos mejoraron el funcionamiento de los pacientes con respecto a la conducta de suicidio/autolesión y en las medidas del dominio emocional con el tiempo, sin embargo, las mejoras fueron mayores en el grupo TDC. La TDC produjo puntuaciones significativamente más bajas que la CCT sobre las conductas parasuicidas, intentos de suicidio y autolesión, así como impulsividad a los 12 meses, pero no a los seis meses.

Continuación *Tabla 6*

Koons et al. 2001	20 mujeres veteranas entre los 21 a 46 años que cumplían con los criterios del DSM-III-R para TLP.	TAU vs TDC En este estudio el periodo de tratamiento fue de seis meses, con mejora a los cuatro meses; a todos los participantes se les ofreció farmacoterapia y psicoterapia. TDC: Incluyó terapia individual y entrenamiento de habilidades grupales por separado con una duración de 90 minutos por semana cada uno. Además de una reunión de consulta de terapeutas semanalmente con los médicos para garantizar que se proporcione un tratamiento competente que se adhiera a la teoría y la práctica de TDC. TAU: Incluyó terapia individual de 60 minutos a la semana con un médico, también se les ofreció uno o más grupos de apoyo y psicoeducativos. Los médicos de TAU acordaron utilizar cualquier orientación terapéutica que normalmente siguieran con un paciente con este trastorno, ninguno había recibido formación específica en TDC.	En comparación con los pacientes en TAU, aquellos con TDC informaron disminuciones significativas en la ideación suicida, desesperanza, depresión, número de actos parasuicidas, expresión de ira, ira experimentada pero no expresada, disociación y número de hospitalizaciones. Los pacientes en ambas condiciones informaron disminuciones significativas en los síntomas depresivos y en el número de patrones de comportamiento de criterio de TLP, pero no disminuyeron la ansiedad.
----------------------	--	--	---

 Continuación *Tabla 6*

Verheul et al. 2003	58 mujeres entre los 18 a 70 años diagnosticadas con TLP con base en los criterios de DSM- IV	TAU vs TDC Los pacientes se asignaron al azar a las condiciones de tratamiento por medio del método de minimización. TDC: Los pacientes recibieron 12 meses de tratamiento con sesiones semanales de TDC individual con el terapeuta principal, grupos semanales de entrenamiento de habilidades con duración de dos a 2,5 horas por sesión, reuniones semanales de supervisión y consulta para los terapeutas. -La terapia individual se centró en motivación para seguir con vida y en tratamiento, mientras que la terapia de grupo enseñó habilidades de autorregulación, cambio, autoaceptación y aceptación de los demás. -Terapeutas: Se les capacitó y supervisó en TDC a cuatro psiquiatras y 12 psicólogos clínicos. La capacitación grupal se llevó a cabo en tres grupos separados dirigidos conjuntamente por trabajadores sociales y psicólogos clínicos. TAU: Consistió en el manejo clínico de la fuente de referencia original (11 centros de tratamiento de adicciones y 20 servicios psiquiátricos). Los pacientes asistieron generalmente a no más de dos sesiones por mes con un psicólogo, un psiquiatra o un trabajador social. -Las evaluaciones iniciales se realizaron de una a 16 semanas antes de la asignación al azar, la terapia comenzó cuatro semanas después de la aleatorización y tres psicólogos clínicos realizaron todas las evaluaciones.	La TDC resultó en mejores tasas de retención, mayores reducciones de conductas impulsivas de autolesión y autolesión en comparación con TAU, especialmente entre aquellos con antecedentes de autolesión frecuente.
------------------------	---	---	---

Continuación *Tabla 6*

Brown et al. 2004	28 mujeres y cuatro hombres diagnosticados con TLP. La edad media fue de 29 años.	Terapia cognitiva para TLP. La terapia consistió en sesiones semanales de 50 minutos para 50 semanas con hasta 12 sesiones de tratamiento adicionales para usar según sea necesario durante el período de tratamiento de un año. Los terapeutas fueron entrenados usando un manual de tratamiento detallado, este fue desarrollado para abordar específicamente las creencias negativas y polarizadas que a menudo involucran un comportamiento altamente disfuncional y un afecto inestable.	Los participantes que recibieron terapia cognitiva experimentaron una disminución de los niveles de depresión, desesperanza, ideación suicida y síntomas de TLP desde la entrevista inicial hasta la finalización de la terapia y la entrevista de evaluación de 18 meses. Además, mejoraron en medidas de creencias disfuncionales que reflejaban temas de dependencia, impotencia, desconfianza, miedo al rechazo, abandono y pérdida del control emocional.
Davidson et al. 2006	106 pacientes con TLP según el DSM-IV y que hayan recibido 1) servicios psiquiátricos, 2) evaluación en los servicios de urgencias o un episodio de autolesión deliberada en los últimos 12 meses y 3) no recibir tratamiento por trastorno mental. La edad se sitúa entre 18 a 65 años	TAU vs TAU+TDC Los pacientes se asignaron al azar a TAU o TDC+TAU TDC+TAU: TDC de 30 sesiones durante un año, con una hora de duración, para trabajar en problemas de larga duración y desarrollar nuevas formas de pensar y comportarse. Recibieron TAU basado en cómo se habrían atendido si el ensayo no se hubiera realizado. TAU: Los participantes recibieron el tratamiento estándar, el cual se documentó cuidadosamente después de que cada paciente salió del ensayo. -Terapeutas: Cinco terapeutas proporcionaron TDC en el ensayo. Todos los terapeutas recibieron capacitación inicial de tres días para el aprendizaje de los detalles del modelo de tratamiento y cuatro días adicionales de capacitación conjunta durante el ensayo.	La adición de TDC al TAU reduce el número de hospitalizaciones psiquiátricas o accidentes y actos suicidas durante 12 meses de tratamiento y 12 de seguimiento, en comparación con TAU. Además, disminuye las creencias disfuncionales, estado de ansiedad y angustia por síntomas psiquiátricos. Se pueden lograr cambios positivos en la comunidad sin recurrir a tratamientos intensivos o prolongados en servicios altamente especializados.

Continuación *Tabla 6*

Linehan et al. 2006	101 mujeres entre los 18 a 45 años que cumplían con TLP y presentaban conductas suicidas y autolesivas recientes.	TDC y CTBE. Se realizó un ensayo controlado aleatorio de un año, más un año de seguimiento posterior al tratamiento en una clínica ambulatoria universitaria y práctica comunitaria. Hubo 41 terapeutas en el estudio (16 de TDC y 25 de CTBE). TDC: La capacitación de los terapeutas consistió en un seminario del enfoque de 45 horas, seguido de práctica supervisada. CTBE: Similar a una condición de TAU, el equipo de investigación no controló el tratamiento proporcionado, pero se diferenció en que las características de los terapeutas estaban controladas por el estudio mediante la selección y los arreglos de supervisión.	Los sujetos que recibieron TDC contaron con menos probabilidades de realizar un intento de suicidio, abandonar el tratamiento, tener hospitalizaciones psiquiátricas y visitas al departamento de emergencias psiquiátricas, requirieron menos hospitalización por ideación suicida y tuvieron un menor riesgo en todos los intentos de suicidio y actos autolesivos combinados. La TDC parece ser eficaz para reducir los intentos de suicidio.
Mueser et al. 2008	108 participantes que contaron con trastorno de estrés postraumático, mayor del estado de ánimo, esquizoafectivo o esquizofrenia y TLP.	TCC para el trastorno de estrés postraumático vs TAU. Se realizó un ensayo controlado aleatorio que comparó el programa TCC para el trastorno de estrés postraumático con el TAU en pacientes que recibían servicios en cuatro centros comunitarios de salud mental.	Los hallazgos sugieren que los participantes con enfermedades mentales severas pueden beneficiarse de la TCC, a pesar de los síntomas graves, pensamiento suicida, psicosis y vulnerabilidad a las hospitalizaciones.

Continuación *Tabla 6*

Norrie et al. 2013	106 asistentes a clínicas comunitarias para personas con TLP.	TCC Se hizo un ensayo controlado aleatorizado, en el que se utilizaron modelos de regresión de variables instrumentales para estimar el impacto de la cantidad y calidad de la terapia recibida (registrando las actividades y comportamientos que tuvieron lugar después de la aleatorización) sobre el número de actos suicidas y la hospitalización psiquiátrica.	Los resultados muestran una reducción en los actos suicidas durante dos años para los asignados al azar a TCC. Los terapeutas competentes en TCC pueden producir cambios en la conducta suicida del paciente en 20 sesiones o durante un año, y este efecto se mantuvo durante el período de dos años. Aquellos que reciben la cantidad correcta de terapia de un terapeuta competente muestran un efecto positivo en los resultados de aproximadamente dos o tres veces mayor.
Marqués et al. 2017	16 ensayos clínicos aleatorios.	TCC, TDC, terapia centrada en esquemas y cognitiva asistida manualmente. Se hizo una revisión de la literatura en las bases de datos Medline y PubMed, utilizando las palabras clave TLP, psicoterapia cognitivo-conductual y eficacia. También fueron incluidos los términos TCC, TDC, terapia centrada en el esquema, terapia cognitiva asistida manualmente y los artículos publicados en inglés entre 1980 y 2015; cuya población fueran adultos con TLP según el DSM y con intervención psicológica y de naturaleza TCC. Se usaron preferiblemente ensayos clínicos aleatorizados, pero en su ausencia, también se consideraron casos clínicos.	Todas las intervenciones mostraron efectos clínicos beneficiosos al reducir la patología central del TLP, psicopatología general asociada y conductas de autolesión en gravedad y frecuencia, mejoraron el ajuste social, interpersonal y global general. Además, la TDC y la centrada en el esquema provocaron una tasa de remisión de los criterios diagnósticos del TLP del 57% y 94%, respectivamente. Los estudios disponibles apoyan a la TCC como intervenciones eficaces para el TLP.

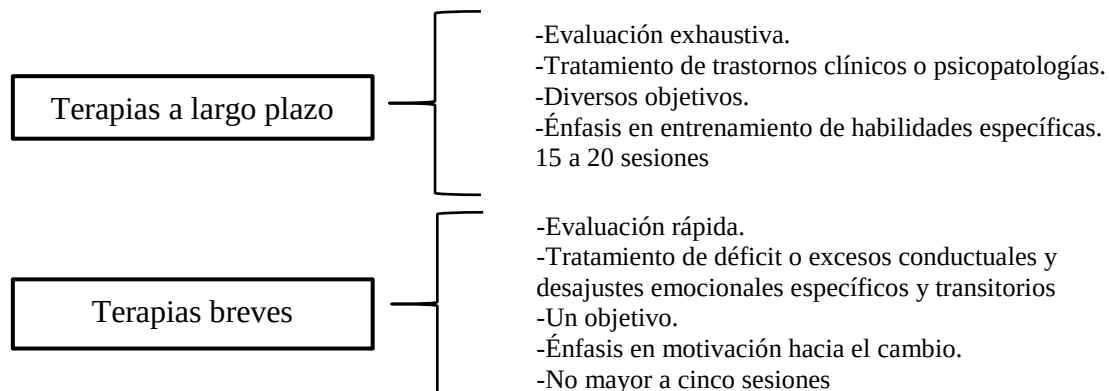
Nota: Las siglas utilizadas corresponden a Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Terapia Dialéctica Conductual (TDC), Terapia Centrada en el Cliente (CCT), Tratamiento Habitual (TAU) y Tratamiento Comunitario por Expertos (CTBE), sus abreviaciones fueron puestas en inglés. Elaboración propia.

3.2.1 Pautas de intervención breve y contención

Ahora bien, ante las condiciones sanitarias actuales se dirigió la atención en la necesidad de terapias psicológicas cortas y efectivas, por tal motivo se han empleado con mayor frecuencia las terapias psicológicas breves y a distancia, por lo que es otro método de intervención que tiene como fin que los pacientes identifiquen sus conductas problema, ofreciéndoles recursos para cambiar actitudes y afrontar las dificultades por medio del contraste empírico de sus ideas o creencias y estudio sistemático de su conducta (Ramírez & Díaz, 2009; Wilson & Franks, 1982). A continuación, en la Figura 3 se presenta una comparación entre las terapias a largo plazo y las terapias breves, ambas desde un enfoque clínico TCC, para dar pie a la estructura de la intervención.

Figura 3

Comparación entre las terapias TCC a largo plazo y breves.



Nota: Adaptado de *La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva* por Ramírez & Díaz, 2009, p. 169.

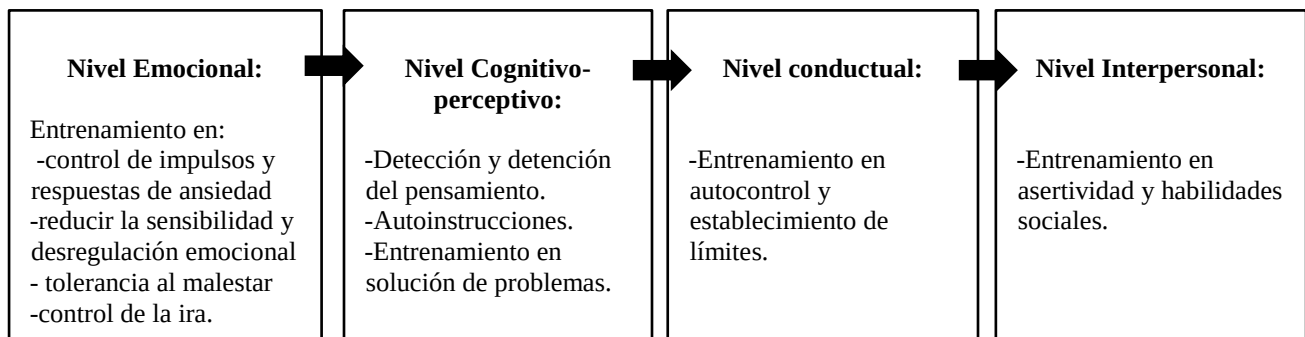
3.2.2 Estructura y técnicas de una intervención.

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

Al respecto, Caballo (2001) indica que, en el tratamiento de un paciente con algún trastorno de la personalidad, antes de comenzar con técnicas psicológicas, se debe lograr una contención, en la cual se modula el temperamento o se regula la respuesta afectiva, cognitiva o conductual que es insuficiente o excesiva. Como se observa en la figura 4, este mismo autor sugiere trabajar en diferentes niveles y estrategias.

Figura 4

Niveles del tratamiento.



Nota: Elaboración propia.

Ahora bien, es indispensable que el psicólogo formule objetivos concretos y racionales que organizarán y dirigirán las estrategias de intervención, las cuales a su vez deberán ser realistas, acordes con la gravedad y complejidad del problema del paciente (Dahab et al., 2014). Respecto al tratamiento de los pacientes con TLP, en la Tabla 7 se muestran los objetivos terapéuticos y las acciones a realizar en la terapia propuestos por Nezu et al. (2006).

Tabla 7*Objetivos o acciones específicas para el abordaje del tratamiento de pacientes con TLP*

Objetivo	Herramientas de evaluación	Intervenciones potenciales
Aumentar la adherencia y motivación para la terapia.	Observación, registro del comportamiento y entrevista clínica.	Psicoeducación, manejo de contingencias y terapia de aceptación y compromiso.
Disminuir el comportamiento parasuicida e ideación suicida.	Escala análoga visual, registro de pensamientos, análisis funcional del comportamiento autodestructivo y evaluación de los sucesos fisiológicos.	TDC para reducir el comportamiento dañino, terapia de resolución de problemas, reestructuración cognitiva e intervenciones basadas en la esperanza.
Mejorar las habilidades autorregulatorias.	Autosupervisión y mediciones fisiológicas.	Mindfulness, entrenamiento en inoculación de estrés y relajación.
Aumentar la precisión cognitiva.	Diarios cognitivos.	Reestructuración cognitiva, terapia de procesamiento cognitivo y resolución de problemas.
Mejorar las habilidades de resolución de problemas.	Simulación de situaciones conflictivas pertinentes.	Terapia de resolución de problemas y TDC.
Mejorar las habilidades interpersonales.	Simulación del área de habilidades en cuestión.	Entrenamiento de habilidades de comunicación y asertividad.

Nota: Adaptado de *Formulación de casos y diseño de TCC: Un enfoque basado en problemas* por Nezu et al., 2006, México: El manual moderno, p. 199-211.

