



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**Facultad de Psicología
División de Estudios Profesionales
Coordinación de Psicología Clínica**

**TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD:
MANUAL DE TÉCNICAS COGNOSCITIVO-
CONDUCTUALES PARA SU TRATAMIENTO**

TESIS

**QUE PRESENTA
JACQUELINE DEL ROCIO OLEA CASTRO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**DIRECTORA:
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
REVISORA:
LIC. REFUGIO DE MARÍA GONZÁLEZ DE LA VEGA Y AYALA**

**SINODALES:
MTRA. BLANCA GIRON HIDALGO
DRA. ANA CELIA CHAPA ROMERO
DRA. MARIA CRISTINA PEREZ AGÜERO**



Ciudad Universitaria, México 2016.



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y a la Facultad de Psicología, por todos los conocimientos brindados y por favorecer mi desarrollo, haciendo de mí una mejor persona y profesionista, un orgullo pertenecer a la máxima casa de estudios de México.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, por recibirme con calidez, por todo su apoyo para el logro de este trabajo, por su atención y por las grandes enseñanzas que me deja tanto para la vida profesional como para la personal.

A la Lic. María González de la Vega, la Dra. Ma. Cristina Pérez Agüero, la Dra. Ana Celia Chapa y la Mtra. Blanca Girón, por su tiempo, por el trato que me brindaron, sus importantes aportaciones, por exigirme y por darme la oportunidad de ser mejor.

Al Mtro. Pablo Valderrama, por el apoyo para el inicio de este proyecto, por el tiempo dedicado a mí y por todo lo que le aprendí, lo cual fue muy significativo en mi vida.

Al Dr. Jaime Grados y su esposa Elda Luisa Sánchez, por su amistad, sus atenciones, su cariño, por ser una parte tan importante en mí y porque llegaron a cambiar mi vida, los quiero mucho.

A mis padres y hermanos, por su paciencia y su amor, por enseñarme el valor de la familia, por todo su apoyo incondicional, porque no me alcanzará la vida para terminar de mostrarles lo agradecida y feliz que estoy con dios por haberlos elegido a ustedes como mis pilares y compañeros, porque gracias a ustedes llegue hasta aquí y me convertí en lo que soy ahora.

A toda mi familia, por creer en mí, porque sé que siempre estarán para apoyarme, por los buenos momentos que me permiten vivir a su lado, simplemente, porque somos únicos.

A Israel Rico, por siempre darme ánimos, por motivarme a la mejora constante, por tu fortaleza, tú ser, tu apoyo interminable, tu fe en mí y tu amor.

A todos mis amigos, por su retroalimentación, sus consejos, su confianza, por los buenos momentos y por brindarme su tiempo y valiosa amistad.

A todos aquellos que formaron parte de este proyecto y esta etapa de mi vida, que de algún modo u otro me ayudaron incluso desde una palabra de aliento, todo fue bien recibido y valorado.

Gracias, gracias, gracias.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
I. PERSONALIDAD.....	7
1.1 Concepto y desarrollo de la personalidad	8
1.2 Trastornos de la personalidad.....	22
II. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	35
2.1 Antecedentes, definición y etiología	36
2.2 Importancia del Trastorno Límite de la Personalidad en la sociedad contemporánea: Epidemiología, curso e incidencia social.....	48
2.3 Diagnóstico e instrumentos de evaluación.....	54
2.4 Comorbilidad	70
III. ENFOQUE COGNOSCITIVO - CONDUCTUAL	76
2.5 Enfoque Cognoscitivo - Conductual	77
2.6 Sistematización de los síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad.....	92
3.1 Un modelo Cognoscitivo – Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad.	100
3.2 Tratamientos y técnicas para intervenir el Trastorno Límite de la Personalidad.	102
3.3 Eficacia de las técnicas y el modelo Cognoscitivo-Conductual.	116
IV. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO	123
4.1 Objetivos del manual de técnicas de intervención y metas de tratamiento.....	124
4.2 Estrategias y Técnicas para la Intervención Psicoterapéutica.....	126
4.3 Fichas descriptivas de las técnicas y síntomas a tratar.	131
Técnicas Base	132
Síntomas Cognoscitivos	163
Síntomas Fisiológicos.....	214
Síntomas Afectivos	224
Síntomas Conductuales	232
4.4 Recomendaciones generales.....	247
4.5 Evaluación del Tratamiento y Fase de Seguimiento.....	250
4.6 CONCLUSIONES	254
4.7 LIMITACIONES.....	258
4.8 SUGERENCIAS.....	259
REFERENCIAS	260

INTRODUCCIÓN

Para los profesionales en el estudio del comportamiento, el análisis de la personalidad y sus trastornos ha sido importante a lo largo de los años, debido a que esta noción puede brindar un tipo de “orden y congruencia a los diferentes tipos de conducta manifestadas por un individuo” (Millon & Everly, 1994, p.17).

El desarrollo de la personalidad se da en función de la interacción entre factores biológicos y ambientales, así mismo, la formación de un trastorno también. Así, en la personalidad patológica existen rasgos estables, consistentes e inflexibles que llevan a que se establezca una conducta desadaptativa, fomentando la repetición e intensificación del problema; esto no quiere decir que la personalidad o sus trastornos sean inalterables, ya que el cambio puede darse en el día a día con las experiencias vividas, pero también a través de un proceso de intervención como es la psicoterapia (Millon & Everly, 1994).

Partiendo de esto y en función del tema principal de este proyecto, es necesario explicar que el trastorno límite de la personalidad (TLP) es un patrón característico en la inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y las emociones, siendo muy notable la impulsividad. Es decir, las personas diagnosticadas con este padecimiento son inestables emocionalmente, presentan alteraciones afectivas graves, emplean grandes esfuerzos por evitar el abandono y tienen conductas impulsivas como el consumo de drogas, autolesiones y/o múltiples intentos de suicidio.

Este trastorno es particularmente importante debido a que, de acuerdo con la literatura, dentro de su clasificación es el más grave y complejo por la alta incidencia de suicidios, parasuicidios y conductas autolesivas que trae consigo. Así mismo, genera una serie de problemas como el abuso de sustancias, problemas en el trabajo, deserción laboral, conductas delictivas, familias disfuncionales, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, problemas de pareja y depresión; esto conlleva a un gasto económico mayor por parte de las autoridades que abordan estos problemas, sean regímenes de salud o no.

Algunos autores han planteado que el TLP es el trastorno emocional más representativo de nuestro tiempo (Escribano, 2006); se ha visto que su ocurrencia en México es cada vez mayor, que sus síntomas han ido incrementando su intensidad y que hay poca comprensión del trastorno, tanto por parte de los profesionales, como de las personas que conviven con los usuarios con TLP e incluso por parte de la misma persona que presenta esta patología.



De acuerdo con Sánchez (2010) y Nezu, Nezu y Lombardo (2006) el TLP es el más frecuente en la población clínica de diversas culturas del mundo. En México, el trastorno se presenta en un 36% de los enfermos psiquiátricos hospitalizados y, de la población en general, un 2% en las mujeres y un 1.7% en los hombres.

Es importante aclarar que faltan datos del actual año, además que, de los ya manifestados por la estadística, probablemente *“no están todos los que son y faltan todos los que están”*...esta frase se refiere a que no se sabe a ciencia cierta si en verdad todos los evaluados presentaban el TLP y a que seguramente existen muchas personas que tienen el trastorno pero no están dentro de la estadística, ya sea porque no han acudido a algún centro o con algún profesional que pueda reportarlo o, simplemente porque no lo saben. Puntualizando en los últimos puntos, se puede decir que muy probable que esto ocurra debido a que no todos solicitan un servicio psicológico o psiquiátrico y, sobre todo en México, que no se tiene una cultura por acudir a centros de salud o con especialistas certificados en el tratamiento de la psique; asimismo, es posible que exista quien no se dé cuenta que su forma de ser es un trastorno o que es un conjunto de sintomatología que podría estar indicando que posee personalidad límite, esto entre otras cosas pueden ser la causa de este fenómeno. Entonces, sería conveniente actualizar los datos y realizar una mejor promoción para el estudio y el tratamiento de dicho trastorno.

De este modo, vemos que la personalidad limítrofe se encuentra en primer plano dentro del área de salud mental y cada vez más en los centros clínicos, sin embargo, no se han visto avances significativos ni en la evaluación, ni en el tratamiento del mismo (Caballo, 2004). Es por esto y por su complejidad en general, que la intervención para dicho trastorno constituye un gran reto para los psicoterapeutas, por lo que actualmente se tiene la necesidad de contar con procedimientos más exitosos, ajustados a un marco conceptual científico y que permitan al paciente obtener su bienestar psicológico (Livacic-Rojas, 2004).