Otras metas adicionales del tratamiento para TLP se enfocan en reducir los problemas relacionados con otros trastornos o síntomas psicológicos debido a la significativa comorbilidad, siendo para el estudio de caso disminuir el comportamiento estereotipado asociado a la dermatilomanía o escoriación, el cual es un padecimiento crónico caracterizado por la necesidad incontrolable de rascar, frotar o excavar la piel generando lesiones que pueden afectar su aspecto y producir otro tipo de complicaciones (Rivera & Arenas, 2016).

Aunado a lo anterior, de acuerdo con García-Bernardo (2007), el tratamiento debe plantearse en un rango de posibles intervenciones, condicionadas por momentos clínicos variados

que pueden generar cuestionamiento sobre la jerarquización al tomar decisiones. Sin embargo, las amenazas a la continuación del tratamiento, comunicación deshonesto o mentirosa, contrastada y confrontada con la paciente, conducta suicida u homicida inminente y conducta impulsiva de descarga dentro o fuera de la sesión terapéutica, son situaciones que requieren de atención primaria.

La TCC interviene en el paciente con TLP por las vías conductuales y/o cognitivas, ya que alterando alguno de estos elementos el estado emocional se modificará, provocando que también lo hagan los otros aspectos integrales de la persona y del enfoque, por lo que se propone intervenir en los cuatro aspectos del modelo, las respuestas fisiológicas, emoción, pensamiento y comportamiento; implementando técnicas de tratamiento para modificar la cognición y lo correspondiente a lo conductual. Algunas técnicas o procedimientos de utilidad son la psicoeducación (De Catalunya, 2011; Nezu et al., 2006), respiración diafragmática (García-Grau et al., 2008), inoculación del estrés (Meichenbaum, 1987) y manejo de contingencias (Kohlenberg & Tsai, 2000). En la Tabla 8 se describen algunas técnicas empleadas para la intervención.

Tabla 8

Técnicas de intervención basadas en los cuatro cambios terapéuticos básicos: respuestas biológicas, emoción, cognición y comportamiento.

Aspectos cognoscitivos	Psicoeducación	-Se utiliza tanto para el paciente como para su familia, pues consiste en ofrecer información de la naturaleza del trastorno y las razones de su tratamiento. -La psicoeducación puede atenuar la severidad de los síntomas como la impulsividad en general (excluyendo las autolesiones y los intentos de suicidio) y la inestabilidad relacional. -Se valora que puede ser un instrumento útil, de uso habitual y eficiente que puede ser adecuado como intervención inicial.
Aspectos fisiológicos	Respiración diafragmática	-Procedimiento para reducir la activación fisiológica relacionada con los estados emocionales negativos. -Respirar de forma correcta apoya el mejoramiento en el funcionamiento del cuerpo, donde se utiliza al oxígeno para producir la energía necesaria.
Aspectos afectivos	Entrenamiento en inoculación del estrés	-Utiliza diversas estrategias como las técnicas de relajación y autoinstrucciones. El paciente participa en la creación de una estrategia de afrontamiento individualizada, adecuada a sus necesidades y experiencias.
Aspectos comportamentales	Manejo de contingencias	-Se fundamenta en la aplicación de principios operantes de moldeamiento conductual a través de las contingencias de reforzamiento. -Se transmite en la relación terapéutica, resaltando las funciones evocadoras, discriminativas y reforzantes del terapeuta.

Nota: Elaboración propia.

3.2.3 Seguimiento y prevención de recaídas.

Si bien la finalización de la intervención es relevante, el seguimiento en los pacientes con TLP también lo es debido a la intensa inestabilidad y crisis que presentan, por lo que el objetivo principal es prevenir las recaídas mediante el fortalecimiento de los aprendizajes alcanzados y su autoeficacia al lograr que apliquen lo aprendido (Casas & Gossop, 1993; Nieto, 2006).

En el tratamiento, se deberá enseñar al paciente habilidades de afrontamiento de manera secuencial, en donde el terapeuta modela las estrategias, el individuo las ensaya en sesión, se le retroalimenta y las deberá aplicar en su vida cotidiana. Asimismo, se ensaya conductualmente una situación de riesgo simulada como si realmente estuviera ocurriendo para que le permita contar con una idea aproximada de la ejecución real en un futuro (Villa, 1997), ya que cuando se emite una remisión, significa que no se cumplen los criterios diagnósticos, pero no equivale a la ausencia de los síntomas, es más, los de tipo agudo como la autolesión, búsqueda de ayuda, amenazas o intentos de suicidio e impulsividad, en su mayoría disminuyen con el tiempo, en cambio, los de tipo afectivo que corresponden a disforia crónica como los sentimientos crónicos de vacío, ira intensa o abandono profundo, en gran medida permanecen (Zanarini et al., 2007).

La evidencia muestra un curso favorable en los seguimientos a largo plazo, con tasas de remisión de alrededor del 85- 88% en 10 años, sin embargo, los resultados a corto y mediano plazo del TLP son deficientes. A pesar de que la recaída puede provocar respuestas negativas en el paciente, en ocasiones pueden determinar las probabilidades de éxito en intentos de cambio subsecuentes (Brownell et al., 1986). La adherencia al tratamiento forma en estos casos un elemento decisivo, es por lo que la inclusión en la medida de lo posible de las redes de apoyo puede ser un factor de relevancia.

3.3 Pautas de Atención para los Familiares con TLP

El abordaje terapéutico de la familia es necesario, ya que pueden ser afectados severamente por las relaciones turbulentas y caóticas que tienen con los pacientes (De Catalunya, 2011; APA, 2010). Los familiares de pacientes con TLP han llegado a reportar mayores índices de trastornos depresivos, sobrecarga, estrés crónico y estrés traumático en comparación con la población normal

(Giffin, 2008), con frecuencia suelen expresar sentimientos como ansiedad y miedo, ante el peligro físico real y comportamientos autodestructivos (Azcárate et al., 2005).

Según Valery Poor (como se citó en Azcárate et al., 2005) lo que la familia necesita es apoyo como una red sanitaria de servicios y otros familiares que enfrentan dificultades similares para sentirse acompañados, puesto que inicialmente son afectados por la desinformación y/o desconocimiento y, adicionalmente, por la falta de habilidades para interactuar de forma asertiva con el paciente con TLP se sugiere apoyo especializado y continuo (Regalado et al., 2011).

La psicoeducación familiar abarca información actualizada sobre el trastorno, oportunidades de crear una red de apoyo para los involucrados y desarrollo de habilidades de afrontamiento personales y relacionales en el ambiente que interactúa el paciente (De Catalunya, 2011).

La experiencia clínica propone que la intervención familiar tiene mayor probabilidad de ser útil y relevante cuando los pacientes con TLP tienen una participación significativa con su familia o dependen económicamente de ellos, por otro lado, no conseguir el apoyo de la familia es una razón común de abandono del tratamiento. Finalmente, la decisión de incluir a la familia en el proceso terapéutico depende del grado de patología familiar y de las fortalezas y debilidades de sus miembros (APA, 2010).

3.4 Formación Especializada y Supervisada de Psicólogos en el Tratamiento del TLP

En el proceso de formación clínica de los psicólogos, la supervisión de casos se vuelve fundamental, sin embargo, en la atención de pacientes con TLP y sus familiares se torna de mayor relevancia. La supervisión es definida como el proceso interactivo de aprendizaje, en el que el supervisor se desempeña como un experto y el supervisado como un aprendiz, ambos planean,

dirigen y evalúan el servicio que otorgan a través de un entrenamiento en actividades clínicas que aseguran la práctica profesional en un enfoque de salud con estándares éticos y de calidad (Mora-Miranda, 2014).

La supervisión clínica en el modelo cognitivo-conductual se destaca por basarse en evidencia, establecer objetivos y procedimientos sistemáticos (Milne, 2009). Es una actividad obligatoria, directiva, estructurada, medible, con limitada duración y orientada en las habilidades del estudiante (Milne, 2008). La ejecución de la supervisión en la atención clínica puede ser de dos tipos conforme al contexto; la primera se efectúa en el sitio en el que el alumno desempeña su práctica y la segunda puede tener dos alternativas, en el primer caso, se realiza en un espacio académico ajeno al ambiente en el que este el aprendiz, o en la otra, el experto puede presentarse frecuentemente al espacio clínico del alumno (Correa, 2009). Por último, entender la vigilancia como un proceso de aprendizaje en la educación e incluir esta distinción de los modelos de supervisión clínica, favorece el desarrollo de habilidades del aprendiz teniendo diversos agentes involucrados en el proceso (Mora-Miranda, 2014).

Reporte de Caso

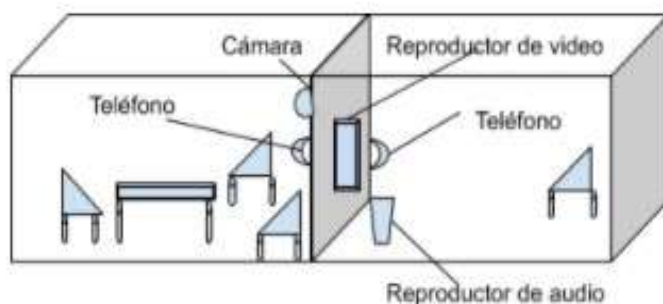
Consideraciones Éticas

El servicio de psicología fue proporcionado en las instalaciones de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) Estado de México de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Se contemplaron las consideraciones éticas expresadas en el formato de consentimiento informado (*apéndice A*), el cual fue explicado de forma verbal y resolviendo las dudas expresadas por la paciente y su tutora, una vez obtenidas las rúbricas sobre el documento se inició con la que atención clínica. La obtención del consentimiento informado se llevó a cabo en el marco de la transparencia, garantizando la confidencialidad de la información y salvaguardando los datos personales de la paciente y su familiar para fines de la atención psicológica y de la elaboración de este reporte.

Las sesiones fueron supervisadas por una profesional en el área quien también participó en estas. Los espacios que se ocuparon constaron de un salón donde estuvieron presentes los coterapeutas y la paciente, el cual cuenta con una cámara y un teléfono interfono de comunicación remota, como se observa en la figura 5.

Figura 5

Espacios que se ocuparon para la intervención psicológica.



Nota: Elaboración propia.

Descripción del Caso

Ficha de identificación.

- Nombre: APWR (seudónimo).
- Religión: Creyente sin religión aparente.
- Sexo: Femenino.
- Lugar de origen: Ciudad de México.
- Edad: 16 años.
- Lugar de residencia: Nezahualcóyotl.
- Estado civil: Soltera.
- Número de hermanos: 1
- Ocupación: Estudiante.
- Número de medios hermanos: 4
- Escolaridad: Bachillerato.
- Posición que ocupa: 2

Motivo de consulta.

La paciente fue referida al servicio de psicología clínica por su orientador escolar, sin establecer un diagnóstico previo y negó al interrogatorio antecedentes psicológicos y psiquiátricos previos. Acude a solicitar atención en compañía de su madre y tutora quien habla e indica problemática en voz de la paciente. A la valoración clínica inicial se observa a la paciente poco cooperadora a la entrevista, emite respuestas tangenciales y evita el contacto visual durante el interrogatorio. En la primera sesión refirió la presencia de ansiedad en APWR; se observó que tenía movimientos estereotipados en pies y manos que involucraron estirar una liga, presionar fuertemente el asiento con las manos y mover los pies contra el piso y el travesaño de la silla.

Por otro lado, APWR menciona en un primer momento que no identifica cuál es su problema, sin embargo, después indicó que presenta tristeza, ausencia de placer y desinterés por realizar actividades desde hace aproximadamente dos años, cuando se mudó con su padre y dejó de asistir a la escuela por un año.

“Hago mis cosas que necesito, pero no quiero, no tengo ganas, no quiero hacerlas”

(sic. pac.).

“Solamente las hago porque sé que tengo que hacerlo y es aburrido” (sic. pac.).

De igual manera, hace referencia a presentar desinterés por vivir.

“A veces me despierto pensando, Dios, ¿por qué tuve que despertarme hoy?” (sic. pac.).

Y fluctuaciones en el estado de ánimo y cognición.

“Estoy bien, pero al mismo tiempo no” (sic. pac.).

“A veces pienso demasiado y a veces no pienso en nada” (sic. pac.).

Menciona que al acudir a terapia psicológica le gustaría encontrar sentido a vivir y tener expresión propia. Ante esto, percibe su padecimiento moderadamente severo y que es regularmente capaz de enfrentar y resolver sus problemas ya que considera no ha tenido consecuencias graves debido a este.

“Pues no me he matado, así que ya es un avance” (sic. pac.).

Quiere modificar su situación ya que percibe autosabotearse, lo que causa problemas con su madre puesto que se comunica y comporta de una manera inadecuada, además de que se autolesiona. Considera que el paso necesario para lograr cambios en su situación es ser más

optimista y realizar actividades académicas que la dirijan a su meta, estudiar medicina. Las acciones que le ayudaron en mayor medida a disminuir el malestar producto de su padecimiento fue reingresar al bachillerato ya que pasaba menos tiempo en su casa y se enfocó en actividades escolares. Una barrera que puede interferir con sus logros terapéuticos es perder el interés a la atención psicológica. Por último, el indicador con el que se daría cuenta de que la terapia está funcionando es expresarse mejor.

Antecedentes

Heredofamiliares

APWR comenta tener dos primos con antecedentes psiquiátricos, sin embargo, desconoce los diagnósticos. Aparentemente su madre presenta comportamientos desadaptativos de orden alimentario, su medio hermano (A) ha tenido problemas de conducta, crisis de angustia con llanto y autolesiones en la cara por rascarse; y su medio hermano (IG) consume alcohol en exceso. Refiere que su tía (Y) y su abuela presentaron cáncer y fallecieron debido a eso.

Personales no patológicos

Habita en casa propia, construida con materiales perdurables y cuenta con todos los servicios de urbanización. APWR calificó su estado de salud físico como bueno, aunque no realice actividad física y tenga una alimentación adecuada en calidad (ingesta de frutas, verduras y productos de origen animal) pero no en cantidad (presencia de atracones alimentarios y horarios variables). Tiene hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diario, pero con desaliño.

Personales patológicos

APWR expresó únicamente la presencia de colitis nerviosa por atracones alimentarios de comida chatarra con picante, aminora su malestar con inyecciones de Ketorolaco desde hace aproximadamente cinco años.

Psicológicos patológicos

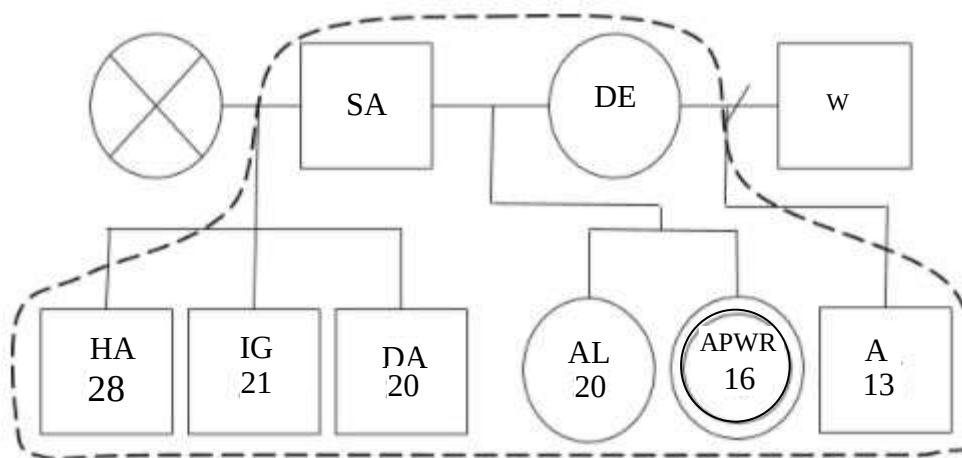
Respecto a su estado mental, APWR la percibe como *regular* ya que muestra malestar en su estado de ánimo.

Dinámica familiar, familiograma y otras redes de apoyo.

En la Figura 6 se representa la familia nuclear de la paciente, que consta de su madre (DE), padre (SA), hermana (AL), cuatro medios hermanos, de los cuales tres (HA), (IG) y (DA) son producto de la primera relación de su padre y el cuarto (A) producto de la segunda relación de su mamá con su padrastro (W).

Figura 6

Familiograma.



Fuente: *Elaboración propia.*

APWR vivió con su tía y su hermana hasta la edad de seis años, posteriormente residió con su papá, madre, hermana y sus tres medios hermanos. Ante la separación de sus padres, se cambió con su padrastro, madre, hermana y su medio hermano, pero nuevamente se modificó su residencia debido a que su madre se separó de su padrastro y se juntó con su padre. Después, regresó a la casa de su tía y hace dos años reside con su madre, padre, hermana y sus cuatro medios hermanos.

Por su parte, la paciente mencionó que hubiera querido residir con su tía, sin embargo, falleció. Además de que le desagrada cambiarse de casa y de escuela.

“Yo tenía a mi mamá, o sea a mi tía, tenía una familia con ella y tenía a mi hermana y entonces mi mamá, no, me llevó, yo ni siquiera la conocía a ella ni a mi papá” (sic. pac.).

“No me sentía como con mi familia, me sentía como si estuviera viviendo en la casa de unos extraños” (sic. pac.).

Respecto a la relación con sus familiares, la paciente percibe que es buena y *normal* debido a que los quiere e imagina que ellos también. Por otro lado, considera que no hay personas que puedan ayudarla en este cambio dado que los demás tienen sus propios problemas y están ocupados en estos, por lo que no tendría sentido pedirle ayuda a alguien más.

Madre (DE): Mencionó ser muy estricta con todos sus hijos. Por su parte, APWR la percibe como *“explosiva”* (sic. pac.).

“A veces se comporta como si tuviera quince años, así como yo me comporto”
(sic. pac.).

Al inicio de la estancia con su padrastro, APWR menciona que (DE) era muy distante con su hermana (AL), su medio hermano (A) y con ella. Actualmente, indica que es difícil comunicarse con su madre, ya que al principio el diálogo es tranquilo, pero posteriormente (DE) se altera y enoja, ignora o descalifica sus comentarios diciendo que están mal, además de tener discusiones constantes. Percibe no ser escuchada por su madre, lo que le genera frustración.

APWR menciona que (DE) frecuentemente presenta sentimientos de soledad y enojo, en ocasiones al expresarse arroja cosas, golpea objetos como la puerta e insulta a la persona con quien presenta el sentimiento.

Por otro lado, los momentos agradables que pasan se basan en que la paciente le cuente lo que aprendió en la escuela y comprar juntas la comida. Considera que anteriormente su relación era mala, pero ha ido mejorando, aparte la ha apoyado en las decisiones importantes.

Padre (SA): APWR refiere que tiene una relación distante y conflictiva con su padre, ya que difieren en sus puntos de vista. (SA) se toma todo a broma cuando la paciente le dice cosas serias y percibe que ella siempre quiere tener la razón.

“Piensa que somos, bueno que soy una niña que no sabe nada, o cosas así y me molesta demasiado” (sic. pac.).

Hermana (AL): La paciente menciona que durante la estancia con su tía (Y), su hermana y ella tenían una buena relación, la cual se modificó cuando se cambiaron de residencia con su padre, madre y con sus tres medios hermanos, ya que a su hermana le daba vergüenza estar con ella y la ignoraba. Refiere que constantemente (AL) se enoja y le dice qué hacer. Asimismo, considera que la ha apoyado o ayudado para tomar decisiones importantes.

Medio hermano (A): Convive constantemente con la paciente. APWR señala que es tímido e introvertido, pero en su casa es “*explosivo*” y “*muy grosero*” con su madre (sic. pac.), se enoja, grita, golpea y no quiere realizar actividades.

Medio hermano (IG): Al principio, APWR indica que su medio hermano (IG) era grosero con ella, ya que no le hablaba y en ocasiones la molestaba, llegó a soplarle chile en polvo en los ojos. Sin embargo, ha mejorado su relación con (IG) y actualmente la ha apoyado o ayudado para tomar decisiones importantes. (IG) presenta adicciones y alcoholismo.

Por último, reporta haber mantenido relaciones sexuales con su medio hermano (IG) desde los 12 años, expresa que su madre tiene conocimiento de esto, pero no toca el tema, pues lo único que le ha mencionado es que (IG) no tiene ninguna relación consanguínea con ella ya que supone no es hijo biológico de su padre.

Medio hermano (DA): Por su parte, (DA) de igual manera era grosero con ella cuando empezaron a vivir en la misma casa, ya que no le hablaba y después la molestaba, en una ocasión, jugando en su camioneta, (DA) e (IG) le cerraron la puerta en la mano provocando hinchazón y dolor que perduró por semanas.

Medio hermano (HA): APWR refiere que es amargado y no le agrada.

Tía (Y): La paciente precisa que tuvo una relación cercana con su tía, al grado de considerarla su mamá. Falleció hace aproximadamente dos años de cáncer, esto provocó en APWR tristeza, que predominó por un año, sentimiento que actualmente surge al hablar de ella.

Amigos: Se halló una inconsistencia en el discurso de la paciente, en relación con sus amistades, ya que en la primera sesión hace alusión a no tener amigos, la siguiente refiere contar

con uno y en otra añade a dos más. APWR no les expresa sus sentimientos, más bien hablan de temas escolares y cotidianos para que no piensen que es rara por lo que siente o las interacciones familiares que tiene. Tiene un mejor amigo, con el cual recientemente tuvo discusiones y no se hablaron hasta que él se disculpó. Esto reflejó una mejoría en su estado de ánimo ya que considera que la entiende y puede hablar de diversos temas por lo que le parece más interesante y divertido.

Historia del problema

En la Figura 7 se muestra una línea del tiempo de los acontecimientos relevantes en la vida de la paciente.

Padecimiento actual

Impresión y actitud general

Paciente femenino de complexión endomórfica. Se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, acorde a su edad y género. Tiene postura encorvada, actividad motriz tensa con movimientos estereotipados de manos y pies, expresión facial inmóvil y tono de voz moderado y claro. Se muestra con actitud cooperadora, aunque omite información en algunas de sus respuestas.

Examen mental

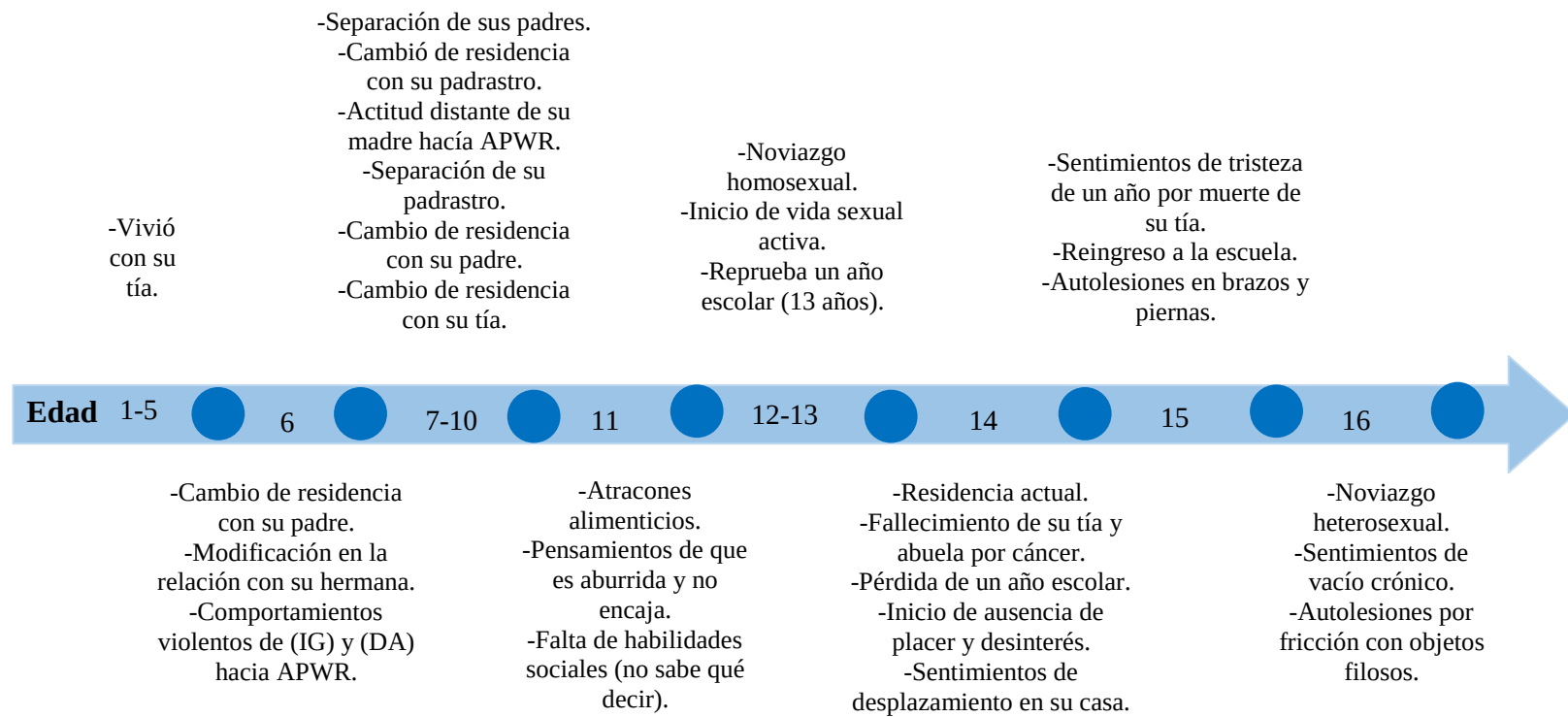
Paciente de edad aparente a la cronológica, orientada en las cuatro esferas (respecto a sí mismo, a otras personas, en el tiempo y espacio); consciente, alerta, con adecuada respuesta al ambiente; atención, concentración y memoria a corto plazo conservadas, no así la memoria a largo plazo; lenguaje coherente, fluido pero en ocasiones incongruente; pensamiento abstracto, sin alteraciones aparentes en sensopercepción; juicio conservado; impresiona inteligencia promedio; con estado de ánimo anhedónico y afecto inestable. Sin noción del posible trastorno.

Factores psicológicos complementarios

Locus de control interno, estilo de afrontamiento centrado en la emoción y redes de apoyo percibido como existentes pero disfuncionales, de tipo instrumental y económico no así en lo emocional.

Figura 7

Línea del tiempo de los acontecimientos relevantes en la vida de la paciente



Nota: Elaboración propia.

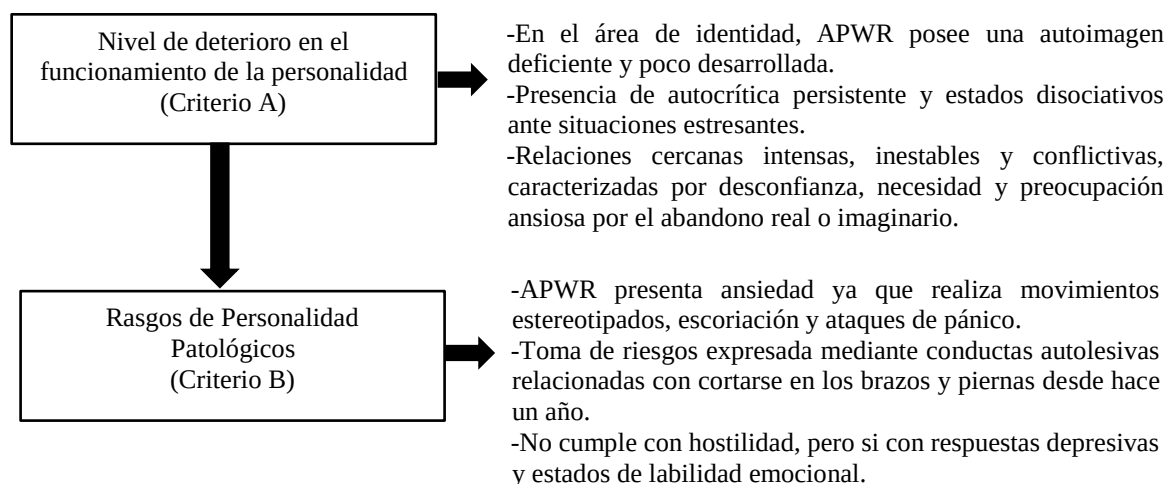
Evaluación del Caso

a. Entrevista semiestructurada

Con base en la información recabada en la historia clínica y por medio de la entrevista conductual semiestructurada, se elaboró la primera impresión diagnóstica. Se llegó a la conclusión que paciente podía presentar TLP por lo que se utilizó el modelo alternativo del DSM-5 (APA, 2014), para confirmar un trastorno de la personalidad, este se expresa en la figura 8.

Figura 8

Evaluación mediante el modelo alternativo del DSM-5.



Nota: Se tomaron en cuenta que los criterios fueran persistentes en diversas situaciones (Criterio C), estables en el tiempo (Criterio D), que no se expliquen mejor por otro trastorno mental (Criterio E), sean atribuibles a los efectos de una sustancia u otra afección mental (Criterio F) ni se conciban como normales para la etapa del desarrollo del individuo o para su contexto (Criterio G). Elaboración propia.

Presenta un deterioro en el funcionamiento de la personalidad (Criterio A), donde posee una autoimagen deficiente y poco desarrollada relacionada gran parte en lo que piense y le diga su

madre *“es que mi mamá dice que soy...”* (sic. pac.), tiene autocrítica persistente *“hago todo mal... no hago nada bien...”* (sic. pac.), estados disociativos ante situaciones estresantes *“a veces me pasa cuando estoy haciendo algo, por ejemplo, cuando estoy haciendo matemáticas, de repente me pierdo y sigo haciendo el ejercicio, pero no estoy concentrada en el ejercicio, solo de repente es ah, ya lo terminé”* (sic. pac.), preocupación excesiva y exagerada por el abandono *“Es que no quiero que piensen que soy rara como en la primaria porque siento que por primera vez tengo amigos normales, supongo, y tal vez si les contara, no sé, cómo me sienta, en qué momento o cómo funciona mi familia, tal vez consideren que soy un poco rara”*.

Respecto a los rasgos de personalidad patológicos (Criterio B), presenta ansiedad caracterizada por movimientos estereotipados de manos y piernas, escoriación *“Me da mucha comezón y me empiezo a rascar..., me da mucha comezón en los brazos o en las manos y a veces en los muslos..., me pongo, no sé, muy nerviosa y entonces empiezo a llorar y ya no sé qué hacer”* (sic. pac.), ataques de pánico con presencia de más de cuatro síntomas en un episodio y toma de riesgos con conductas impulsivas y autolesivas cortándose y frotando objetos filosos en manos y piernas, así como prácticas incestuosas.

APWR presenta dos criterios de deterioro en el funcionamiento de la personalidad (Criterio A), de los dos necesarios para esta área. Así como cuatro rasgos de personalidad patológicos (Criterio B), de cuatro necesarios, por lo que cumple los criterios de diagnóstico para TLP. Se prosiguió con una entrevista semiestructurada con un formato guía (*apéndice B*) con base en los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014) para la confirmación del diagnóstico de TLP que se expresa en la Tabla 9.

Tabla 9
Evaluación de criterios diagnósticos para TLP.

Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario.	Los esfuerzos frenéticos por evitar el abandono datan de la infancia. - <i>“Cuando yo era chiquita, ellos decían que yo era super lesbiana, entonces me esforcé demasiado en hacerles creer lo contrario”</i> (sic. pac.). Muestra miedo al rechazo, particularmente al de su mamá y amigos. - <i>“Tampoco es como que yo les diga mucho de mi vida privada o de mis sentimientos”</i> (sic. pac.). - <i>“Es que no quiero que piensen que soy rara como en la primaria porque siento que por primera vez tengo amigos normales, supongo, y tal vez si les contara, no sé, cómo me sienta, en qué momento o cómo funciona mi familia, tal vez consideren que soy un poco rara”</i> (sic. pac.). - <i>“No se lo van a decir a mi mamá o a nadie ¿verdad?”</i> (sit. pac.). Este miedo la ha llevado a tener cambios en su afecto, cognición y comportamiento para conservar la relación, refiere no tener interés en comunicarse con sus amigos, pero ante la necesidad de tener a otras personas con ella los busca. - <i>“A veces puedo hasta no hablarles una semana”</i> (sic. pac.). - <i>“En general ellos me hablan y pues ya les contesto, pero si fuera por mí, a veces no les hablaría. Por mí no le hablaría a nadie por un mes”</i> (sic. pac.). - <i>“Cuando me siento sola les contesto”</i> (sic. pac.).
Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.	Expresa gusto por ayudar a otras personas con la expectativa de que estén para ella cuando lo necesite. - <i>“Me gusta ayudar a los demás, no sé si sea malo o bueno”, “Si yo en algún punto necesitara tarea, bueno que me ayudaran, me gustaría que lo hicieran”</i> (sic. pac.). Tiene un mejor amigo, al cual considera que la entiende y puede hablar de diversos temas, por lo que le parece interesante y divertido, sin embargo, ante una discusión hizo referencia a no contar con él. - <i>“Con él puedo hablar de muchas cosas..., sobre historia y otras materias, me parece más interesante, o bueno eso me divierte más”</i> (sic. pac.). - <i>“Lo mandé al diablo”, “Me pareció medio tonto que se enojara por eso y le dejé de hablar y él también a mi”</i> (sic. pac.).