En cuanto a qué enfoque terapéutico ha demostrado mayor eficacia, se ha visto que para los trastornos de la personalidad y en específico el TLP, los tratamientos cognoscitivo¹-conductuales han dado mejores resultados. En realidad, este modelo ha ido cobrando vida en los últimos años; en México, ha tenido un gran crecimiento y popularidad, resultando de gran valor y utilidad para las personas que ofrecen intervención psicológica (Navarro-Leis &

¹ Según la Real Academia Española, la palabra *“cognoscitivo”* viene del latín *cognoscere*, que significa conocer. La palabra *“Cognitivo”* viene de *cognición*, esto es, relativo al conocimiento. Se aclara debido a que en la actualidad en México se ha hecho uso de las dos palabras como sinónimos y aún no está muy clara su diferencia; no obstante, es preciso mencionar que las dos están bien dichas y que *“cognoscitivo”* se emplea más en el lenguaje castellano, mientras que *“cognitivo”* es una palabra que se ha utilizado más y se deriva del lenguaje en inglés *cognitive*.



Hernández-Ardieta, 2013; Quiroga & Errasti, 2001; Virues, 2004; Hernández & Sánchez, 2007). Debido a este fundamento, en la guía de tratamiento presentada en este texto, se eligió trabajar bajo este sustento teórico proponiendo técnicas propias de dicho enfoque.

Ahora bien, para abordar la poca comprensión del trastorno y su tratamiento, se torna necesario utilizar técnicas de intervención sistematizadas², obteniendo así un método detallado. Esto permite asegurar la consistencia en la aplicación de las técnicas y evaluar la efectividad del procedimiento; con esto, no solo los usuarios resultarán más beneficiados, sino que también, se obtendrá la garantía de que el terapeuta esté implementando un programa efectivo con resultados basados en evidencia empírica.

El objetivo del presente trabajo es realizar una guía de tratamiento didáctica para el trastorno límite de la personalidad, a través de la compilación de estrategias de intervención de acuerdo con el enfoque cognoscitivo-conductual. Se proporcionan una serie de recomendaciones para el terapeuta y se describen diversas técnicas de tratamiento, por lo que se pretende que este documento funcione como una herramienta de apoyo al terapeuta, no como algo de obligatorio cumplimiento, sino algo que el psicólogo pueda elegir para aplicar de acuerdo con el avance del paciente, tomando en cuenta que las técnicas descritas han sido revisadas y validadas de acuerdo con la literatura.

Esta decisión fue tomada debido a que son pocos los textos que enseñan a implementar métodos de ayuda dentro del ambiente terapéutico y cada día es más la demanda por parte de los profesionistas en materia de salud mental para que se brinden estas estrategias con el fin de llevar a cabo un plan de tratamiento de manera adecuada. Por un lado, se encuentran las personas que están iniciando a brindar terapia, los cuales pueden tener diversas dudas que surgen cuando se quiere empezar a poner en práctica lo que se aprendió durante la carrera; por otro lado, están los mismos psicólogos que ya se dedican a esto, pero que necesitan constante capacitación o que no están tan especializados en este trastorno.

Así, este manual de técnicas de intervención para el TLP está diseñado para brindar una herramienta en la que se puedan basar todos aquellos interesados en dedicarse al área clínica y a dar terapia con personas que tengan Trastorno Límite de la Personalidad, es decir, está dirigida a la formación de nuevos profesionales y a la capacitación de los que ya cuentan con experiencia en el ambiente terapéutico.

Esta tesis se divide en cuatro capítulos, en el capítulo I se hace la descripción del término de *personalidad*, puesto que es pertinente conceptualizarlo y realizar un análisis de

² El término “técnicas de intervención sistematizadas” se refiere a la existencia de una especie de guía para los terapeutas donde se describa cómo se implementa el proceso dentro de la consulta psicológica.

su desarrollo, ya que el trastorno que se está abordando está clasificado como “trastorno de la personalidad”.

El capítulo II habla propiamente del trastorno: qué es, cómo se forma, sus consecuencias tanto para la persona como para la sociedad, su relación con los otros trastornos de personalidad descritos en el DSM³ y cómo podemos evaluar si una persona lo padece.

Una vez descrita la definición de personalidad y ya definido el trastorno límite, en el tercer capítulo se puntualiza el enfoque en que se basa el tratamiento para el TLP, esto es, se detalla la terapia cognoscitivo-conductual, su definición, cómo fue surgiendo, el modelo aplicado al trastorno y algunas técnicas que se utilizan para su abordaje.

Por último, en el capítulo IV se presenta una compilación de técnicas cognoscitivo-conductuales que benefician específicamente el tratamiento del TLP, el momento de su aplicación se deja al juicio del especialista, ya que la evolución de cada paciente es diferente, por lo que sólo se están brindando los métodos para intervenir con el fin de que el interesado las aplique conforme la misma terapia lo vaya requiriendo.

³ DSM es la abreviatura en inglés de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, lo que significa Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. En éste se encuentra la clasificación de los trastornos mentales, la definición y descripción de cada uno de ellos; se creó con el fin de que los profesionales de la salud puedan realizar un diagnóstico y evaluación del trastorno elegido para su estudio.



I. PERSONALIDAD

1.1 Concepto y desarrollo de la personalidad

A lo largo de los años y desde ya hace algunos años con los estudios de los grandes filósofos griegos, el análisis del comportamiento ha sido de gran interés, siendo investigado por múltiples especialistas. Aunado a esto, estudiar específicamente la *personalidad* ha generado grandes debates, reuniones y textos. Montaña Sinisterra, Palacios y Gantiva (2009) mencionan que este interés se ha dado ya que en diferentes épocas se ha tratado de descubrir por qué, para qué y cómo es que se comporta un individuo tomando en cuenta causas ambientales, sociales y biológicas.

El concepto de *personalidad* se origina del término *persona*, esto surge cuando los griegos representaban diferentes papeles en el drama de su cultura, se colocaban máscaras para cubrir sus rostros y poder personificar otros estilos de vida distintos a los suyos, sin dejar de ser ellos mismos, es decir, asumían diferentes personalidades siendo la misma persona (Millon, 2006; Montaña Sinisterra et al., 2009).

Posteriormente, Cicerón (citado por Montaña Sinisterra et al., 2009) define a la personalidad con base en cuatro elementos: 1) cómo una persona aparece frente a otros, 2) qué papel desempeña un individuo en la vida, 3) cuáles son las cualidades de cada uno y, 4) el nivel social al que pertenecía la persona, basándose en los términos de dignidad y prestigio. Durante la época clásica, la Santísima Trinidad dice que la personalidad no es algo que se construya, sino que está en nuestra esencia; en la filosofía medieval al concepto se van agregando aspectos éticos y específicos de cada persona. Los teólogos hablaban de esencia, así, en el siglo XVI Boecio (citado por Montaña Sinisterra et al., 2009) menciona que una persona es una sustancia racional, natural e individual; de este modo, ahora se agrega el concepto de razón, lo cual da origen a numerosas teorías filosóficas, dentro de las que destaca la de Santo Tomás de Aquino, señalando que el individuo puede ser superior a la realidad (Montaña Sinisterra et al., 2009).

Son diversas las teorías que han surgido referentes a la explicación del término “personalidad”. Según Bischof (1980), son muchas las personas que se sienten más seguras con una teoría o ley propuesta por un autor, por lo que la tendencia en la historia ha sido asociar palabras o nombres para referirse a ciertas leyes y teorías; esto ocurre con las teorías de la personalidad. A continuación, se hablará sobre algunas que han surgido para



estudiar este fenómeno, en donde el lector puede observar que varias de ellas han sido nombradas por el autor que la propuso.

Como primer rubro se encuentran las teorías psicoanalíticas, también denominadas como psicofilosóficas e idográficas (Bischof, 1980; Cueli, Reidl, Martí, Lartigue & Michaca, 2002).