Continuación *Tabla 9*

Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.	La paciente tuvo vida sexual activa desde los 12 años, experimentó prácticas sexuales homosexuales, heterosexuales e incestuosas. - <i>“Un día me gustó una niña y después me gustó un niño”</i> (sit. pac.).
Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.	Presenta atracones alimentarios desde hace cinco años. - <i>“A veces hago las cosas sin pensarlo mucho”</i> (sit. pac.). - <i>“A veces me gusta comer demasiado”, “Cuando estoy enojada, generalmente como muchos dulces... o muchas papas con picante, uno u otro”</i> (sic. pac.). Además, consumió marihuana y cigarros como método de regulación emocional, lo cual dejó debido a que no reducía su malestar emocional. - <i>“Compré un cigarro porque me sentía enojada con mi mamá”</i> (sit. pac.).
Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.	Indicó que realiza conductas autolesivas relacionadas con cortarse en los brazos y piernas desde hace un año, la cual dejó de hacer debido a que se molestaban con ella y al miedo intenso que presentó en la última ocasión. - <i>“Hace un año me cortaba y es estúpido, pero a los demás les molestaba entonces tenía que dejar de hacerlo”, “Fue una que me hice aquí en la pierna, pero salió mucha sangre y tuve que ponerle una gasa”</i> (sic. pac.). Posteriormente, sustituyó el cortarse por frotarse ya que causa una lesión superficial que cicatriza más rápido y no le generan lesiones cutáneas permanentes. Realiza estas conductas más de una vez al día, de una a dos veces por semana después de una pelea con su madre o cuando tiene malestar emocional de otro tipo. - <i>“Como si me rascara, pero sin rascarme, más bien con afán de lastimarme”, “Con mis uñas o con algo que tenga, por ejemplo, ayer que me peleé con mi mamá se me rompió mi espejo chiquito y lo ocupé..., me empecé a rascar con él”</i> (sic. pac.). - <i>“El lunes, pero no fue como las otras, ósea no fue literal mucho, no sé cómo explicarlo, nada que pudiera dejar marcas..., con un cuchillo, pero intente que no dejara marcas porque odio las marcas..., me raspé”, “El martes o miércoles fueron como dos veces por que la primera me peleé con mi mamá, no recuerdo por qué, peleamos muy seguido, y la segunda no sé, me sentí mal”</i> (sic. pac.). Estos comportamientos los realiza cuando se siente muy triste o enojada. - <i>“Me duele, pero tampoco es como que pueda parar de hacerlo”, “Ese día me sentía muy frustrada y no sé, fue un cómo desahogo, pero, o sea, no me gusta el dolor, pero a la vez sí, no sé cómo explicarlo”</i> (sic. pac.).

Continuación *Tabla 9*

Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo.	Presenta conductas asociadas a la escoriación, la cual estima como frecuente y cataloga su presencia desde su infancia. - <i>“Creo que eso si he sido desde siempre..., por eso me molestaban en la escuela a veces..., porque repetía algunos movimientos o porque luego me rascaba la cara, decían que estaba loca”</i> (sic. pac.). - <i>“Me dio mucha comezón, estaba rascándome los brazos. A veces, cuando estoy muy frustrada me da mucha comezón, a veces en la cara”, “No sé si pueda controlar muy bien mi estrés, me siento mal, me empieza a doler la cabeza, el estómago y me empieza a dar comezón”</i> (sic. pac.).
Sensación crónica de vacío.	Refiere sensación de vacío, pues percibe que su vida no tiene un sentido o no es valiosa, esta se originó a los seis años cuando dejó de vivir con su tía y regresó a vivir con su padre y madre. - <i>“No me sentía como con mi familia, me sentía como si estuviera viviendo en la casa de unos extraños”, “Siento que mi vida no tiene sentido”</i> (sic. pac.). El desinterés que presenta precede desde la secundaria ya que no le encontraba sentido en las actividades académicas que realizaba y se sentía apartada de su familia. - <i>“En la secundaria me sentía desplazada en mi casa”</i> (sic. pac.). - <i>“No me portaba bien, no me interesaba la escuela, no le veía sentido”</i> (sic. pac.). - <i>“Me iba de pinta, no entraba a clases, no ponía atención, le contestaba a los maestros”</i> (sic. pac.). Posteriormente, desarrolló una ausencia de placer y desinterés por actividades tanto de su agrado como rutinarias. Este sentimiento lo ha tenido alrededor de dos años, cuando se mudó a su residencia actual, dejó de asistir a la escuela y murió su abuela y tía, ambas por cáncer. - <i>“Quiero ver si le encuentro sentido realmente a vivir”</i> (sic. pac.). - <i>“Hago mis cosas que necesito, pero no tengo ganas, no quiero hacerlas”</i> (sic. pac.). - <i>“Antes me gustaba escribir, me gustaban muchas cosas y ahora me dan mucha flojera hacerlo, no quiero hacer nada y a veces me despierto pensando, Dios, ¿por qué tuve que despertarme hoy?”</i> (sic. pac.). Realizó diversas actividades para disminuir su malestar, sin embargo, las abandonó por desinterés. - <i>“Me intenté buscar otros hobbies porque dije, bueno, no me interesa la lectura entonces podría aprender a tocar el violín, y si me gusta el violín, pero tampoco me interesa”</i> (sic. pac.).

Continuación *Tabla 9*

Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.	Presenta enfado constante y discusiones con su padre, madre, hermana y dos medios hermanos, esto genera en ella culpa. Las expresiones de ira no son directamente contra las personas, sino contra objetos. - <i>“A veces le pego a mi almohada porque me siento muy frustrada, muy enojada”</i> (sit. pac.). - <i>“Me peleé con mi mamá, no recuerdo por qué, peleamos muy seguido”, “Siento que me autosaboteo..., a veces yo causo mis problemas con mi mamá, a veces tenemos muchos roces y no sé porque, y siento que la mayor parte es mi culpa, bueno creo que todas son mi culpa porque le contesto feo y hago cosas malas o, a veces, o me lastimo a mí y ella se enoja”</i> (sic. pac.).
Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.	En general, APWR considera que no controla satisfactoriamente su estrés. - <i>“Siento que pierdo el control de mi vida, que no estoy haciendo las cosas bien, que, no sé, me siento un poco estresada”, “Otras veces me siento muy encerrada y me dan ganas de tirarme al suelo y hacerme bolita porque, no sé, siento que todo se me están viniendo encima”</i> (sic. pac.). Presenta ideas paranoides sobre daños potenciales físicos. - <i>“Yo odio estar en el elevador, aparte de que hay muchas probabilidades de que se caiga y no hay muchas maneras de salvarte cuando se cae un elevador”, “Por ejemplo, ir a la feria me da miedo porque qué tal si los juegos se separan o algo así, no sé, me pone muy nerviosa. También en el carro, no me gusta ir en carro, y subir, o sea, en el carro cuando van en puentes, también me pone muy nerviosa”, “Cerca de mi casa hay un letrero, donde esta Elektra, entonces hay un letrero, y cuando tiembla, bueno que tal si un día tiembla y se nos cae encima el letrero, o explota el gas porque el gas explota cuando tiembla, o se pueden caer las instalaciones eléctricas o todo eso, o bueno, en mi patio hay laminas y qué tal si se cae las láminas encima de nosotros”</i> (sic. pac.). Refiere síntomas de despersonalización en episodios de ira y disociación al realizar actividades cotidianas o en crisis de ansiedad. - <i>“Siento que estoy aquí pero no estoy aquí”</i> (sit. pac.). - <i>“Cuando me peleo con alguien, cuando, bueno, es una pelea a gritos o algo así, siento que en realidad no soy yo la que está hablando, que es como, estoy descontrolada y me siento mal porque en el fondo no quiero gritar, no quiero, no, no quiero”</i> (sic. pac.). - <i>“Me da mucha comezón y me empiezo a rascar..., me da mucha comezón en los brazos o en las manos y a veces en los muslos..., me pongo, no sé, muy nerviosa y entonces empiezo a llorar y ya no sé qué hacer porque no soy yo, no, es que no me quiero rascar, pero lo estoy haciendo y a veces no me doy cuenta que lo estoy haciendo ya hasta que me empieza a arder en donde me estoy rascando y no sé, es lo que pasa, y ya después no sé, solo como si no estuviera yo”, “También, a veces me pasa cuando estoy haciendo algo, por ejemplo, cuando estoy haciendo matemáticas, de repente me pierdo y sigo haciendo el ejercicio, pero no estoy concentrada en el ejercicio, solo de repente es ah, ya lo terminé”</i> (sic. pac.). Camina sobre la calle y al llegar al lugar se pasa o no sabe cómo llegó <i>“luego ni me acuerdo a qué iba”</i> (sit. pac.).

Nota: Se organizó la información recabada, citando las respuestas de APWR junto a los criterios diagnóstico de TLP. Elaboración propia.

b. Lista de chequeo

Posteriormente, ante la identificación de movimientos estereotipados que involucraron estirar una liga con las manos y mover los pies, los cuales presentó desde la primera sesión, se utilizó una lista de chequeo (*apéndice c*) con base en los criterios del DSM-5 para los ataques de pánico (APA, 2014), estos fueron presentados en forma de ítems con el objetivo de valorar la frecuencia a lo largo de una semana, se explicaron las instrucciones y se aclararon sus dudas. La información se complementó con la entrevista identificando que generalmente se le acelera el corazón cuando está asustada, tiene miedo a perder el control al enojarse, miedo a morir relacionado con tener una muerte dolorosa y siente asfixia estando en lugares encerrados como elevadores. En la Tabla 10 se describe la lista de conductas problema asociadas al TLP, mientras que en la tabla 11 se observa el análisis de secuencias del problema.

Tabla 10*Lista de conductas problema asociadas al TLP.*

Nivel motor
- Movimientos estereotipados de manos y piernas. - Escoriación. - Atracones alimentarios. - Autolesiones (en primer momento cortándose y posteriormente frotándose hasta provocarse irritación). - Discusiones con su mamá y otros familiares. - Impulsividad. - Llanto.
Nivel cognitivo- emocional
- Ausencia de placer. - Desinterés por realizar actividades. - Despersonalización. - Disociación. - Frustración. - Percepción de perder el control. - Pensamientos relacionados con la muerte o suicidio. - Pensamientos relacionados con perder el control.
Nivel fisiológico
- Taquicardia. - Dolor abdominal. - Dificultad para respirar (disnea). - Parestesias. - Sensación de calor o escalofríos. - Sensación de ahogo. - Sudoración. - Temblor.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 11*Cuadro secuencial integrativo.*

Estímulos (2)	Variables Organísmicas (4)	Respuesta (1)	Consecuencias (3)
<i>Externos:</i>	<i>Factores biológicos:</i>	<i>Trastorno Límite de la Personalidad</i>	Inmediatas Individuales:
- Exigencia escolar. - Reclamos de su mamá, hermana o medio hermano (IG) - Comportamiento violento de su madre (arroja y golpea cosas, insulta). - Discusiones con su hermana y medio hermano (IG).	- Femenino. - 16 años. - Colitis nerviosa en tratamiento. - Sin antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos		
	<i>Historia de reforzamiento:</i>	<i>Motor</i>	Internas
	- Sensación de alivio después de autolesionarse. - Las personas la buscan después de una discusión. - Ayuda con la expectativa de que sea recíproco. - Querer cumplir las expectativas de su profesor y madre en que sea seria e inteligente. - Locus de control interno - Estilo de afrontamiento centrado en la emoción	- Movimientos estereotipados. - Escoriación. - Atracones alimentarios. - Autolesión. - Discusiones. - Impulsividad. - Llanto.	- Sensación de alivio después de autolesionarse. - Ideación suicida.
	<i>Habilidades:</i>	<i>Cognitivo</i>	De otros mediatas:
	-Lectura constante.	-Sentimiento crónico de vacío. -Despersonalización. - Disociación. -Frustración. -Percepción de perder el control -Percepción de red de apoyo escasa. -Autodegradación.	-Las personas la buscan después de una discusión.
	<i>Variables cognitivo-conductuales:</i>	<i>Fisiológico</i>	
	-Vulnerabilidad ambiental relacionada con exposición a estrés y violencia frecuente. - Creencias relacionadas al afecto familiar y ante el suicidio determinadas predominantemente por la religión. - Querer cumplir las expectativas de su tía (Y).	- Taquicardia. - Dolor abdominal. - Disnea. - Parestesias. - Sensación de calor o escalofríos. - Sensación de ahogo. - Sudoración y temblor.	

Nota: Elaboración propia.

Análisis Funcional de la Conducta

Se presenta a consulta psicológica paciente femenino de 16 años, soltera, sin antecedentes psicológicos y psiquiátricos aparentes, cursa el nivel medio superior, no practica ninguna religión, pero es creyente; es dependiente económicamente de sus padres.

Acude por un problema que reporta como “tristeza, ausencia de placer, desinterés por realizar actividades y por vivir”, que se caracteriza a nivel motor por movimientos estereotipados de manos y piernas, escoriación, atracones alimentarios, autolesiones (en primer momento cortándose y posteriormente frotándose hasta provocarse irritación), discusiones familiares, impulsividad y llanto; a nivel cognitivo emocional con sentimientos crónicos de vacío, despersonalización, disociación, frustración y percepción de perder el control y de una red de apoyo escasa; y a nivel fisiológico se manifiesta con taquicardia, dolor abdominal, disnea, parestesias, sensación de ahogo, calor o escalofríos, sudoración y temblor.

Lo anterior se hace altamente probable cuando: 1) en la escuela, APWR procura cumplir con sus tareas y de no ser así manifiesta síntomas de ansiedad que la llevan a conductas autolesivas (escoriación) y le generan una sensación de alivio, y 2) en la casa, ante los reclamos y discusiones de su mamá, hermana o medio hermano (IG) y comportamiento violento de su madre (arroja y golpea cosas, insulta) presenta síntomas de ansiedad, despersonalización, disociación, pensamientos intrusivos (autodegradación y percepción de perder el control), autolesiones (cortarse y frotarse) que la dirigen a tener sensación de alivio, ideación suicida y que las personas la busquen. APWR disfruta de leer, escribir, asistir a museos, conversar sobre la historia de México y universal. Cabe mencionar que APWR quiere cumplir con las expectativas, por lo que procura comportarse adecuadamente y ayudar con la esperanza de que sea recíproco.

Acorde con el análisis anterior se considera que el tratamiento se enfoque a nivel conductual tanto en las situaciones estímulo antecedentes y las consecuencias, propiciando una modificación a nivel motor y cognitivo con psicoeducación sobre ansiedad y TLP, así como autoinstrucciones y entrenamiento en habilidades autorregulatorias (emociones); y a nivel fisiológico con un entrenamiento en relajación mediante respiración diafragmática. A la par de la intervención con la paciente, se desarrolla psicoeducación para la tutora utilizando material complementario.

Planteamiento del problema

El TLP ha generado gran interés ya que es un desafío en el área de la salud mental, debido a que su pronóstico generalmente es desfavorable, con alta prevalencia y comorbilidad que complica la intervención. Además de la gravedad del trastorno, a consecuencia de la conducta autodestructiva y el alto riesgo de suicidio de los pacientes (Valverde, 2012).