La Teoría Psicodinámica o Freudiana, que como dice su nombre, fue propuesta por Sigmund Freud a finales del siglo XIX y principios del XX, siendo éste considerado como el teórico más importante en este rubro ya que de su teoría se derivaron las demás, esto debido a que fue de suma relevancia para su época ya que defendía que las pulsiones sexuales eran las que motivaban gran parte de la conducta humana. Freud decía que las personas están conformadas por un aparato psíquico, que son fuerzas mentales que operan dentro del individuo, pero fuera de la consciencia, para su toma de decisiones; de este modo, el humano en lugar de actuar como ser racional, se deja guiar por necesidades primitivas y por traumas pasados, los cuales se encuentran en el *inconsciente*. El aparato psíquico está conformado por el Ello, Yo y Superyó; el *ello* se refiere a las necesidades (hambre, sed, sueño, sexo, etc.) que posee cada individuo, una persona que se deja llevar por su *ello* generalmente está satisfaciendo sus necesidades básicas de sobrevivencia y prefiere hacerlo antes de cumplir con sus obligaciones; por otro lado el *superyó* es la parte de la psique que nos dice cómo debemos comportarnos, son los ideales, las reglas, obligaciones y costumbres impuestas por la sociedad, una persona que toma decisiones con su superyó toma en cuenta lo que *debería* hacer y tiene presente su sentido de responsabilidad; por último, el *yo* es el elemento mediador del aparato, es el componente central de la personalidad, es el que interactúa con la realidad, es la parte organizada y el que toma la decisión final; estos tres elementos no actúan de forma separada, sino hay una interacción entre los tres. En realidad, la teoría psicoanalítica de Freud es muy amplia y maneja muchos conceptos, tales como el principio de realidad, del placer, de reducción de la tensión, el de dualidad o polaridad y el de repetición compulsiva; también habla de las pulsiones, la libido, las zonas erógenas, los estados de consciencia y los mecanismos de defensa del yo; algo de trascendencia dentro de su teoría es su propuesta sobre las etapas psicosexuales del desarrollo, en las que cada individuo va pasando por ellas, pero puede quedarse a modo de regresión en una de ellas, lo cual también sería parte de su personalidad, estas etapas son: oral, anal, fálica, de latencia y genital. En general, éste es un modelo que está dado en función de la patología, no se detallan cada uno de los términos debido a que sólo se desea dar una visión general de esta teoría, si se desea

saber más acerca de esto se le invita a revisar la bibliografía citada (Bischof, 1980; Cueli et al., 2002; Grados, 2011; Montaña Sinisterra et al., 2009).

Carl Jung fue otro pionero importante de las teorías de la personalidad, su teoría se basa en las relaciones entre los procesos conscientes e inconscientes, él pensaba que el diálogo entre estos dos procesos es lo que fortalece a una persona y que sin éste diálogo, los procesos inconscientes debilitan y ponen en peligro a la personalidad (Frager & Fadiman, 2010). Según Bischof (1980) y Cueli et al. (2002) esta teoría es diferente a las otras, es “esperanzada” e incluso llega a resultar difícil de comprobar en un ambiente de laboratorio; Jung estudia el aspecto positivo de la existencia del hombre, su teoría se basa en cuatro principios: polaridad, autorrealización, estados inconscientes y teleología. La polaridad abarca la idea de que en el universo siempre existirán los opuestos, y estos opuestos crean conflicto pero dan significado a la vida, favoreciendo el progreso y el equilibrio; de aquí se derivan varios conceptos tales como el principio de la equivalencia y de la entropía, regresión y progresión, la consciencia, el inconsciente individual, el inconsciente colectivo, la extroversión, la introversión, funciones superiores e inferiores, energía física y psíquica, ánima y ánimo, sublimación y represión; en general, todo esto habla sobre la lucha constante entre dos entes opuestos. La autorrealización se da cuando se logra un equilibrio entre las estructuras ego-yo, para esto es importante que el individuo se vaya enriqueciendo de experiencias. Con respecto a los estados inconscientes, Jung los divide en dos categorías, el individual y el colectivo, el primero se refiere a las vivencias de cada ser y que se quedan en el inconsciente al ser olvidadas o reprimidas y, el colectivo, a las experiencias que vive una sociedad y que a través de la herencia son transmitidas a las siguientes generaciones; ambos pueden funcionar bien de forma conjunta o separada. Por último, el principio teleológico defiende que el hombre va mejorando cada vez más y que con el tiempo logra llegar a la autorrealización. Algo a resaltar es que uno de los conceptos principales de esta teoría es el de *individuación*, un proceso de desarrollo personal donde se conecta el yo y el self. Esta teoría también es muy amplia y hay quienes afirman que es complicada de resumir por todos los simbolismos que maneja (Frager & Fadiman, 2010).

La teoría de los rasgos de Allport, clasificada como *ideográfica*⁴ de la personalidad y como *integradora del yo biosocial* (Bischof, 1980; Cueli et al., 2002) afirma que la personalidad tiene tres elementos muy importantes: el locus, la unicidad y la congruencia interna. Allport define este término del siguiente modo: “Personalidad es la organización

⁴ El término *ideográfica* se refiere a centrar el estudio en las diferencias individuales, resaltando que la personalidad es el resultado de una historia única de intercambios de respuesta entre factores biológicos y contextuales (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Montaña Sinisterra et al., 2009).



dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su peculiar ajuste al ambiente” (Bischof, 1980, p. 316), habla sobre diferentes conceptos dentro de su teoría, tales como hábitos, persona, reflejos condicionados y rasgos, para él, estos últimos son los que determinan la construcción de la motivación; de este modo, define al *rasgo* como la predisposición que tiene cada ser para responder de alguna manera, siendo un sistema neuropsíquico que guía conductas similares, expresivas y adaptativas. Este autor dice que la personalidad se va formando mientras la persona se va desarrollando en conjunto con sus características biológicas, el ambiente y la sociedad. Defiende la idea de que la personalidad es la integración de todos los rasgos del individuo y que está encaminada a cumplir las metas que se propone, por lo que gran parte de su conducta se efectuará en torno a esto (Cueli et al., 2002; Montaña Sinisterra et al., 2009).

Gustavo Pittaluga es otro de los autores que definió a la personalidad, él dice que ésta se forma por el temperamento y el carácter. El *temperamento* son todos los rasgos hereditarios que poseemos, es lo que está determinado por nuestros genes y que difícilmente es modificable, como la pigmentación de la piel, nuestra estatura, el nivel de energía, realizar con mayor facilidad algunas actividades, etc. El *carácter* es lo que adquirimos a través de la experiencia y el ambiente, esto es, valores, hábitos, creencias, costumbres y actitudes. De este modo, la personalidad es el conjunto de nuestros rasgos adquiridos por la herencia y de lo que aprendemos en nuestro contexto, actuando estos dos elementos de forma interactiva (Grados, 2011).

Otra de las teorías destacadas fue la de Carl Rogers y su perspectiva centrada en la persona, la cual se ha catalogado dentro de las teorías integradoras del Yo Biosociales, las ideográficas conductuales y las humanistas (Bischof, 1980; Cueli et al., 2002; Frager & Fadiman, 2010). Rogers dice que los individuos se definen a sí mismos a través del autoanálisis y la autoobservación, siendo su premisa básica la idea de que la realidad es un asunto privado al cual solo tiene acceso la propia persona (Frager & Fadiman, 2010). En realidad, Rogers como tal manifestó no haber elaborado una teoría definitiva de la personalidad, ya que sus propuestas poco a poco las fue modificando; este autor, describe el comportamiento humano de forma optimista, defendía que la humanidad es constructora, realista, con tendencia al progreso y digna de confianza. Señala que cada persona nace con una serie de potencialidades que va cultivando; manifiesta que la personalidad se va dando en función de metas positivas, cuando las acciones se dirigen a hacer algo que traigan consigo consecuencias benéficas. Los temas principales de su teoría son *el yo*, la *autorrealización*, la *autoconservación* y el *automejoramiento*. Con respecto al *yo*, esta teoría centra al estado del yo como premisa en la personalidad, esto es, da una gran importancia a



la persona para ser vista como individuo y humano. La autorrealización son los procesos que diferencian a un individuo de otro dirigidos a la autoresponsabilidad, según él, el mayor logro de alguien es crearse a sí mismo en su vida; esto forma parte de la naturaleza humana y es un factor muy importante en la motivación. La autoconservación se da cuando ya ha sido realizada la personalidad, ya que ahora es necesario que se conserve, con esto se da la madurez y se enriquece la personalidad. Por último, una vez que la persona se ha autorealizado, esto lo ha logrado enriquecer y conservarlo, viene el momento de crecer, de mejorar, a esto se le denomina automejoramiento. Al final, su teoría de ser aplicada al proceso psicoterapéutico, se extendió a los sistemas educativos, sociales y políticos (Bischof, 1980; Frager & Fadiman, 2010; Montaña Sinisterra et al., 2009).