Se presenta en el 0,9 – 3% de adolescentes menores a 18 años (De Catalunya, 2011) y en 1,6% de la población general, aunque podría alcanzar el 5,9%, del cual, cerca del 6% reciben atención primaria a causa de este trastorno (APA, 2014), el 11% asiste a clínicas ambulatorias y el 20% ingresa a hospitalización a razón de alguna crisis de índole emocional (Chapman et al., 2020). Asimismo, según datos estadísticos nacionales, al menos el 1.5% de la población presenta TLP, sin embargo, la información es limitada (SSA, 2018).

Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de la intervención cognitivo conductual breve sobre los comportamientos asociados al trastorno de la personalidad límite en una adolescente?

Hipótesis

Ha: Si la paciente con TLP recibe intervención cognitivo conductual breve desarrollará estrategias de afrontamiento más funcionales ante las respuestas asociadas a dicho trastorno.

Ho: Si la paciente con TLP recibe intervención cognitivo conductual breve no desarrollará estrategias de afrontamiento más funcionales ante las respuestas asociadas a dicho trastorno.

Diseño de la investigación

Se presenta caso único de paciente femenina soltera de 16 años, que estudia nivel medio superior, no practica ninguna religión, pero es creyente. Se valoró llegando a la conclusión de un diagnóstico de TLP. En la evaluación se empleó la historia clínica, entrevista conductual semiestructurada y una lista de chequeo. Se desarrolló un programa de intervención con Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) que consistió en cinco sesiones, de una hora de duración, programadas una vez por semana. Las técnicas utilizadas fueron informativas (orientación y psicoeducación) y de relajación, además se emplearon autorregistros para dar cuenta del cambio clínico. Se incluyó a la tutora en el proceso terapéutico mediante estrategias de contención y psicoeducación.

Objetivos

Objetivo General

La paciente desarrollará estrategias de afrontamiento funcionales ante las respuestas asociadas al diagnóstico de TLP.

Objetivos Específicos.

- Identificará las características y condiciones de atención del servicio psicológico.
- Identificará las características generales del TLP por medio de información clara y ajustada a sus necesidades, extraída de fuentes confiables y fidedignas.
- Enlistará las respuestas asociadas al TLP posterior al proceso psicoeducativo.
- Identificará los síntomas y respuestas asociadas a las crisis de angustia.
- Reducirá la manifestación de ansiedad en un nivel de respuesta fisiológico por medio de ejercicios de relajación.

Objetivos Secundarios que lograr con tutora:

- Describir a la tutora los síntomas de la ansiedad para comprender y de ser necesario auxiliar a la paciente.
- Describir a la tutora el funcionamiento del TLP para la aceptación y búsqueda de ayuda especializada.

Programa de intervención.

Las sesiones se programaron los viernes de manera semanal. En la tabla 12, se describe el procedimiento utilizado en las sesiones.

Tabla 12
Programa de intervención

<i>Número de sesión:</i> 1	<i>Objetivos Particulares:</i> 1) Presentación del servicio, 2) Describir los componentes del consentimiento informado, e 3) Identificar el motivo de consulta.			
<i>Fecha:</i> 11/10/19	<i>Criterio de cambio:</i> No aplica.			
<i>Técnica o procedimiento:</i>	<i>Actividad del Terapeuta:</i>	<i>Actividad del Paciente:</i>	<i>Tarea para casa:</i>	<i>Inclusión familiar al tratamiento:</i>
-Entrevista semiestructurada con los formatos de consentimiento informado (apéndice A) e historia clínica.	-Explicar las características del servicio, objetivos y forma de pago. -Describir los componentes del consentimiento informado y recabar la firma de la paciente. -Identificar el motivo de consulta.	-Responder a las preguntas de forma honesta bajo la solicitud del terapeuta. -Expresar sus dudas.	-No aplica.	-Se leyó el consentimiento informado tanto a la paciente como a la tutora para que ambas conocieran y estuvieran de acuerdo con el proceso.
<i>Número de sesión:</i> 2	<i>Objetivos Particulares:</i> 1) Detectar respuestas asociadas al Pb Dx de TLP, e 2) Identificar síntomas relacionados con ataques de pánico.			
<i>Fecha:</i> 18/10/19	<i>Criterio de cambio:</i> No se definió ninguno en esta sesión por estar en fase de evaluación.			
<i>Técnica o procedimiento:</i>	<i>Actividad del Terapeuta:</i>	<i>Actividad del Paciente:</i>	<i>Tarea para casa:</i>	<i>Inclusión familiar al tratamiento:</i>
-Entrevista semiestructurada enfocada a TLP (apéndice B), y lista de chequeo (apéndice C) para trastorno de pánico basadas en los criterios nosológicos del DSM 5.	-Precisar la existencia de conductas motoras, fisiológicas o cognitivas relacionadas con el TLP y ataques de pánico.	-Responder las preguntas de la entrevista y lista de chequeo.	-No se asignó.	-Entrevista paralela con su madre por parte de la profesional responsable del caso sobre los mismos objetivos.

Continuación *Tabla 12*

<i>Número de sesión:</i> 3	<i>Objetivos Particulares:</i> Entrenamiento en habilidades autorregulatorias.			
<i>Fecha:</i> 25/10/19	<i>Criterio de cambio:</i> Realización de la técnica adecuadamente dos veces.			
<i>Técnica o procedimiento:</i>	<i>Actividad del Terapeuta:</i>	<i>Actividad del Paciente:</i>	<i>Tarea para casa:</i>	<i>Inclusión familiar al tratamiento:</i>
-Psicoeducación en ansiedad.	-Exponer sobre ansiedad y respiración	-Practicar respiración	-Practicar la	-Se le otorgó de igual manera
-Respiración diafragmática.	diafragmática con una presentación en	diafragmática.	respiración	una infografía a la tutora y se
-Modelamiento y moldeamiento	Power point (<i>apéndice D</i>).	-Expresar sus dudas.	diafragmática ante	le explicó brevemente el
de la respiración diafragmática.	-Proporcionar una infografía de		síntomas de	funcionamiento y ejecución de
	respiración diafragmática (<i>apéndice E</i>).		ansiedad y realizar	la técnica para que auxiliara de
	-Modelar y moldear la técnica para		bitácora del uso de	ser necesario a la paciente en
	lograr la ejecución adecuada.		la técnica (<i>apéndice F</i>).	su uso.
<i>Número de sesión:</i> 4	<i>Objetivos Particulares:</i> Confirmar y describir el Pb Dx de TLP.			
<i>Fecha:</i> 08/11/19	<i>Criterio de cambio:</i> No se definió algún criterio de cambio.			
<i>Técnica o procedimiento:</i>	<i>Actividad del Terapeuta:</i>	<i>Actividad del Paciente:</i>	<i>Tarea para casa:</i>	<i>Inclusión familiar al tratamiento:</i>
-Entrevista coordinada por la	-Indagar sobre las conductas motoras,	-Expresar y comprender	-Investigar sobre el	-Se le otorgó a la madre una
supervisora.	fisiológicas y cognitivas de interés para	las posibles dudas y	TLP en fuentes	breve descripción de la
	mayor amplitud de datos.	creencias equivocadas	confiables	sintomatología que presenta la
	-Describir brevemente y	del trastorno y de la	sugeridas.	paciente y obedece al
	resolver posibles dudas y creencias	evaluación integral.		funcionamiento del trastorno,
	equivocadas del trastorno.			además, se mencionó la
	-Explicar la relevancia de la evaluación			necesidad de una evaluación
	integral.			integral para la confirmación
				del Px Dx de TLP.

Continuación *Tabla 12*

<i>Número de sesión:</i> 5	<i>Objetivos Particulares:</i> 1) Informar sobre TLP, y 2) Reforzar la técnica de respiración diafragmática.			
<i>Fecha:</i> 15/11/19	<i>Criterio de cambio:</i> Identificar los síntomas de trastorno según el DSM- 5 y realizar adecuadamente la respiración diafragmática para controlar un ataque de pánico.			
<i>Técnica o procedimiento:</i>	<i>Actividad del Terapeuta:</i>	<i>Actividad del Paciente:</i>	<i>Tarea para casa:</i>	<i>Inclusión familiar al tratamiento:</i>
-Psicoeducación del trastorno. -Respiración diafragmática.	-Exposición sobre TLP con presentación en Power point (<i>apéndice G</i>) y proporcionar infografía del trastorno (<i>apéndice H</i>). -Otorgar una infografía sobre qué hacer ante un ataque de pánico (<i>apéndice I</i>).	-Expresar sus dudas o comentarios acerca del trastorno y de los ataques de pánico.	-No se asignó.	-Se proporcionó a la madre un tríptico para familiares con TLP (<i>apéndice J</i>), e información sobre hospitales psiquiátricos (<i>apéndice K</i>).

Nota: Elaboración propia.

Se realizó una intervención en crisis por teléfono el día 10 de noviembre del 2019, con una duración de 20 minutos, en la cual se tuvo como objetivo disminuir la respuesta fisiológica relacionada con el ataque de pánico que presentó la paciente, caracterizado por llanto, sensación de calor, parestesia en la espalda, temblor en el cuerpo, escoriación en los brazos y cara anterior de las piernas; por medio de las técnicas de respiración diafragmática, autoinstrucciones y distracción cognitiva. Al expresar la paciente mayor tranquilidad, se le dio la instrucción a la tutora de vigilarla de forma no intrusiva, con el fin de garantizar su integridad. APWR posteriormente refirió que anterior a la crisis, su ambiente presentaba ruido de instrumentos de construcción como el taladro, además de gritos debido a una discusión familiar; la intervención cumplió su objetivo, la paciente mencionó: *“No sabía que podía controlarme, no podía, solo no me sentía bien y solo hice lo que me dijeron y se sintió mejor”* (sic. pac.).

Por otro lado, la paciente asistió de forma regular hasta la quinta sesión y en la sexta ya no se presentó, se realizaron tres llamadas de rescate, a la que ninguna contestó; para esa sesión se tenía planeado entrenar a APWR en habilidades autorregulatorias mediante psicoeducación de las emociones y autoinstrucciones, en donde se le entregaría una infografía para cada técnica (*apéndice M y N*), se modelaría y moldearía las autoinstrucciones para lograr la ejecución adecuada, la paciente tendría que practicarla, expresar sus dudas y realizarla adecuadamente dos veces. Finalmente, se le dejaría de tarea llenar el formato de autorregistro en autoinstrucciones (*apéndice Ñ*) y a su tutora se le otorgaría una infografía para apoyar a direccionar las emociones de la paciente de forma positiva (*Apéndice L*).

APWR abandonó el tratamiento.

Método

El presente estudio es de caso único, en el cual la participante pertenece al sexo femenino de 16 años, soltera, sin antecedentes psicológicos y psiquiátricos aparentes, cursa el nivel medio superior, no practica ninguna religión, pero es creyente; es dependiente económicamente de sus padres.

Variables

V.D. Respuestas cognitivo-emocionales relacionadas con el TLP, específicamente escoriación, atracones alimentarios, autolesiones, impulsividad, ausencia de placer, desinterés por realizar actividades, despersonalización, disociación, pensamientos relacionados con la muerte, suicidio o perder el control.

V.I. Intervención cognitivo conductual integrada por técnicas como respiración diafragmática, autoinstrucciones y psicoeducación.

Materiales

Para la recolección de datos se utilizó un equipo celular Huawei y9 2019 que permitió la grabación del discurso de la paciente, dos cuadernos de anotaciones de los coterapeutas, una computadora HP notebook 15-BS134WM para la reproducción de presentaciones y los formatos de las actividades correspondientes a la sesión.

Instrumentos

Se utilizaron instrumentos *ad hoc*, como el formato de registro de autoinstrucciones que cuenta con tres columnas: autoinstrucción empleada, situación en la que se utilizó y la descripción de si funcionó o no; la entrevista semiestructurada que abarca los criterios diagnósticos para TLP y la lista de chequeo para ataques de pánico la cual consta de 13 ítems con cuatro opciones de

respuesta con respecto a la frecuencia de los síntomas en la última semana: 0 no presentó el síntoma, 1-2 presentó de una a dos veces el síntoma, 3-4 presentó de tres a cuatro veces el síntoma, 5-7 presentó de 5 a 7 veces el síntoma; estos dos últimos instrumentos se basaron en los criterios diagnósticos del DSM-5.

Técnicas

Orientación, psicoeducación y relatos digitales personales, así como respiración diafragmática en donde se modeló y moldeó las respuestas para una adecuada ejecución.

Entrenamiento en autoinstrucciones.

Procedimiento.

El servicio psicológico fue proporcionado en las instalaciones de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) Estado de México de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Las sesiones fueron supervisadas por una profesional en el área quien también participó en estas. Los espacios que se ocuparon constaron de un salón donde estuvieron presentes los coterapeutas y la paciente, el cual cuenta con una cámara y un teléfono interfono de comunicación remota.

Se llevaron a cabo cinco sesiones de una hora de duración, programadas una vez por semana; primero se presentó el proceso de admisión de la paciente a la clínica, donde se realizó una primera entrevista para tomar la decisión de aceptar, derivar o no admitir el caso, una vez admitida se le explicaron las características del servicio, objetivos y se le dio a firmar el consentimiento informado; se prosiguió con la apertura del expediente y la realización de la historia clínica. En las primeras dos sesiones se evaluó a la paciente por medio de la entrevista

semiestructurada enfocada a TLP y una lista de chequeo para trastorno de pánico, al tomar en cuenta la frecuencia de los ataques de ansiedad se dio prioridad a estos por lo que en la tercera sesión se proporcionó psicoeducación en ansiedad e instrucción de respiración diafragmática. La cuarta sesión fue llevada a cabo por la responsable del caso para confirmar el diagnóstico de TLP proporcionado por los coterapeutas y en la sesión posterior se proporcionó psicoeducación de TLP. Para la sexta sesión se programó psicoeducación en emociones e instruir con autoinstrucciones, sin embargo, la paciente ya no se volvió a presentar a las sesiones.

Se incluyó a la tutora en el proceso terapéutico con el fin de corroborar información, además de proveer conocimientos acerca del trastorno y habilidades que pudieran favorecer la intervención de la paciente.

Análisis estadísticos.

Para medir la frecuencia de los síntomas de los ataques de pánico presentados por la paciente se utilizó la lista de chequeo basada en los criterios diagnósticos del DSM-5 y el autorregistro. Con los datos obtenidos se sacó el porcentaje de datos no solapados o PND, por sus siglas en inglés, para cuantificar el cambio y estimar la magnitud del tratamiento (Sanz & García-Vera).

$$PND = \frac{\text{Nº de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la línea base}}{\text{Total del Nº de datos del tratamiento}} \times 100$$

Resultados

Los resultados obtenidos de la lista de chequeo (*apéndice C*) aplicada la sesión 2 que va del día 11/10/19 al 18/10/19, se expresan en la Tabla 13.

Tabla 13

Frecuencia de las respuestas asociadas a los ataques de pánico registrados en una semana, del 12/10/19 a 18/10/19.

Respuesta/síntoma	<i>f</i>	%
Físico		
Hormigueo o parestesias	2	28.56
Escalofríos/sensación de calor	3	42.84
Mareo o desmayo	1	14.28
Náuseas/malestar abdominal	5	71.4
Dificultad para respirar	5	71.4
Temblor o sacudidas	2	28.56
Sudoración	2	28.56
Palpitación o taquicardia	3	42.84
Cognitivo		
Miedo a perder el control	4	57.12
Miedo a morir	2	28.56

Nota: Elaboración propia.

La paciente reporta tener más de cuatro síntomas al mismo tiempo, mínimo dos veces por semana, por lo que se puede confirmar la presencia de ataques de pánico. Las respuestas más frecuentes fueron la sensación o dificultad para respirar o de asfixia y náuseas o malestar abdominal.

APWR logró identificar los síntomas de ataque de pánico en cinco ocasiones y disminuyó estos tres veces mediante la técnica de respiración diafragmática, como se observan en las Figuras 9 y 10 basadas en el autorregistro (*apéndice F*).