Una de las teorías definidas como *psicoestadística* o *nomotética*⁵ *personal* es la propuesta por Cattell, basada en la predicción, por lo que define a la personalidad como *aquello que nos permite predecir lo que hará alguien ante cierta situación*. Se le ha llamado a esta teoría como factorialista, pero también hay quienes la han nombrado como teoría de los rasgos, ya que Cattell conceptualiza a los rasgos como parte esencial de su teoría, convirtiéndolos en factores. Él consideraba que era imprescindible la medición de la personalidad de modo que sea científicamente comprobable, es por esto que crea su prueba *16PF* (16 factores de personalidad). Señala como puntos importantes la inteligencia, la rigidez de disposición, la fuerza de la memoria y el proceso de aprendizaje para el desarrollo de la personalidad (Bischof, 1980; Cueli et al., 2002). Cattell agrupa a los rasgos en cuatro formas: 1) *comunes*, que son propios de todos los humanos y *contra únicos* que son característicos de cada sujeto; 2) *superficiales*, siendo fáciles de observar y *contra fuentes*, solo se pueden observar a través de un análisis factorial; 3) *constitucionales*, establecidos por la herencia y *contra moldeados* construidos por el entorno; 4) *dinámicos*, son los que motivan a alguien para realizar una meta, *contra habilidad* es la capacidad para alcanzar un objetivo y *contra temperamento*, son los aspectos emocionales que interfieren en la realización de la meta (Montaña Sinisterra et al., 2009).

Otra de las teorías descritas como *nomotética personal* es la de Guilford, que siguiendo la corriente factorialista, propone un modelo de personalidad integrado por rasgos somáticos, actitudinales, temperamentales y motivacionales. Esto es, la personalidad es un patrón único de rasgos individuales, un *rasgo* es un aspecto duradero y distintivo de otros que caracteriza a cada sujeto. Los rasgos somáticos se refieren a las características

⁵ La perspectiva nomotética se interesa en la generalización, se enfoca en investigar cómo se relacionan las necesidades, la motivación, los rasgos, los mecanismos, las defensas, los esquemas, etc. (Cardenal, et al., 2007; Montaña Sinisterra et al., 2009).

fisiológicas de cada persona, como la tensión, el funcionamiento de la tiroides, el nivel de glucosa en la sangre y el dominio simpático contra el parasimpático; Guilford también propone tomar en cuenta las dimensiones corporales. Los rasgos actitudinales o de aptitud son las habilidades personales, describe dimensiones intelectuales y cognoscitivas evaluando la capacidad para realizar algo con excelencia, para aprender, las características psicomotoras, visuales, de fuerza, de precisión, discriminación auditiva, perceptiva y flexibilidad corporal. Los rasgos temperamentales son la forma en la que se presentan las conductas, pueden ser generales, emocionales y sociales. Por último, los rasgos motivacionales son las necesidades, intereses y actitudes que impulsan al individuo a ejecutar ciertos comportamientos (Cueli et al., 2002).

Otro de los autores importantes en este tema es Eysenck, su teoría también se encuentra en las definidas como *psicoestadística* o *nomotética personal*. Su obra fue basada en la tipología de Jung sobre características de introversión y extroversión y, en la de Kretschmer, sobre dimensiones corporales. La definición de personalidad que propone este teórico se basa en cuatro patrones de conducta: 1) cognoscitivo, 2) carácter, 3) afectivo y 4) somático, definiéndola como la suma de patrones del comportamiento predominantes en el organismo, que se dan por la herencia, el ambiente y la interacción de los sectores formativos que se organizan en dichos patrones. Él propone que la personalidad está compuesta por disposiciones jerárquicas, en las que primero se encuentran los *tipos*, después los rasgos, en seguida las *respuestas habituales* y por último las *respuestas específicas*. Eysenck se interesó por medir y definir operacionalmente a la personalidad en términos no tan complejos, utilizando procedimientos psicométricos creando así, un instrumento para su evaluación (Bischof, 1980; Cueli et al., 2002; Montaña Sinisterra et al., 2009).

Eric Berne también propuso una teoría de la personalidad, basándose en los enfoques del psicoanálisis, la filosofía humanista y el conductismo. A su propuesta la denominó Análisis Transaccional, análisis porque hace una separación del comportamiento en unidades fáciles e identificables, transaccional ya que se puede aplicar a los intercambios manifestados por los estímulos y respuestas de cada persona. Él define a la personalidad como un sistema conformado por pensamientos, emociones y patrones de conducta, en estos se encuentran 3 estados del yo, los cuales tiene cada individuo, los llamo *Padre, Adulto y Niño* (PAN). El *padre* sería lo que Freud denominó como *superyó*, esto es, es aquella persona que se rige por normas, que es crítica y exacta; el *niño* sería el *ello*, una persona que se define con este estado se caracteriza por ser alegre, libre y rebelde; el *adulto* sería el *yo*, la persona tiene rasgos de madurez, sabe equilibrar sus emociones, es



puntual, objetiva y realista. Berne manifiesta todos tenemos estos tres tipos de estados, actuando de forma interactiva, pero que siempre predomina uno, por lo que ese sería su característica de personalidad, también dice que hay que tomar en cuenta que dependen de la situación en la que se encuentre cada quien. Define varios tipos de *padre* y de *niño*, así mismo, habla sobre los tipos de transacciones, los cuales son estilos de comunicación. En general, esta teoría es accesible y ha sido aplicada en diversos ámbitos (Grados, 2011).

Un autor muy importante es Skinner, siendo su teoría del enfoque conductista radical, donde el estudio se basa en características comportamentales observables. Así, señala que con fines metodológicos estrictos, no debemos analizar al *self*, ya que su funcionamiento es interior. Skinner puntualiza el término de personalidad como un conjunto de patrones de conducta. La principal contribución de este autor fue su descripción de cómo se modifica la conducta a través del condicionamiento operante y el procedimiento de reforzamiento; el condicionamiento operante es el proceso por el cual se mantiene o no una conducta en función de sus consecuencias, así, un estímulo provoca una respuesta, la cual puede ser mantenida o extinguida por el estímulo consecuente obtenido; estos estímulos consecuentes son los reforzadores, que pueden ser negativos o positivos y tienen como objetivo mantener una conducta, otra de las consecuencias pueden ser los castigos, los que provocan que una respuesta ya no se repita (Frager & Fadiman, 2010; Montaña Sinisterra et al., 2009).

Dentro de las teorías Cognoscitivas, las cuales surgieron después del conductismo como complemento al estudio de la conducta y en busca de estudiar a la mente desde un punto de vista científico, se encuentran las manifestadas por Vygotsky, Piaget, Bandura, Beck y Ellis principalmente. Vygotsky dice que no todas las habilidades intelectuales son innatas, sino que muchas se adquieren con la práctica. Propone una teoría sobre la madurez del niño, estudiando procesos de lenguaje y pensamiento, defendiendo la idea de que el lenguaje tanto oral como escrito que emite una persona sirve como ventana para observar cómo opera su mente (Cueli et al., 2002). Piaget menciona que el desarrollo de una persona va desde lo individual a lo social, él estudió el desarrollo cognoscitivo desde la infancia hasta la adolescencia dividiéndolo en cuatro etapas, en las cuales describe cómo se adquiere el conocimiento; finalmente considera a la influencia social como predominante en el desarrollo de la personalidad (Vielma & Salas, 2000). Bandura propone su teoría del aprendizaje vicario, el cual se da a través de la observación y, habla sobre el término de Autoeficacia; él concibe a la personalidad como la interacción dada entre la cognición, el aprendizaje y el ambiente (Frager & Fadiman, 2010; Montaña Sinisterra et al., 2009). Beck habla sobre pensamientos automáticos y Ellis sobre pensamientos irracionales, estos dos últimos enfoques se basaron en el estudio de los trastornos emocionales, enfocándose en el

ambiente clínico. De este modo, los psicólogos cognitivos buscaron principios comunes a todos los procesos cognoscitivos y no en particular a la personalidad humana (Frager & Fadiman, 2010). En el capítulo III se profundizará sobre este tema.

Dentro de las teorías clasificadas como *culturales*, destaca la señalada por Díaz-Guerrero, pionero y guía de la psicología en México. Se concentró en estudiar la personalidad del mexicano, el desarrollo psicológico y la influencia de la sociedad y los medios de comunicación. Los temas de su investigación fueron sobre actividad-pasividad, la cultura tradicional iberoamericana, el rol de la mujer y la influencia de la familia. Este teórico dice que la cultura en la que se desarrolla una persona es la que influirá y proveerá de los fundamentos, la estructura y las normas que son aceptables y deseables en cómo debe desenvolver su conducta. Señala que la sociocultura es un sistema de ideas que jerarquizan las relaciones interpersonales, estipulan las normas y los roles que tienen que emitirse en la interacción de las personas de acuerdo con su rol (Díaz-Loving, 2006; Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 1985).

De acuerdo con Montaña Sinisterra et al. (2009) la ciencia no ha podido ofrecer una teoría amplia y consensuada, que logre organizar y estructurar todas las investigaciones hechas en este campo. Sin embargo, de acuerdo con estas necesidades, surgió la denominada Teoría Integradora de la Personalidad que agrupa las diversas definiciones sobre personalidad en cinco dimensiones: extroversión, escrupulosidad, estabilidad emocional, agradabilidad y apertura a la experiencia.

Como se observa, son muchos los autores⁶ que han escrito sobre “personalidad”, sin embargo, en esta investigación se detallará y hablará de manera más profunda sobre la

⁶ Muchos han sido las personas que han realizado teorías sobre lo que es *personalidad*. No se han detallado en el texto pero otros autores que han destacado en este ámbito son: Hipócrates con su teoría de los cuatro humores como uno de los pioneros; Murray con su teoría clasificada como psicoanalítica, psicofilosófica e Ideográfica conductual; Adler se encuentra en las teorías denominadas psicoindividuales y psicosociales, en este mismo rubro está Horney pero a su teoría también la han delimitado en el enfoque humanista; como teoría integradora del yo biosocial e ideográfica conductual está la de Murphy; Sheldon denomina a la personalidad con un enfoque psicobiológico; Maslow se encuentra en la rama humanista; Erikson con su teoría evolutiva e ideográfica de la personalidad; dentro de una visión interpersonal e ideográfica se encuentra Sullivan; Fromm realiza una teoría socioanalítica; la propuesta de Hartmann también es como ideográfica de la personalidad; como ideográfica conductual está el enfoque de Lewin; Gesell desde un punto de vista nomotético conductual; William James apoyándose en la psicología de la conciencia; por último, también se han realizado teorías desde un estudio cultural, como la

teoría del aprendizaje biosocial o “modelo evolutivo” de Theodore Millon, el cual, señala que la personalidad representa un conjunto de patrones cognitivos, emocionales y conductuales manifiestos y permanentes. Estos surgen de una compleja interacción entre características biológicas y rasgos aprendidos; son dos los procesos característicos que participan en la personalidad: cómo se desenvuelve la persona en su medio y cómo se relaciona con el mismo (Millon & Everly, 1994; Montaña Sinisterra et al., 2009). Sánchez (2003), Cardenal, et al. (2007) y Montaña Sinisterra et al. (2009) mencionan que la teoría de personalidad y su patología propuesta por Millon es, en la actualidad, la que mayor integración y difusión ha alcanzado, es compleja y a la vez muy completa, difícil de resumir en unas cuantas páginas.

Si bien este enfoque está muy basado en el entorno de la persona, para esta investigación se ha elegido debido a que es el que más se acerca al modelo cognitivo-conductual, esto porque manifiesta que la personalidad se conjunta de elementos cognitivos, comportamentales y afectivos.

Según este modelo, la personalidad se va formando desde el momento del nacimiento (incluso desde la procreación), ya que influyen factores genéticos, bioambientales y ambientales en la formación de ésta (Millon, 2006; Millon & Everly, 1994; Montaña Sinisterra et al., 2009). Estos elementos serán explicados más adelante, por ahora se hablará sobre cómo, según esta teoría, la personalidad se va creando.

Millon y Everly (1994), puntualizan que en el desarrollo de un organismo, en un principio sus respuestas conductuales tienen como función “**explorar**”, por lo que cuando uno es niño, se llevan a cabo comportamientos que son de práctica, claro con sus respectivos fracasos, obteniendo así un aprendizaje; Edward Thorndike (citado en Millon & Everly, 1994) denominó esto como aprendizaje por “ensayo y error”.

Por lo tanto, mediante una serie de pruebas, el niño comienza a aprender qué conductas son displacenteras o inefectivas y cuáles traen consigo respuestas agradables, las cuales tenderá a repetir; es entonces cuando decide volver a realizar aquello que le proporcione placer y, conforme pasa el tiempo, comenzará a presentar conductas específicas consistentes en diferentes situaciones, lo que formará un hábito. Así, en un futuro, presentará un conjunto de hábitos, esto es un rasgo.

propuesta de Cueli, los enfoques feministas, las teorías del yoga y la tradición hindú, el zen y la tradición budista, el sufismo y la tradición islámica.



Conforme va madurando, mostrará un patrón de conducta preferido que fue reforzado⁷ por una serie de eventos exitosos en el pasado, esto hará que sea resistente a la extinción, y cuando el infante tenga que tomar una decisión seguramente este patrón de conducta estará en sus prioridades a la hora de interactuar con su medio; así que, el conjunto de componentes biológicos desarrollados en el niño junto a las experiencias adquiridas a lo largo del tiempo (el conjunto de hábitos repetidos) estarán formando la **personalidad** de éste.

Por otro lado, este enfoque coincide con la teoría de temperamento y carácter, la cual dice que la personalidad está formada por rasgos biológicos hereditarios (temperamento) y por factores ambientales aprendidos (carácter). Empero, a diferencia de Pittaluga⁸, Millon y Everly (1994) mencionan que los rasgos de personalidad presentados antes de que el infante comience a ser moldeado por la experiencia, se llaman factores biogenéticos, ya que están determinados por medio de la herencia, incluyendo sustratos neurológicos, endocrinológicos y bioquímicos. Un ejemplo de esto sería la forma particular de ritmos biológicos de cada niño desde su nacimiento, algunos suelen ser predecibles para sus horas de hambre y sueño, también, algunos pueden mostrarse tensos y otros más relajados, unos tienden a quejarse y llorar más que otros. De hecho, uno puede ir observando la conducta de sus bebés, qué suelen hacer para llamar la atención, qué tanto sonríen, si suelen ser serios, llorar mucho o ser sonrientes, si son muy inquietos y les gusta estar explorando su alrededor o qué tanto toleran la luz y el ruido, etc. Desde ese momento, se puede predecir un tipo de comportamiento y/o un tipo personalidad en cada uno, pues ya desde pequeños tendemos a realizar ciertos patrones.

Millon incluye en los **factores biológicos** (Millon, 2006; Millon & Everly, 1994; Montaña Sinisterra et al., 2009) a la herencia (lo que podría ser el temperamento) y a los factores maternos prenatales; de estos últimos, se sabe que el desarrollo fetal puede verse afectado por complicaciones en el embarazo, ya sea por una salud debilitada, por el estado nutricional de la madre o incluso por su estado emocional; por ejemplo, consumir algún tipo de medicamento, droga, alcohol o tabaco durante el embarazo puede traer consigo consecuencias serias en el desarrollo del producto, como nacimiento prematuro, bajo peso, reducción en el flujo sanguíneo cerebral, síndrome alcohólico fetal así como retraso mental. Aún no está bien aclarado cómo los factores maternos prenatales influyen en el desarrollo

⁷ La palabra “reforzado” viene de la teoría del reforzamiento propuesta por Skinner, la cual se refiere a que la acción fue premiada con el fin de que se siguiera reproduciendo, esto es, cuando algo se “refuerza” tenderá a repetirse, por lo que se incrementa la conducta.

⁸ Como ya fue mencionado, Pittaluga es el autor de la teoría de “Temperamento y carácter”.

de la personalidad del niño, sin embargo, éste autor afirma que se ha visto que éstos factores afectan la formación de una personalidad sana y el posible desarrollo de un trastorno de la personalidad. Como se sabe, el ser humano está constituido por una red de conexiones biológicas, por lo que es de esperarse que antes de nacer, todo lo que transmite la madre influirá de algún modo en la futura persona.

Al carácter o **factores ambientales** (Millon, 2006; Millon & Everly, 1994; Montaña Sinisterra et al., 2009), Millon los define como los rasgos adquiridos a través de las normas de ética y costumbres de cada cultura, así mismo, se refieren al aprendizaje obtenido a través del contexto de cada individuo; podría ser un juicio moral, lo que cada uno aprende con los amigos, los valores que nos van enseñando en nuestra educación tanto familiar como escolar, ciertos modismos, formas de hablar y de comportarse, qué está bien y qué no, etc. Estos factores son de suma importancia pues marcan gran parte de nuestros patrones conductuales y diferencias individuales, ya que no se va a comportar de la misma manera una persona que tiene doctorado a otra que solo estudió la primaria o incluso alguna que no lee ni escribe, tampoco hablará de la misma forma alguien que nació en el norte del país a alguien que es del sur, piensan de un modo distinto las personas nacidas en el continente americano que las de Europa, Asia o África, incluso el modo de vestir es distinto, al igual que el lenguaje y las costumbres. Y así como estos, existen muchos ejemplos que demuestran la importancia del contexto para que se forme cierta personalidad.