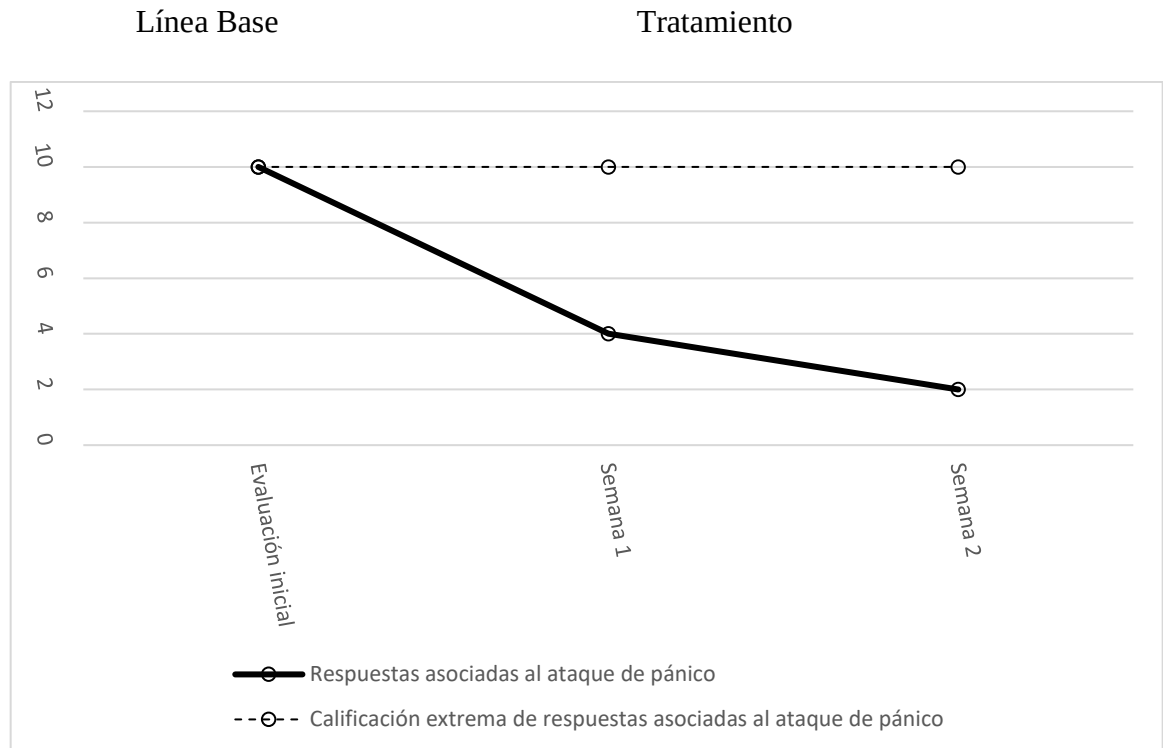
Se utilizó el porcentaje de datos no solapados o PND, por sus siglas en inglés, para cuantificar el cambio y estimar la magnitud del tratamiento (Sanz & García-Vera).

$$PND = \frac{\text{Nº de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la línea base}}{\text{Total del Nº de datos del tratamiento}} \times 100$$

$$PND \text{ presencia de síntomas de ataque de pánico} = (2/2) \times 100 = 100\%$$

Figura 9

Cambio clínico referente a la presencia de síntomas de ataque de pánico



Fuente: Elaboración propia.

Con base en los resultados, se observa un cambio del 100% para identificar los síntomas del ataque de pánico. Respecto a la psicoeducación, ésta apoyó a la aceptación del diagnóstico de TLP, influyó en la adherencia terapéutica y motivación para continuar con el tratamiento integral sugerido.

“Leí los síntomas, yo pensé que eran parte de mi personalidad” (sic. pac).

“A veces cuando sientes cosas..., o te comportas de alguna forma, necesitas ayuda extra porque no puedes manejarlo tú solo” (sic. pac).

“Si lo tengo, lo mejor es tratarlo” (sic. pac.).

“Creo que si quiero ir” (sic. pac). Refiriéndose al servicio que le brinde tratamiento psiquiátrico.

Por último, se modificaron las creencias sobre el tratamiento psiquiátrico en la paciente por medio de una breve explicación sobre cómo ayudarían en su tratamiento y mencionó aceptarlos.

“Yo pensé que no quiero llegar al grado de tener que, tener medicamentos..., qué tal si solo son placebos o es falso” (sic. pac.).

“Tengo que hacer las cosas que debo, porque no importa si mi hermana no lo cree, es algo que me está pasando” (sic. pac.).

Discusión y conclusiones

Es posible diagnosticar TLP a los adolescentes menores de 18 años debido a que un 50% de todos los trastornos mentales se expresan por primera vez a los 14 años (OMS, 2014) y el TLP prevalece en esta población de 0,9-3% (De Catalunya, 2011). Además, existen criterios diagnósticos fiables, válidos y estables (APA, 2014; Bateman & Krawitz, 2013; De Catalunya, 2011), para los cuales la paciente cumplió con los criterios mínimos necesarios.

Las asociaciones más fuertes con el inicio temprano del TLP están representadas por la exposición a traumas durante la infancia como los que la paciente manifestó, estos incluyen abuso físico y negligencia por parte de sus padres y victimización por intimidación entre pares con compañeros de escuela en nivel primaria y medios hermanos. Además, en sus relaciones interpersonales, APWR tuvo diversas separaciones tempranas de su estructura familiar, este es el factor de riesgo psicológico común para este trastorno (Bozzatello et al., 2019).

Ahora bien, las características que tienen estos pacientes les generan un deterioro clínicamente significativo (OPS, 2019). De acuerdo con los hallazgos de Tuesca-Molina y colaboradores (2008), los adolescentes tienden a reportar una percepción positiva de salud, pero si se perciben disfuncionales según su contexto pueden identificar alteraciones en su estado de ánimo; lo cual reportó APWR mencionando *“Estoy bien, pero al mismo tiempo no”* (sic. pac.), además de que presenta ataques de pánico y enfermedades gastrointestinales, que se asocian al TLP en 30-50% y 12.1% de los pacientes, respectivamente (Chapman et al., 2020; Tully et al., 2013).

Dentro de las respuestas asociadas al TLP, la paciente presenta conductas autolesivas no suicidas persistentes posterior a discusiones familiares; lo que encaja con la investigación de Herman y Van der Kolk (1987), ya que cuando los individuos no pueden afrontar de una manera

adecuada la situación traumática, utilizan la disociación y se autolesionan para contrarrestar los aspectos dolorosos.

Por otro lado, dentro de las limitaciones del estudio se encuentran la ausencia de especialidad en conocimientos de los alumnos en formación, recursos disponibles, tiempo destinado a la intervención, falta de involucramiento de la familia en la intervención y seguimiento, los cuales se describen a continuación:

El tratamiento se basó en una TCC, puesto que ha mostrado eficacia para la intervención del trastorno (*ver tabla 6*), asimismo, se recomendó un abordaje integral donde se incluyera la valoración psiquiátrica para obtener mejores resultados (García et al., 2010) y confirmar el diagnóstico de TLP. No se pudo medir la efectividad del tratamiento ni dar seguimiento debido al abandono de la terapia, esta se debió, según la paciente, a la influencia de su familia, principalmente de su madre quien fue involucrada en el proceso terapéutico mediante un diálogo paralelo a las sesiones de la paciente, esto implicó informarle sobre el diagnóstico ya que como menciona Regalado y colaboradores (2011), los familiares de los pacientes con TLP inicialmente son afectados por la desinformación y/o desconocimiento; APWR expresó preocupación de que la dejara de llevar al servicio de psicología debido al estigma que su madre tiene de los hospitales psiquiátricos, menciona *“Me preocupa el día en que mi mamá me deje de traer”*, *“No parecía con intenciones de venir, pero yo no quiero dejar de venir”*, *“Está asustada... dijo que no quería que fuéramos como mi primo porque había visto muchas cosas en los centros psiquiátricos”* (sic. pac.). La APA (2010) comenta que no conseguir el apoyo de la familia es una razón común para dejar la terapia. A pesar de esto, durante la intervención, a la paciente se le enseñaron habilidades de afrontamiento como el entrenamiento en relajación, donde los coterapeutas modelaron la ejecución, APWR ensayó en sesión y se retroalimentó para que las aplicara en su vida cotidiana,

esto, según Villa (1997) le permite contar con una idea aproximada para la ejecución real en un futuro. Además, se buscó garantizar la continuidad de su tratamiento ofreciéndole información sobre hospitales psiquiátricos (*Apéndice K*) donde seguiría con la atención de su salud mental ya que en las CUAS solo se brinda en periodos escolares (un semestre de cuatro meses) y al término de este se suspende y se reanuda hasta que inicia el próximo, por lo que la paciente estaría alrededor de dos meses sin atención. Por otro lado, debido a la rotación de profesores y alumnos en las clínicas, es probable que el seguimiento sea asignado con diferente responsable del caso y coterapeutas.

Norrie y colaboradores (2013) expresan que aquellos pacientes que reciben la cantidad correcta de TCC de un terapeuta competente muestran un efecto positivo en los resultados aproximadamente dos o tres veces mayor, sin embargo, la presente intervención se vio limitada en tiempo debido a que se realizó un cambio de profesor semanas posteriores de iniciar el semestre debido a cuestiones externas, por lo que se retrasó el tiempo destinado a la prestación del servicio, adicionalmente, no se utilizaron intervenciones especializadas como la TDC (parte de la TCC) debido a que no se poseía la competencia necesaria, se excluyó la aplicación de pruebas psicométricas que ayudaran a la confirmación del diagnóstico ya que no se contaban con ejemplares originales y no se empleó en su totalidad la CIE-11 debido a que se encuentra en revisión y no se tuvo acceso a información específica del TLP. No obstante, a pesar de eso, Davidson y colaboradores (2006) mencionan que se puede lograr cambios positivos en los pacientes sin recurrir a tratamientos intensivos o prolongados en servicios altamente especializados.

Por último, se destaca la presencia del servicio a la comunidad que presenta la UNAM, puesto que durante estas cuatro décadas la FES-Z ha tenido contacto a través de las intervenciones en salud que se otorgan en sus clínicas, ubicadas en zonas estratégicas y de costos accesibles. Anualmente, la cantidad de atenciones está por encima de las cien mil, estas se dan por medio de la supervisión de casos en donde el supervisor se desempeña como un experto y el supervisado como un aprendiz, ambos planean, dirigen y evalúan el servicio que otorgan a través de un entrenamiento en actividades clínicas que aseguran la práctica profesional en un enfoque de salud con estándares éticos y de calidad (Mora-Miranda, 2014). Sin embargo, respecto al área de psicología, el seguimiento representa una limitante importante debido a los calendarios escolares, considerando esta dificultad, una sugerencia es que, para no suspender la atención por el periodo vacacional, se disponga de una actividad extracurricular que sirva de capacitación y especialización a los estudiantes y/o egresados que quieran ampliar sus conocimientos y dar atención a pacientes. Otra sugerencia es tener convenios en las CUAS con instituciones de segundo y tercer nivel de atención a la salud mental, para poder establecer un tratamiento integral, aumentar el alcance de las clínicas y garantizar el seguimiento.

Referencias

- Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. Jason Aronson.
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 40, 6-19. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2014.01.003
- Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4(1), 123-140. https://www.trastornolimites.com/images/stories/pdf/TDC_para_el_trastorno_limite_de_la_perso.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2010). *APA Practice Guideline For The Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5a Ed. Arlington, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Azcárate, J. C., Bayón, C., Casas, R., Costi, C., Melendo, J. J., y Pérez, E. (2005). *Recorriendo los límites: Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad*. Consejería de Sanidad y Consumo. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009289.pdf>
- Bateman, A., & Krawitz, R. (2013). *Borderline Personality Disorder: An evidence-based guide for generalist mental health professionals*. Oxford University Press.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford.
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., & Rocca, P. (2019). Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Frontiers in psychiatry*, 10(710), 1-16. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00710

- Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S. E., Crits-Christoph, P., & Beck, A. T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(3: Special issue), 257-271. DOI: 10.1521/pedi.18.3.257.35450.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American psychologist*, 41(7), 765-782. DOI: 10.1037//0003-066x.41.7.765.
- Caballo, V. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 9(3), 579-605. https://www.behavioralpsycho.com/wpcontent/uploads/2020/04/10.Caballo-3_9-3oa-1.pdf
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento*. Síntesis.
- Campo-Arias, A., & Cassiani-Miranda, C.A. (2008). The Most Frequently Diagnosed Mental Disorders: Prevalence and Associated Sociodemographical Factors. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 598-613. https://www.researchgate.net/publication/262670718_The_Most_Frequently_Diagnosed_Mental_Disorders_Prevalence_and_Associated_Socio-demographical_Factors
- Casas, B. M., y Gossop, M. (Eds.). (1993). *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Neurociencias.
- Cervera, G., Haro, G., & Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad: Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Médica panamericana.
- Chanen, A. M., & Thompson, K. N. (2016) Prescribing and borderline personality disorder. *Australia Department of Health*, 39(2), 49-53. DOI: 10.18773/austprescr.2016.019

- Chapman, J., Jamil, R.T., & Fleisher, C. (2020). *Borderline Personality Disorder*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/>
- Correa, E. (2009). El supervisor de prácticas: recursos para una supervisión eficaz. *Revista Pensamiento Educativo*, 44(45), 237-254. <https://biblat.unam.mx/es/revista/pensamiento-educativo/articulo/elsupervisor-de-practicas-recursos-para-una-supervision-eficaz>
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(01), 1-18. DOI: 10.33670/18181023.v12i01.66
- Dahab, J., Rivadeneira, C., y Minici, A. (2014). Formulación de objetivos y dirección de tratamiento en terapia cognitivo conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual* (24), 1-12. <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/formulacion-de-objetivos-y-direccion-del-tratamiento-enterapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., & Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of personality disorders*, 20(5), 450-65. DOI: 10.1521/pedi.2006.20.5.450.
- De Catalunya, D. D. S. G. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Agencia d'Informacio, Avaluacio i Qualitat en Salut.
- Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(78), 51-70. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352001000200004&lng=es&tlng=es
- Dunn J. & Plomin R. (1990). *Separate lives: why siblings are so different*. Basic Books.

- Feldman R. B., Zelkowitz P., Weiss M., Heyman M., Vogel J., & Paris J. (1995). A comparison of the families of borderline personality disorder mothers and the families of other personality disorder mothers. *Comprehensive Psychiatry*, 36(2), 1-8. DOI: 10.1016/s0010-440x(95)90110-8
- Fernández-Guerrero, M.J. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 37(132), 399-413. DOI: 10.4321/S0211-57352017000200005
- Ferrer, M., Andión, Ó., Calvo, N., Ramos-Quiroga, J. A., Prat, M., Corrales, M., & Casas, M. (2017). Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 267(6), 541-549. DOI: 10.1007/s00406-016-0733-2.
- Fripp, A. (2015). *El adolescente del siglo XXI y su adolescencia educativa*. En Instituto Crandom. (Ed.). *Ser docente en el Siglo XXI: Ensayos*. (pp.37-53). Ediciones B Uruguay S.A.
- Fullana, M. A., Fernández, L., Bulbena, A., y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219. DOI:10.1016/j.medcli.2011.02.017.
- García, M., Martín, M., y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263- 278. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352010000200005
- García-Bernardo, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP). *Clínica y Salud*, 18(3), 347-361.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113052742007000300006&lng=es&tlng=es

García-Grau, E., Fusté-Escolano, A., y Bados-López, A. (2008). *Manual de entrenamiento en respiración*. Universitat de Barcelona.

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/3941/1/MANUAL%20DE%20ENTRENAMIENTO%20EN%20RESPIRACION.pdf>

Giedd, J.N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 10(21), 77–85. DOI: 10.1196/annals.1308.009

Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder. *Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138. DOI: 10.1375/anft.29.3.133

Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 105-122. <http://www.redalyc.org/html/802/80212387006/>

González-Vives, S., Díaz-Marsá, M., Fuentenebro, F., López-Ibor Aliño, J. J., y Carrasco, J. L. (2006). Revisión histórica del concepto de trastorno límite de la personalidad (borderline). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(5), 336-343. <http://web.a.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/detail/detail?vid=7&sid=139a3693-b5e5-494cbc5de2363604d284%40sessionmgr4008&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=22762043&db=lth>

Guilé, J.M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & de La Rivière, S.G. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*, Nov 23;9:199-210. DOI: 10.2147/AHMT.S156565.