En resumen, la definición que da Millon incluye al temperamento y carácter viéndolo más ampliamente. Por lo tanto, los factores biológicos determinan el curso de la personalidad y los factores ambientales le dan forma a su expresión, esto es, lo fisiológico da la base para el desarrollo de la personalidad y el entorno determina la esencia de la personalidad al refinarla a través del aprendizaje; la influencia de cada factor varía de un individuo a otro (Millon, 2006; Millon & Everly, 1994).

De aquí es derivado el origen de la personalidad, que como ya se mencionó, se origina de factores ambientales y biológicos, sin embargo, de la combinación de estos dos sale un tercer grupo, los **factores bioambientales**.

Estos factores se refieren a la combinación de elementos orgánicos y del medio que, están tan interconectados que no se pueden definir de un componente en específico. Se dan cuando interaccionan los componentes biológicos y ambientales, por ejemplo, el desarrollo neuropsicológico. Éste es un proceso de maduración, ya que en el nacimiento está incompleto y el mayor crecimiento del sistema neurológico humano se da del periodo prenatal hasta los primeros cinco años de vida; entre estos procesos se encuentra el crecimiento neuronal de acuerdo con las áreas que más estamos estimulando (olfato, vista,

tacto, etc.) o por ejemplo si desde pequeños se incorpora alguna actividad artística como la danza o la música, algunas zonas de nuestro cerebro se verán mayor estimuladas lo que dará como resultado el fortalecimiento del aprendizaje de esto. El contexto influye de manera significativa incluso teniendo un efecto sobre el desarrollo (aun cuando hayan pasado estos periodos críticos de sensibilidad⁹); de hecho en esto, tanto en el desarrollo prenatal como el postnatal, es muy importante la nutrición (Millon & Everly, 1994).

Millon y Everly (1994) mencionan que algunos autores como Werner, Piaget, Erikson y Freud basaron sus teorías del desarrollo en los fundamentos de ciertos periodos sensibles de maduración. De acuerdo con estas posturas, él realizó una teoría englobando las etapas de crecimiento neurológico y enfocando los estímulos nutricionales¹⁰ como moldeadores del desarrollo en las etapas importantes de crecimiento neurológico.

Las etapas del desarrollo neuropsicológico descritas por Millon y Everly (1994) son tres (basadas en los tres principales periodos de sensibilidad):

1. Fijación sensorial: comienza desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad aproximadamente. Los procesos dados en esta etapa son principalmente sensoriales, los cuales sirven para ayudar al desarrollo neurológico y procesos de acoplamiento, tomando en cuenta que el niño depende de otros para su supervivencia. Por ejemplo, comer, llorar, sonreír, hacer algunos ruidos, control de la visión, el gusto, olfato, oído y tacto. Si en esta etapa se carece de estímulos puede provocar apatía, retardo sensorial, déficit en el contexto social y depresión; si, por el contrario, los estímulos son excesivos, puede haber hipersensibilidad, hiperactividad y dependencia anormal en las relaciones interpersonales.
2. Autonomía sensoriomotora: se da aproximadamente desde los 12 meses hasta los 6 años de edad. En esta etapa predomina la refinación de la actividad muscular gruesa y fina, incrementa la conducta exploradora y así, la autonomía. Algunos ejemplos serían el aprender a caminar, bailar, brincar, sentarse, comer, beber y bañarse solos, dibujar, escribir, jugar, hablar de manera más elaborada, que se les

⁹ Con *periodos críticos de sensibilidad o periodos sensibles de desarrollo*, Millon se refiere a que existe cierto tiempo limitado en donde es necesario que se presenten estímulos específicos para favorecer una maduración adecuada, por tanto, si estos estímulos son proporcionados en destiempo, son excesivos o escasos, es muy probable que se obtengan disfunciones y/o problemas en el desarrollo. Algunos estímulos podrían ser el fomentar que el niño aprenda a hablar, a caminar, a subir las escaleras y brincar, también pueden ser el control de esfínteres, el que aprenda ciertos números y letras, que pueda escribir y leer, momentos de juego y algunas reglas sociales, por mencionar unos cuantos.

¹⁰ Así mismo, Millon entiende por estímulos nutricionales a aquellos que influyen en la composición bioquímica y anatómica funcional de las vías neurologías cerebrales, a través de estímulos ambientales. Un ejemplo sería el aprendizaje y las emociones.

enseñe a obedecer algunas reglas sociales, control del berrinche y límites en casa. Si hay pobreza de estímulos, se puede producir una conducta pasiva y por lo tanto falta de exploración y competencia por parte del infante, así como sumisión y timidez; también, si los estímulos se exceden, es probable que en un futuro exista irresponsabilidad social, falta de control en las expresiones y un problema de narcisismo.

3. Iniciativa intracortical: comprende de los 4 años hasta la etapa de la adolescencia. Aquí hay un crecimiento neocortical rápido, se desarrolla el pensamiento abstracto por lo que el niño adquiere la capacidad de planificar, actuar basándose en sus intereses e interactuar con su ambiente teniendo la habilidad de introspección; también se encuentra el aprender matemáticas y asignaturas que se enseñan en la escuela, entender a leer el reloj y comprender los horarios, jugar con sus pares estableciendo y respetando las reglas del juego, por decir algunos ejemplos. Si existe un déficit en la proporción de estímulos puede dar como resultado una habilidad cognitiva y abstracta pobre, impulsividad, irresponsabilidad y una conducta inmadura; el exceso en los estímulos adquiridos durante esta etapa pueden desfavorecer la espontaneidad, creatividad y flexibilidad en el individuo, provocando así que sea reprimido, rígido y compulsivo.

El programa genético y de desarrollo neuronal se modifica por las experiencias ambientales¹¹, en donde el aprendizaje juega un papel imprescindible. El aprendizaje se puede definir como el cambio relativamente permanente adquirido a través de la experiencia; estos cambios pueden ser respuestas tanto cognitivas, como emocionales y conductuales manifiestas, lo que es la esencia de la personalidad. Los procesos de aprendizaje que tienen una mayor participación en el desarrollo de la personalidad son el aprendizaje por contigüidad, el instrumental y el vicario.

Se ha demostrado que los procesos tempranos de desarrollo impactan más que las experiencias tardías en la formación de la personalidad. Esto es debido a que estas experiencias tempranas se relacionan con fundamentos biológicos, también dan estructura y tono para el aprendizaje posterior a lo largo de la vida.

Por lo tanto, se dice que la personalidad es estable (duración de los rasgos en el tiempo) y consistente (la conducta se repite a través de varias situaciones). Así mismo, es

¹¹Un ejemplo de esto serían las personas que tienen predisposición genética a padecer diabetes mellitus, que se cuidan durante su vida haciendo ejercicio y siguiendo una dieta adecuada, por lo que logran no desarrollar la enfermedad.

susceptible de cambio (al igual que los trastornos). El **desarrollo de un trastorno en la personalidad** resulta cuando la interacción en los factores biológicos y ambientales da como producto el que la persona realice conductas desadaptativas.

En resumen, la personalidad de cada quien se irá formando desde el nacimiento, con la influencia de todas las relaciones que interactúan con el individuo, ya sean las afectivas, las ambientales, las biológicas y genéticas. Dependiendo de cómo vaya mediando esto la persona, es como se va a ir moldeando su conducta hasta que se consolide, haciéndose estable y consistente. Entonces se forma aquello llamado “personalidad”, dando en cada quien un conjunto de rasgos tanto cognitivos, como emocionales y conductuales que suelen repetirse en diversas situaciones; el que éstos sean adaptativos o no dependerá de hasta qué punto le es funcional a la persona y en qué momento le empieza a generar problemas su forma de ser; si estos problemas se vuelven patrones inflexibles que son inadecuados

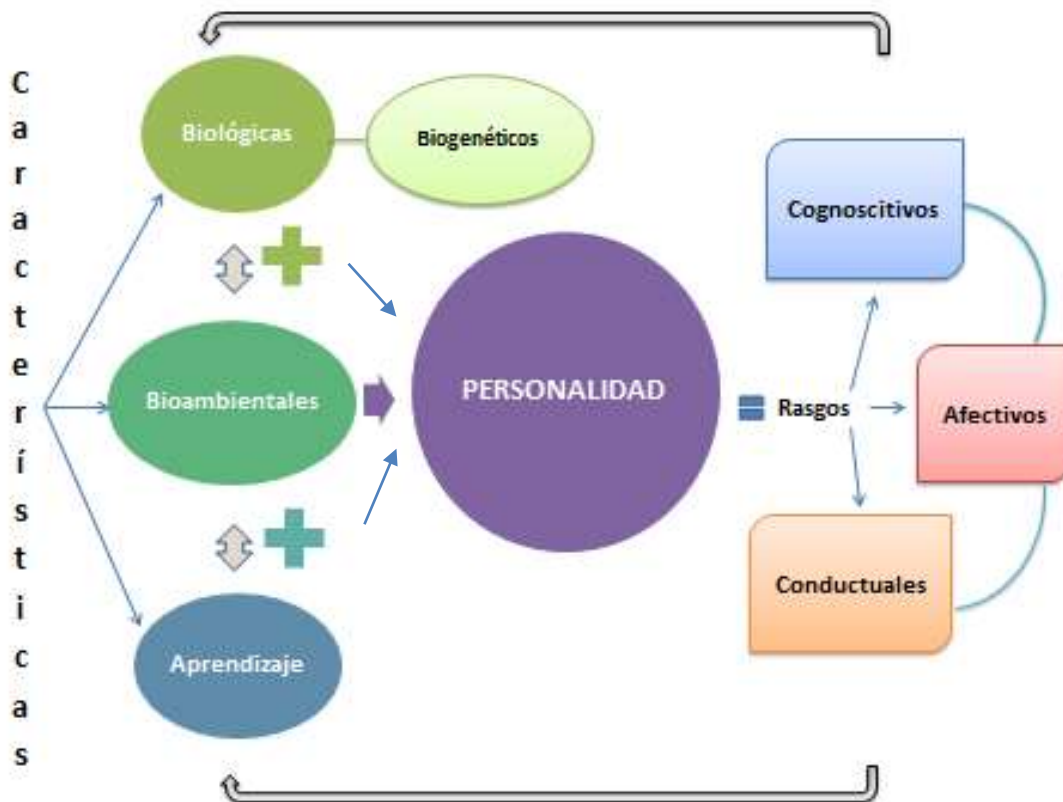


Figura 1. Desarrollo y concepto de personalidad.

Fuente: Millon, T. & Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos* (pp. 17-19). España: Martínez Roca.

*Concepto de personalidad de acuerdo con la concepción de Theodore Millon (2006; 1994), el cual señala que la personalidad es producto de la interacción de características biológicas (en las que están incluidas las biogénéticas), bioambientales y de las experiencias; siendo así un conjunto de rasgos cognoscitivos, emocionales y conductuales.

comparados a la “normalidad”, se podría hablar ya de un trastorno de personalidad. En el siguiente apartado se explicará de manera más profunda sobre qué son los trastornos de la personalidad vistos desde diversos autores, cuál es su prevalencia y cuáles existen hasta ahora dentro de una clasificación como la del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (que por sus siglas en inglés se abrevia DSM).

1.2 Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad han cobrado gran relevancia tanto para la psicología clínica como para la psiquiatría debido a su alta incidencia en la población; según Roca y Bernardo (1998, citado en Quiroga & Errasti, 2001) la prevalencia global de los trastornos de la personalidad es de 10% a 13% en la población en general; esto ha provocado que la asistencia psicológica haya aumentado su demanda.

Para Kernberg (1999) los trastornos de la personalidad se definen como constelaciones de rasgos de carácter anormales muy intensos, que provocan grandes perturbaciones en el funcionamiento de patrones intrapsíquicos y/o interpersonales. Kernberg es un autor de enfoque psicodinámico y se incluye la definición propuesta por él ya que fue de los principales que abordó (dentro de esta corriente) los trastornos de la personalidad y propuso en específico un tipo de terapia para el TLP.

Otro personaje de gran relevancia que ha sido estudioso de los trastornos de la personalidad es Aaron Beck con su teoría cognitiva, de acuerdo con él y sus colaboradores (2005) un trastorno de la personalidad es una inadecuación; cada trastorno tiene su propia conceptualización dependiente de sus creencias subyacentes pertinentes, estas creencias se encuentran en estructuras medianamente estables denominadas “esquemas” que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan.

Beck, Freeman, Davis y colaboradores (2005) consideran que las unidades fundamentales de la personalidad son estructuras básicas (esquemas) que dependen de procesos cognitivos, afectivos y motivacionales. Así mismo, consideran a la evolución como parte esencial de la adquisición de la personalidad y sus trastornos; mencionan que cada individuo tiene un perfil único de personalidad, dado por los distintos grados de probabilidad en que responde de cierto modo o cierto grado en una situación particular; cuando los individuos tienen diferentes respuestas específicas, éstas muestran importantes diferencias estructurales reflejadas en sus creencias o esquemas básicos.

En los trastornos de la personalidad, las creencias son más pronunciadas, presentando las mismas conductas repetitivas en muchas más situaciones que el resto de la gente. Los

esquemas disfuncionales típicos de los trastornos de la personalidad son provocados por casi todas las situaciones, son de carácter compulsivo y tienden a ser menos fáciles de controlar o modificar en comparación con los de las otras personas; toda situación que actúa sobre el contenido de sus esquemas desadaptativos los activa, en vez de hacerlo con los más adaptativos. En suma, en relación con los demás individuos, sus actitudes y conductas disfuncionales presentan una generalización excesiva, son inflexibles y tienen resistencia al cambio.

Las experiencias vitales de cada individuo afectan su vulnerabilidad cognitiva, la cual está basada en creencias extremas, rígidas y dominantes; estos esquemas disfuncionales se originan por la interacción de la predisposición genética del individuo, con las influencias indeseables de su contexto y con vivencias traumáticas específicas; esta idea concuerda con la teoría propuesta por Millon.

Dentro de los esquemas se encuentra el sistema de control o regulación, debido a que se dan por inercia, son denominados “pensamientos automáticos”. En este sistema participan la autorregulación y la relación del individuo con su ambiente (primordialmente con el entorno social). Los procesos autorregulatorios de mayor importancia para los trastornos de la personalidad conciernen con la forma en que las personas se comunican consigo mismas; entre los principales se encuentran: la auto-observación, autoevaluación, autopercepción, las advertencias y las autoinstrucciones. Entonces, según esta teoría, los autoesquemas exageradamente negativos o positivos, pueden ser los factores que lleven a alguien con cierto “tipo de personalidad” a desarrollar un “trastorno de la personalidad” (Beck, et al., 2005; Caballo, 1995).

Hasta aquí ya se señaló la definición que propuso Kernberg de los trastornos de la personalidad, también se habló brevemente sobre la concepción de acuerdo con la teoría cognitiva de Beck; ahora se hará mención a la conceptualización realizada por los sistemas de categorización del DSM.

En el DSM-5 (2014), la versión más actual de estos manuales, el trastorno de personalidad está definido como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro” (DSM 5, 2014, p. 645). En esta nueva versión del manual proponen un modelo alternativo para los trastornos de la personalidad en donde mencionan que son caracterizados por rasgos patológicos de personalidad y por tener dificultades en el funcionamiento; de este modo, establecen criterios generales de los trastornos de la personalidad, señalando que los

rasgos esenciales que deben tener son: problemática moderada o grave en el funcionamiento de la personalidad; una o más características patológicas en la personalidad; las dificultades son inflexibles y se generalizan a las situaciones personales; las dificultades son estables, tienen su inicio en la adolescencia o adultez temprana; las dificultades no son mejor explicadas por otro trastorno mental; las dificultades no se atribuyen a efectos fisiológicos de una sustancia o problema médico; las afecciones no son consideradas como normales de acuerdo con la etapa de desarrollo del individuo o para su entorno sociocultural, remarcando esto último como algo muy importante para poder definir a un trastorno mental. Así mismo, es menester mencionar que en esta nueva versión del DSM se hace el señalamiento acerca de que un *trastorno* solo describe procesos, no personas, lo cual es de gran relevancia ya que con esto se cuida la integridad del individuo y el problema con “las etiquetas” (DSM 5, 2014).

En 2002, el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición, el texto de revisión) describió a los trastornos de la personalidad como los patrones tanto de cognición, como de comportamiento y afecto que son imperecederos, que se presentan en varias situaciones que son inconsistentes de acuerdo con las expectativas sociales y culturales de un individuo. Se muestra una marcada inflexibilidad adaptativa al tener estrategias limitadas para interrelacionarse, para alcanzar metas y para enfrentar el estrés. En general se muestran durante la adolescencia presentando patrones de respuesta generalizados, permanentes en diversas situaciones y perdurables en el tiempo, generando una angustia significativa (DSM-IV-TR, 2002; Nezu et al., 2006).