- Green, J., McLaughlin, K., Alegría, M., Costello, E., Gruber, M., Hoagwood, K., & Kessler, R. (2013). School mental health resources and adolescent mental health service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(5), 501-510. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.03.002.
- Herman, J. & Van der Kolk, B. (1987). *Traumatic antecedents of borderline personality disorder*. In Van der Kolk, B (Ed.) *Psychological trauma*. (pp. 11-126). American Psychiatric Press.
- Hidalgo, M., & Ceñal, M. J. (2014). Adolescencia: Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de pediatría continuada*, 12(1), 42-46. DOI: 10.1016/S1696-2818(14)70167-2
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2000). Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 500-505. DOI: 10.1016/S1077-7229(00)80065-6
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 32(2), 371-390. DOI:10.1016/S0005-7894(01)80009-5
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph*, 137, 201-201. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8289922/>
- Linehan, M. M. (2014). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-66. DOI: 10.1001/archpsyc.63.7.757.

- Marques, S., Barrocas, D., e Rijo, D. (2017). Intervenções Psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: Uma Revisão das Terapias de Base Cognitivo-Comportamental. *Acta Médica Portuguesa*, 30(4), 307-319. DOI: 10.20344/amp.7469.
- May, J. M., Richardi, T. M., & Barth, K. S. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *The mental health clinician*, 6(2), 62–67. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.62>
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E. & Zambrano, J. (2005). Prevalencia, uso de servicios y correlatos demográficos de los trastornos psiquiátricos DSM-IV de 12 meses en México: resultados de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de México. *Medicina psicológica*, 35(12), 1773-1783. DOI: 10.1017/S0033291705005672
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Mercado, S. D., Madariaga, O. C., & Martínez, G. M. (2012). Salud mental positiva y calidad de vida en adolescentes trabajadores y no trabajadores del municipio de Toluviéjo, Sucre. *Cultura, educación, sociedad*, 3(1), 157-174. https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/962/pdf_182
- Milne, D. (2008). *Introduction to clinical supervision: A tutor's guide*. <http://higheredbcs.wiley.com/legacy/college/milne/1405158492/manual/manual.docx>
- Milne, D. (2009). *Evidence-Based Clinical Supervision: principles and practice*. British Psychological Society, Blackwell.
- Mora-Miranda, M. A. (2014). *La supervisión Clínica en Medicina Conductual*. En Reynoso, L., y Becerra, A.L. (Eds.). *Medicina conductual: Teoría y Práctica*. (pp.27-42). Qartuppi. UNAM. DOI: 10.29410/QTP.14.01

- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, M. K., Bolton, E. E., Lu, W., Hamblen, J. L., Rosenberg, H. J., McHugo, G. J., & Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitivebehavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 259-271. DOI: 10.1037/0022-006X.76.2.259
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivoconductuales: Un enfoque basado en problemas*. El manual moderno.
- Nieto, T. E. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4-20. <https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/TLP-estudio-y-tratamiento-portaniaescribano-nieto.pdf>
- Norrie, J., Davidson, K., Tata, P., & Gumley, A. (2013). Influence of therapist competence and quantity of cognitive behavioural therapy on suicidal behaviour and inpatient hospitalisation in a randomised controlled trial in borderline personality disorder: further analyses of treatment effects in the BOSOT study. *Psychology and psychotherapy*, 86(3), 280-93. DOI: 10.1111/papt.12004.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Desarrollo en la adolescencia*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud mental del adolescente*.

<https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/>

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: Décima revisión (CIE-10)*. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Médica Panamericana, S. A.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Marco de Referencia para la implantación de la Estrategia Regional de Salud Mental*.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/MARCO%20DE%20REFERENCIA%20Salud%20Mental%20final.pdf?ua>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima primera revisión. (CIE-11) para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/334423054>

Paris, J. (1996). *Social Factors in the Personality Disorders. A Biopsychosocial Approach to Etiology and Treatment*. Cambridge University Press. Polaino-Lorente, A., Cabanyes, J., & Armentia, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Rialp, S.A.

Polaino-Lorente, A., Cabanyes, J., & Armentia, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Rialp, S.A.

- Quiroga, E., & Errasti, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3), 393-406. <http://www.psicothema.com/pdf/462.pdf>
- Quiroga, S. (2004). *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. U.B.A.
- Ramírez, H. N., y Díaz, C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=799/79911627012>
- Reeves-Dudley B. (2017). Borderline Personality Disorder Psychological Treatment: An Integrative Review. *Archives of psychiatric nursing*, 31(1), 83–87. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.08.009>
- Regalado, P., Pechon, C., Stoewsand, C., y Gagliesi, P. (2011). Familiares de personas con Trastorno Límite de la personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 245-252. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivoforo01.pdf>
- Rivera, E. I., y Arenas, R. (2016). Dermatilomanía o trastorno de escoriación. Una revisión. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 14(3), 216-221. <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69319>
- Rodríguez-Fleitas, G., & Betancor-Alonso, C.D. (2018). Trastorno Límite de la Personalidad: Abordaje Teórico e Introducción a la Práctica. *Publicaciones Didácticas*, 91(1), 5-41.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Secretaría de Salud (2002). *Programa de Acción en Salud Mental*. Organización Mundial de la Salud. Secretaria de Salud. (2018). *Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno*

- límite de la personalidad*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padecetrastorno-limite-de-la-personalidad>
- Secretaria de Salud (2018). *Alrededor de 1.5% de la población padece trastorno límite de la personalidad*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padecetrastorno-limite-de-la-personalidad>
- Semerari, A. y Dimaggio, G. (Eds.) (2008). *Los trastornos de la personalidad. Modelos y tratamientos*. Descleé de Brouwer.
- Silk, K. R. & Jibson, M. D. (2010). *Personality disorders*. In A. J. Rothschild (Ed.), *The Evidence-Based Guide to Antipsychotic Medications* (pp. 101-124). American Psychiatric Publishing.
- Skodol, A. (2018). *Generalidades sobre los trastornos de la personalidad*. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-lapersonalidad/generalidades-sobre-los-trastornos-de-la-personalidad>
- Starcevic, V., & Janca, A. (2018). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: Replacing confusion with prudent pragmatism. *Current opinion in psychiatry*, 31(1), 69-73. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000373
- Stoffers, J. M., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 8: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Tajima, K., Díaz-Marsá, M., Montes, A., García-Andrade, R. F., Casado, A., y Carrasco, J. L. (2009). Estudios de neuroimagen en el trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 37 (3). <https://medes.com/publication/51929>

- Torgersen S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian journal of psychology*, 50(6), 624–632. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2009.00788.x
- Tschacher, W., Zorn, P., & Ramseyer, F. (2012). Change mechanisms of schema centered group psychotherapy with personality disorder patients. *PLoS ONE*, 7(6), e39687. DOI: 10.1371/journal.pone.0039687
- Tuesca-Molina, R., Centeno, R. H., Ossa, S. M., García, D. N., & Lobo, L. J. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 24(1), 53-63.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012055522008000100007&lng=es&tlng=es
- Tully P. J., Cosh S. M., & Baune B. T. (2013). A review of the effects of worry and generalized anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. *Psychol Health Med*, 18, 627–644. DOI: 10.1080/13548506.2012.749355
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419.
DOI:10.1016/S1077-7229(00)80052-8
- Vanegas, G. M., González, A., y Pedraza, M. G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), 159-176. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7044262>
- Vargas, J. (2018). *Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno límite de la personalidad. Un estudio de caso*. (Tesis de grado). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L., Koeter, M., De Ridder, M., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-

- month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135-140. DOI: 10.1192/bjp.182.2.135
- Villa, R. S. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9(2), 259-270.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=96>
- Vukasović, T., & Bratko, D. (2015). Heritability of personality: A meta-analysis of behavior genetic studies. *Psychological Bulletin*, 141, 769-785. DOI: /10.1037/bul0000017
- Wilson, G., & Franks, C. (Eds.) (1982). *Contemporary behaviour therapy, conceptual and empirical foundations*. Guilford Press.
- Zanarini, M. C. & Frankenburg, F. R. (2003). Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 167-169. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.1.167
- Zanarini, M. C. (2004). Update on pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 6(1), 66-70. DOI: 10.1007/s11920-004-0041-9
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Silk, K.R., Hudson, J.I., & McSweeney, L.B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929-35. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.6.929

Apéndice

Apéndice A. Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de padre/madre/tutor del menor _____

_____ declaro en forma libre y voluntaria [SI] ACEPTO o [NO] ACEPTO lo siguiente:

Que se me ha informado que

- 1.- La intervención psicopedagógica que se llevará a cabo forma parte del proceso de enseñanza aprendizaje de los estudiantes en formación del área de Psicología Educativa, el cual será supervisado por el profesor responsable. Si [] No []
- 2.- El informe psicopedagógico que se obtenga del trabajo realizado en el programa **no sustituye ni equivale a un Dictamen Psicológico**, al no ser elaborado por un perito calificado oficialmente en la materia. Si [] No []
3. En caso de litigio, el expediente, debe ser entregado de acuerdo con la ley que se aplica, previa solicitud por escrito de la autoridad correspondiente. Si [] No []
4. Si el usuario enfrenta circunstancias como: amenaza de daño a sí mismo u otras personas, abuso y/o negligencia; el profesor responsable podrá recurrir a las instancias o autoridades correspondientes. Si [] No []
- 5.- Existen costos, horarios, procedimientos y actividades que se realizarán durante la atención psicoeducativa. Si [] No []
- 6.- La FES Zaragoza UNAM y sus profesionales son los responsables del uso confidencial y ético del material y/o información contenida en cada caso. Si [] No []

De igual forma doy mi aprobación para que:

7.- Las sesiones sean grabadas en audio y video y que sus transcripciones o partes seleccionadas, así como las notas y demás datos sean utilizados por la FES Zaragoza y el profesor responsable, con fines de enseñanza didáctica, investigación y publicación de carácter científico y profesional, manteniendo el anonimato e identidad de los participantes. Si ☐ No ☐

8.-La información recabada en las sesiones sea utilizada por la FES Zaragoza y el profesor responsable, con fines de enseñanza didáctica, investigación y publicación de carácter científico y profesional, manteniendo el anonimato e identidad de los participantes. Si ☐ No ☐

9.-Mi consentimiento es voluntario y puedo retirar mi participación en cualquier momento. Si ☐ No ☐

10.- Dejo constancia de haber comprendido la información que he recibido. Si ☐ No ☐

Copia de identificación oficial

Nombre y firma del padre/madre o tutor Nombre y firma del profesor responsable

Nombre y firma de Testigo:

Nombre y firma de Testigo:

Fecha:

Hora de inicio:

Hora de término:

Apéndice B. Formato guía para la entrevista semiestructurada.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
PRÁCTICA SUPERVISADA



CARLOS IVAN RÍOS VALDEZ
 SILVIA ITZAYANA LEMUS CALVA

FECHA: 17/10/19

GRUPO: 702 F

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA CONFIRMAR TLP.

1. Intentos frenéticos de evitar el abandono.
2. Patrón de expresión emocional inestable e intensa en las relaciones interpersonales, desde la idealización extrema hasta la devaluación.
3. Perturbación persistente de la identidad.
4. Patrones de comportamiento impulsivo y en potencia autodestructivo.
5. Comportamiento suicida o automutilatorio recurrente.
6. Señalada reactividad del estado de ánimo que a menudo implica ira intensa e inadecuada.
7. Percepciones crónicas de vacío
8. Pensamientos paranoides pasajeros o percepción disociada cuando hay estrés.

(El drástico comportamiento interpersonal resultante, incluso el asociado con la relación terapéutica, abarca intentos frenéticos de evitar el rechazo, ira por el abandono percibido, intensa angustia emocional, sentimientos crónicos de vacío y una conducta impulsiva vinculada con estos estados que colocan al individuo en alto riesgo de dañarse a sí mismo)

INFORMACIÓN A INDAGAR:

Depresión mayor	*Distimia	TLP
-Sentido de la vida -Episodios y duración -Carga hereditaria -Conductas de riesgo (intento suicida)	-Duración (2 o más)	-Adaptación -Estrés (nivel, afrontamiento) -Conductas impulsivas (gastos, comida, sexual) -Inestabilidad (Emociones, sentido de identidad y relaciones interpersonales) *Conductas de riesgo (sexualidad). -Desregularización emocional (maltrato parental) -Autoimagen -Consumo de sustancias

Apéndice C. Lista de chequeo para ataques de pánico



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
PRACTICA SUPERVISADA**



Lee con atención las siguientes oraciones e indica cuantas veces has presentado estas sensaciones en la última semana.

	0	1-2	3-4	5-7
Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.			3	
Sudoración.		2		
Temblores o sacudidas.		2		
Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.				5
Sensación de ahogo.				
Dolor o molestias en el tórax.	0			
Náuseas o malestar abdominal.				5
Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.		1		
Escalofríos o sensación de calor.			3	
Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueos).		2		
Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).	0			
Miedo a perder el control o de "volverse loco".			4	
Miedo a morir.		2		

A

Apéndice D. Psicoeducación en ataques de pánico y respiración diafragmática.


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Ataques de pánico

Psic. Lemus Calva Silvia Itzayana
 Psic. Ríos Valdez Carlos Iván



Ataque de pánico

Es una respuesta cognitivo emocional y fisiológica a un estímulo que puede estar o no presente.

Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso, que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

SÍNTOMAS

1. Aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Tembor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de opresión.
6. Dolor o molestias en el pecho.
7. Náuseas o malestar gastrointestinal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de "volverse loco".
13. Miedo a morar.



¿Qué se puede hacer?

Técnica de relajación RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA



¿Qué es?

Cuando respiramos trabajan varias zonas musculares, pero en la respiración diafragmática el «trabajo» o movimiento muscular se centra en la zona baja de los pulmones, esta es la zona diafragmática.

El diafragma, al moverse, mueve el abdomen.

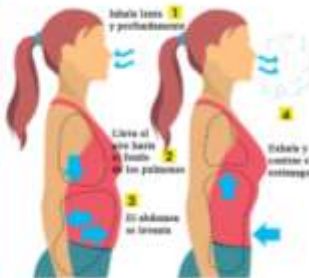


La respiración diafragmática lleva gran cantidad de aire a la zona baja de los pulmones, que es la que tiene más capacidad, por ello garantiza una mejor ventilación, captación de oxígeno y limpieza de los pulmones con la exhalación.

Otro aspecto interesante de la respiración diafragmática es que el movimiento del diafragma activa el sistema nervioso parasimpático, encargado de la «respuesta de relajación» del organismo.

Se puede emplear la respiración diafragmática al despertar, antes de dormir y en cualquier momento que se crea necesario.

- No llevar el aire a los pulmones.
- No aguantar la respiración.
- Si se llega a sentir mareado o con náuseas interrumpir el ejercicio (es normal las primeras veces).



Ventajas de la respiración diafragmática.

- Lleva gran cantidad de oxígeno a los pulmones.
- ventila y limpia los pulmones.
- activa la respuesta de relajación del organismo.
- estimula al corazón y la circulación.
- masajea los órganos.
- ayuda al tránsito intestinal.
- La respiración diafragmática se puede dirigir y mejorar.



Referencias

- Asociación Americana de Psicología. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5a Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psicología.
- García Grau, E., Fusté Escobero, A., & Badós López, A. (2008). Manual de entrenamiento en respiración. Universidad de Barcelona, España.

Apéndice E. Infografía de respiración diafragmática.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD "ESTADO DE MÉXICO"



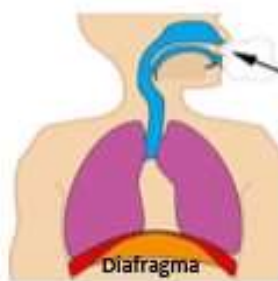
ANGUSTIA

Es una respuesta que involucra pensamientos, emociones y reacciones físicas a una situación.

SÍNTOMAS

- Aceleración de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblor o sacudidas.
- Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o molestias en el tórax.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- Escalofríos o sensación de calor.
- Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueos).
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
- Miedo a perder el control o de "volverse loco".
- Miedo a morir.

¿Qué se puede hacer?

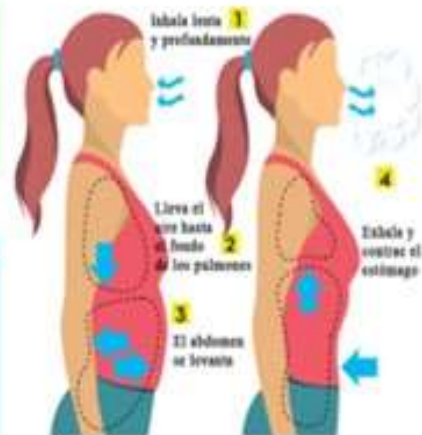


El movimiento del diafragma activa el sistema nervioso parasimpático, encargado de la «respuesta de relajación» del organismo.

Respiración

Se puede emplear la respiración diafragmática al despertar, antes de dormir y en cualquier momento que se crea necesario.

- No llevar el aire a los pulmones.
- No aguantar la respiración.
- Si se llega a sentir mareado o con náuseas interrumpir el ejercicio (es normal las primeras veces).



Elaborado por: Psic. Carlos Ivan Rios Valdez

Psic. Silvia Itzayana Lemus Calva

Supervisado por: Ana Leticia Becerra Gálvez

Referencia: García Grau, E., Fustá Escolano, A., & Bados López, A. (2008). Manual de entrenamiento en respiración. Universidad de Barcelona. España.

Apéndice F. Bitácora de Autorregistro de la paciente.

Bitácora

Lunes Tuve una pelea con mi mamá por una vanalidad que ni siquiera recuerdo he intentado hacer las técnicas de respiración que me funcionaron

Martes Me sentí mal en la escuela porque pensé que no me iban a calificar dos trabajos; aparte el orientador me regañó por cambiarme de lugar y le dije al profe de física que yo "mentí" respecto a no ver. Me enoja mucho y al mismo tiempo triste, todo alrededor parecía pequeño y a punto de aplastarme. Me metí al baño y traté de respirar como me indicaron, al principio no ayudó, más bien sentí comezón y mi estómago se revolvió. Pasados los minutos pude tranquilizarme

Jueves Tuve una pelea con mis papás por lo de mi carrera, y más bien me sentí mal, quería vomitar y más que enojarme con mis papás estoy molesta conmigo porque tal vez tienen razón, tal vez aspiró a mucho cuando soy muy poca. Quise lastimarme, desee moverme y volar o sentir que me aplastaban, mi aire se fue y la comezón regresó. Intenté respirar pero no funcionó en un largo tiempo hasta que terminé de llorar.

Domingo Salí con Juan y me lo pasó bien, pero mi mamá se enoja porque yo quería una hamburguesa y nos tardamos y al final ella me gritó por teléfono y yo me sentí mal, un calor desagradable me recorrió, era molesto y triste, no sé describirlo. En esta ocasión la respiración no ayudó, más bien fue Juan el que me tranquilizó. ← Este ~~momento~~ todo fue justo después del último viernes de terapia, me confundí

Miércoles: Fue un mal día, en la escuela, mi mamá desde la semana pasada (terapia) está molesta, yo la entiendo pero me hace sentir mal, tengo el dolor de estómago ahí y me duele, tengo comezón y quiero llorar. Traté de hacer los ejercicios pero solo lastimándome un poco me calma. No quería hacerlo pero tuve miedo de gritar, enojarse a mi mamá o cualquiera en mi casa.

Tenemos que elegir cosas que no quiero, me hace sentir frustrado, quiero ~~quejarme~~ y no sé, gritar. Tengo ganas de patear cosas, pegar, arrojarme, pero tengo miedo también de que sea un descontrol total.

Jueves: Hoy estuve la mayor parte del día bien, pero en la noche llegó Juan tomando cerveza y se ve muy enojado conmigo, me hace sentir nerviosa, con miedo, estoy intentando respirar pero no puedo. Sé que siempre hago las cosas mal y me odio por esto. Estoy harta de ~~ser~~ ser tan estúpida; odio que no puedo controlarme y temo que mi vida se desmorone así. Él me ignoró y ~~ahora~~ recibí una llamada de mi mejor amigo. Tengo que admitir que hablar con él me relajó un poco.

Apéndice G. Psicoeducación en TLP.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD, ESTADO DE MÉXICO

Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

María López Rivera Gómez
Rosa María Llanusa Toró

Material de apoyo

Responsable del caso

- Ana Leticia Becerra Gálvez

Co-terapeutas responsables

- Laura Cely Silvia Ramírez
- Rita Velázquez Carlos Irujo

Contenido

1. Trastorno límite de la personalidad
2. Prevalencia
3. Respuestas asociadas
4. Posibles causas
5. Tratamiento

¿Qué es el Trastorno Límite de la Personalidad?

Personalidad (concepto de salud, 2015)

Percepción:

Emoción:

Intención:

Relación:

Control:

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por episodios de crisis de ansiedad, impulsividad y relaciones conflictivas (DSM-5, p. 15)

¿Qué tan frecuente es?

Este diagnóstico predomina durante su infancia. Por cada niño hay tres mujeres que lo presentan.

¿Sabías que...
Es el trastorno de personalidad más común en la clínica donde 1 de cada 10 pacientes lo presentan (CSM)

TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Inicio en la adolescencia.

¿Qué lo puede causar?

Actuando en un contexto con rasgos significativos de la genética del TLP

Los factores que pueden influir son:

- Biológicos:
- Psicológicos:
- Sociales:

¿Qué más puede influir?

- Experiencia:
- Relaciones:
- Adaptación:

Tratamiento

Se requiere tratamiento integral, dentro de los cuales están:

BIOLÓGICOS:	PSICOLÓGICOS:	FAMILIARES:
Fármacos	Sustitución de hábitos	Interacción familiar
Psicoterapia	Aprendizaje	
	Relacionarse	

¿Qué presento?

- Intensos sentimientos de evitar el abandono.
"Un día me voy sin importar por quien se encarguen, me voy lejos y me voy, pero cuando siento que se va a ir, me voy a cualquier costo que sea el que sea."
- Percepciones crónicas de vacío.
Sentimientos:
Falta del sentido de la vida: "Siento que estoy vivo, pero que no sé qué hacer con mi vida" (sentimiento de vacío).
Falta del amor: "No puedo hacer nada" (sentimiento de vacío).
- Comportamiento suicida o mutilatorio recurrente.
Sentimiento: "He pensado en suicidarme, pero no tengo el valor de hacerlo".
Motivación: "Me voy con los otros a cualquier costo, pero no voy a hacer nada".

¿A dónde puedo ir para obtener ayuda?

- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTE DR. JUAN N. NAVARRO
- INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA DR. RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

¿Como puedo ayudarme?



Algunas opciones que nos ofrece Instituto Nacional de salud Mental (i.n) son:

- Informarme
- Rutina saludable
- Metas
- Organizarme
- Tiempo de convivencia
- Paciencia atención profesional
- Paciencia

Referencias

- Instituto nacional de salud Mental, (Sin Fecha). Trastorno Límite de la Personalidad. Recuperado de http://psi.uomp.edu/opp/pdf/materiales/limite_personalidad.pdf
- Consejería de sanidad y consumo. (2005). Recomendando los límites: Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad. Madrid, España. Salud Madrid.

Apéndice H. Infografía de TLP.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD "ESTADO DE MÉXICO"



Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

¿Qué es?



Es un conjunto de fenómenos emocionales, conductuales, sociales, cognitivos y de auto-desregulación en el que las relaciones a menudo son muy mutables y conflictivas.

Es el trastorno de personalidad más común en la clínica. Lo presenta 1% a 2% en la población general. Aprox. 1 millón 488 mil 888 personas.



¿Qué puedo presentar?

- ✓ Intentos frenéticos de evitar el abandono.
- ✓ Percepciones crónicas de vacío.
- ✓ Señalada reactividad del estado de ánimo que a menudo implica ira intensa e inadecuada.
- ✓ Patrones de comportamiento impulsivo y en potencia autodestructivo
- ✓ Comportamiento suicida o multitónico recurrente

Conductas de riesgo.



Para este tipo de trastorno se requiere tratamiento integral.

Elaborado por: Psic. Silvia Itzayana Lemus Calva
Psic. Carlos Ivan Ríos Valdez

Supervisado por: Ana Leticia Becerra Gálvez

Apéndice I. Infografía para ataque de pánico.


| Crisis de Ansiedad |


Controlar una crisis de ansiedad
¿Qué hacer?

1) Identificación de síntomas

¿Qué estoy sintiendo (a nivel fisiológico)?





2) No perder la calma y diseñar de estrategia

¿Qué puedo hacer?

¿Qué técnica se emplear?

==
==
==
==

3) Emplear técnicas hasta que la crisis pase.

*Distracción

*Respiración diafragmática.





4) Registro

¿Cómo me siento en comparación con el momento de la crisis?

==
==
==

5) Qué no se debe hacer

*Evita hablar en voz alta

*Evita comer rápido

*Evita el sedentarismo

*Consumo de cafeína y azúcar

*Dormir poco

*No te automediques.



Elaborado por: Psic. Silvia Itzayana Lemus Calva
Psic. Carlos Ivan Rios Valdez

Supervisado por: Ana Leticia Becerra Gálvez

Tratamiento

Se requiere tratamiento integral, dentro de los cuales están:

-BIOLÓGICOS: Se trata de modificar la fisiología del cerebro por medio de fármacos; la psicoterapia también puede contribuir a través de la palabra ya que en la fisiología de cerebro también influyen las experiencias.



-PSICOLÓGICOS: Ofrecen al paciente una esperanza real para poder vivir de una manera nueva, desarrollar nuevas formas de aprendizaje y de relacionarse.



-FAMILIARES: Es posible intervenir tanto en la manifestación de los síntomas como en el curso de la enfermedad cuando se «educa» a la familia a por medio de una intervención con componentes psicoeducativos y una orientación pragmática.



Pasos para ayudar a mi familiar/amigo con TLP.

Para ayudar a un amigo o pariente usted puede:

- Ofrecer apoyo emocional, ser paciente, comprensivo y animarlo.



- Aprender del TLP, para poder entender lo que está viviendo su amigo o familiar.



- Explorar como puedes contribuir durante el tratamiento de tu amigo o familiar



Procurar escuchar los comentarios sobre la intención o el plan de lastimarse a sí misma o a otro. Informe dichos comentarios al terapeuta o médico de esa persona. En situaciones de emergencia o que pueden poner en riesgo la vida, puede que se necesite llamar a alguna entidad especializada.





Trastorno Límite de la Personalidad (TLP): Apoyo para familiares

Elaborado por:
Psic. Lemus Calva Silvia Itzayana
Psic. Ríos Valdez Carlos Iván
Supervisado por:
Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez

Referencias: Consejería de sanidad y consumo. (2005).
Recorriendo los límites: Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad. Madrid, España. Salud Madrid.

¿Qué es?

Es un conjunto de estados de ánimo, comportamiento y relaciones inestables (INSM, s.f).

* Es el trastorno de personalidad más común en la clínica donde:
1 de cada 10 pacientes lo presentan (CSM)



* Se diagnostica predominantemente en mujeres: Por cada varón hay tres mujeres que lo presentan.



* Se manifiesta en la adolescencia o poco después de los 20 años, incluso desde la niñez.



Respuestas asociadas

¿Cómo piensan?

* Tienden a mostrarse extremistas y cambiantes en sus valoraciones de las cosas.



* Pueden llegar a aparecer síntomas transitorios de pérdida de juicio asociados a momentos de estrés agudo.
Ej. Manifestaciones de crisis.



¿Cómo actúan?

* Impulsividad



* Cambios de humor



* Necesidad de gratificación inmediata



* Autolesiones con i sin intención suicida



¿Qué lo puede causar?

Tiene su origen en múltiples factores:

Biológicos 

Psicológico 

Sociales 

¿Qué más puede influir?

- Consumo de alcohol, tabaco o drogas durante el embarazo



- Fracasos en las relaciones y experiencias precoces del paciente con sus cuidadores primarios en la infancia.



- Posibles experiencias traumáticas precoces del tipo infancia.



- Crecer en un ambiente poco favorable



- Influencia activa de los padres respecto a la educación de sus hijos.

* Las condiciones adversas marcaran el curso evolutivo como factor de peor pronóstico

Apéndice K. Opciones para canalización.

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO

Documentos:

- ☐ Hoja de canalización
- ☐ Credencial de elector del tutor
- ☐ Pagar consulta de primera vez (\$100.00)

Teléfono: 55 5573 4866

Dirección:

- ☐ Avenida San Fernando 86, Belisario Domínguez Secc 16, Tlalpan, 14080 Tlalpan, CDMX



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA DR. RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Documentos:

- ☐ Hoja de canalización
- ☐ Credencial de elector del tutor
- ☐ Pagar consulta de primera vez (\$100.00)



Teléfono: 55 4160 5000

Dirección

- ☐ Calz. México-Xochimilco 101, Colonia, Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, CDMX



Apéndice L. Infografía de emociones.



¿Qué son?

Proceso que se activa cuando el organismo detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio con el fin de poner en marcha los recursos a su alcance para controlar la situación (Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

EMOCIONES



FUNCIONES

- Nos permiten adaptarnos a diversas situaciones
- Dirigen gran parte de nuestro comportamiento
- Reflejan cómo vivimos, pensamos y sentimos
- Ayudan a crear relaciones más positivas y crean empatía

¿Cuáles son las emociones básicas?

M _{IEDO}	Es la anticipación de una amenaza o peligro	Nos sirve para apartarnos de un peligro y actuar con precaución.
A _{LEGRÍA}	Sensación de bienestar y de seguridad cuando conseguimos algún deseo o vemos cumplida alguna ilusión.	Nos induce hacia la reproducción (deseamos reproducir aquel suceso que nos hace sentir bien).
T _{RISTEZA}	Pesimismo ante la pérdida de algo importante o cuando nos han decepcionado .	La función de la tristeza es la de pedir ayuda .
E _{NOJO}	Aparece cuando las cosas no salen como queremos o nos sentimos amenazados por algo o alguien.	Es adaptativo cuando impulsa a hacer algo para resolver un problema o cambiar una situación difícil.
A _{SCO}	Disgusto hacia aquello que tenemos delante.	Nos produce rechazo y solemos alejarnos .

Elaborado por: Psic. Carlos Ivan Rios Valdez
Psic. Silvia Itxayana Lemus Calva

Supervisado por: Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA



CLÍNICA UNIVERSITARIA DE
ATENCIÓN A LA SALUD, ESTADO DE
MÉXICO



ROJO

Respira.



Formula el
problema.



Expresa lo
que sientes.



AMARILLO

¿Qué es lo que
puedo hacer?



¿Funcionará?
(Ventajas/
Desventajas)



VERDE

Lleva a la práctica la
alternativa elegida.



¿Ha funcionado?

*Si esto no pasa, sigue
intentando, recuerda
que tú puedes
tener/recuperar el
control de tus
emociones.



Elaborado por: Psic. Carlos Ivan Ríos Valdez
Psic. Silvia Itzayana Lemus Calva

Supervisado por: Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez.

Apéndice M. Infografía para familiares sobre cómo direccionar las emociones.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA Ψ CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD, ESTADO DE MÉXICO

- 1 Ayúdame a **identificar** lo que me pasa y saber qué emoción estoy sintiendo.
- 2 Intenta **comprender** la situación, tengo mis razones.
- 3 **Expreso** mis emociones como sé: con discusiones, gritando, protestando... Enséñame otras formas (dame mi tiempo, unos minutos de soledad me pueden ayudar pero no me pierdas de vista).
- 4 Ayúdame a saber **controlar** mis emociones para que así no me desborden (técnicas).
- 5 Si no encuentro la solución a lo que me pasa, plantéame alternativas pero sin imponérmelas.
- 6 Sobretudo, intenta comprenderme.

¿Cómo puedes ayudarme a direccionar mis emociones de forma positiva?

Bueno F. J., Cubel M.M., Durán A., Genís M.R., Martí M.A., Ochando B., Pin G. & Tébar M.D. (1997) Manual didáctico para la escuela de padres. Ayuntamiento de Valencia, Concejalía de Salud y Consumo.

Apéndice N. Infografía de autoinstrucciones.



AUTOINSTRUCCIONES

Técnica mediante la cual se da a sí mismo un conjunto de órdenes o instrucciones para la regulación autónoma de la propia conducta para lograr el éxito en una tarea o en una conducta.



Centrar la atención sobre el problema.



¿Qué hacer con los errores cometidos?



Auto refuerzo



Referencia: Reinoso, L., & Becerra, A. (2014). Medicina conductual: Teoría y práctica. Ciudad de México, México. Gartuppi.

Completa la siguiente tabla conforme a tus experiencias previas, mencionando que palabras utilizas cuando intentas controlar tu conducta en una situación que te genere conflicto.

[illegible]