Esta noción de los manuales DSM es la que ha tenido mayor uso y éxito debido a que engloba diferentes aspectos y ha podido ser universal. Sin embargo, de aquí se debe rescatar un punto importante, en ésta se menciona que los rasgos inapropiados van de acuerdo con la cultura, por lo que habría que analizar en México qué es “normal” y qué patrones serían considerables para hablar de un trastorno, sobre todo para definir el TLP. Por ejemplo, para algunas personas podría no ser un problema recibir 20 llamadas telefónicas en un momento, sin embargo, otros lo considerarían un trastorno, otro ejemplo es que en esta cultura se tiende mucho a la afiliación, por lo que hasta cierto punto la dependencia es común en los mexicanos pero también se toma como síntoma del TLP.

Otro síntoma son los intentos de suicidio y las flagelaciones (DSM 5, 2014; DSM-IV-TR, 2002; DSM IV, 1996, DSM III-TR, 1988; DSM III, 1984), este último es el que se ha presentado cada vez más durante la adolescencia e incluso en la infancia, esto cada día es más común, llegando al punto de hacerse por imitación o “por moda” (esto es, que en la actualidad se han visto casos que hay quienes se cortan por ejemplo, el antebrazo, porque



sus amigos les dijeron que probaran, porque se siente bien, porque lo han visto en películas, en páginas de internet, etc), sin embargo, desde ese momento ya se está presentando una señal de alarma significativa, que nos podría estar hablando de la formación de un trastorno.

De aquí se parte a analizar ¿realmente cuándo podemos diagnosticar un trastorno? ¿De verdad se consolida hasta la edad adulta? Estos temas han sido puntos de debate pues actualmente se ha visto que ya hay niños que se han suicidado, existen mujeres adolescentes que dicen “darían todo por su pareja” ¿Por qué no considerar desde este momento esta acción ya como un trastorno? bien, la cultura va cambiando de manera constante, lo cual al momento de dar terapia es sustancial considerarlo; también hay que tomar en cuenta la idea de que, para poder hablar ya sobre una “personalidad consolidada”, cada persona debe vivir ciertas etapas hasta llegar a la adultez, las cuales son cruciales para alcanzar a formar y fortalecer su forma de ser, es por esto que desde antes no se puede hablar de personalidad como tal ni de la formación de un trastorno de este tipo, pues como se dice de manera filosófica, aun no se tiene consciencia y decisión del propio ser.

No obstante, desde edades tempranas ya se pueden ver ciertos rasgos, que si son tratados a tiempo es muy probable que se detenga el progreso de una problemática más fuerte. Ya que también se ha visto que cuando la depresión se presenta desde periodos tempranos de edad, es más probable que a futuro el tratamiento tarde en dar resultados positivos y se tengan mayores recaídas, esto también pasa con patrones de conducta desadaptativos como la ansiedad y la agresividad. Así, si se observa en un niño o adolescente comportamientos de alarma como las autolesiones, se puede comenzar a intervenir para prevenir que el trastorno crezca; también sería bueno realizar campañas de prevención de salud mental para que desde estas etapas se conozcan los trastornos de la personalidad, sus síntomas, qué es normal y que no, y qué es lo que se puede hacer para obtener ayuda.

Por último, en el DSM-IV (1996) los trastornos de la personalidad se encuentran clasificados en el eje dos y son definidos como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que son inapropiadas respecto a las expectativas de la cultura del individuo, teniendo su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta; es estable a lo largo del tiempo y produce malestar o perjuicios en la persona.

Hasta ahora se encuentran en existencia diversos trastornos de la personalidad (entre los cuales se encuentra el trastorno límite) que han sido clasificados y definidos por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. A continuación, se describen de manera breve los propuestos por el DSM-5 (2014):

Trastornos de la personalidad: Grupo A

- ⊗ Trastorno de la personalidad paranoide: patrón de desconfianza provocando una malinterpretación de las intenciones de los demás como malas.
- ⊗ Trastorno de la personalidad esquizoide: se reprime la expresión emocional y hay una desconexión de las relaciones interpersonales, suelen ser solitarios.
- ⊗ Trastorno de la personalidad esquizotípica: existen distorsiones cognoscitivas, pensamiento mágico, excentricidades del comportamiento, de la apariencia y un intenso malestar en las relaciones sociales.

Trastornos de la personalidad: Grupo B

- ⊗ Trastorno de la personalidad antisocial: se manifiesta desprecio por los otros y no existe un respeto por los derechos de los demás.
- ⊗ Trastorno de la personalidad límite: existe un patrón de inestabilidad tanto en las relaciones interpersonales, como en los afectos y la autoimagen, teniendo una impulsividad marcada.
- ⊗ Trastorno de la personalidad histriónica: se caracteriza por una gran demanda de atención y emotividad excesiva.
- ⊗ Trastorno de la personalidad narcisista: patrón de grandiosidad, caracterizado por un déficit de empatía y gran necesidad de admiración.

Trastornos de la personalidad: Grupo C

- ⊗ Trastorno de la personalidad evitativa: es manifestado por inhibición social, hipersensibilidad a ser evaluados negativamente y por sentirse incompetentes.
- ⊗ Trastorno de la personalidad dependiente: se tiene una gran necesidad de ser cuidados, siendo su comportamiento sumiso y pegajoso.
- ⊗ Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva: patrón de preocupación excesiva por el orden, el control y la perfección.

Otros trastornos de la personalidad

- ⊗ Cambio de la personalidad debido a otra afección médica: se refiere a un trastorno de la personalidad permanente que se sospecha fue causa de efectos fisiológicos de alguna afección médica, como una lesión cerebral.
- ⊗ Otro trastorno de la personalidad especificado y Trastorno de la personalidad no especificado: en esta categoría entran dos casos, a) cuando el patrón de personalidad cumple con el criterio general para un trastorno de la personalidad,

existiendo diversas características de varios trastornos de la personalidad distintos, no cumpliéndose así, los criterios para un trastorno en específico y, b) La persona cumple con los criterios generales de un trastorno de la personalidad, pero se considera que el trastorno no está incluido en la clasificación, como en el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, por ejemplo.

En su mayoría, los psicólogos se basan en esta normatividad para diagnosticar a sus pacientes e incluso para hacer el reporte en su expediente determinando su tratamiento; y es que ha sido la clasificación diagnóstica más importante y de más prestigio ya desde hace varios años, esto por sus múltiples investigaciones y porque es la que ha logrado ser mundial.

Sin embargo, existen opiniones contrarias e incluso personas que están en contra de las clasificaciones del DSM, hay quienes piensan que no se debería “etiquetar a las personas” y que por lo mismo no están de acuerdo con estas categorizaciones; no obstante, en este trabajo se considera que sí es importante utilizar estos métodos, ya que permiten darle un rumbo a la terapia e incluso se ha visto que a los mismos pacientes les ayuda, pues con base en esto investigan sobre lo que les está pasando y pueden entender más su forma de ser, logrando no castigarse ni culparse tanto por lo que hacen, incluso les sirve a sus seres allegados para comprenderlos; es por esto que en esta tesis sí se apoya la clasificación de los trastornos como herramienta para un proceso de intervención terapéutica, estando de acuerdo con lo establecido en el DSM-5 (2014), donde se afirma que su objetivo principal es proporcionar apoyo a los profesionales de la salud para realizar diagnósticos de trastornos mentales a los pacientes como valoración de un caso, promoviendo así la elaboración de un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada persona. Más adelante se retomará este punto basado en la opinión de Millon, ahora se hablará sobre la perspectiva de este autor con respecto a los trastornos de la personalidad.

Desde la concepción de Millon y Everly (1994) existe un **aprendizaje patogénico**, es decir, el aprendizaje por contigüidad, instrumental y vicario se combinan para modelar la personalidad normal y sana, sin embargo, también participan en el desarrollo de una personalidad insana y anormal, esto es, las conductas patológicas aumentan gradualmente con base en las experiencias aprendidas repetidamente.

Existen tres procesos principales de aprendizaje patológico: 1) *Refuerzo positivo de patrones de conducta desadaptativos autofrustrantes*, esto es, la conducta desadaptativa tiene como consecuencia algún estímulo placentero, por ejemplo, el “berrinche” en los niños

o hacer trampa en un examen, ya que están realizando una acción que no es adecuada y a cambio están obteniendo una ganancia como sacar buena calificación en ese examen u obtener lo que se desea con el berrinche. Se dice que la conducta es desadaptativa debido a que, aunque a corto plazo le sirva a la persona, a futuro le perjudicará. 2) *Refuerzo negativo de patrones de conducta maladaptativos autofrustrantes*, en este se realiza la conducta desadaptativa para evitar un estímulo aversivo; por ejemplo, mentir para evadir un regaño 3) *Subaprendizajes*, en el que las experiencias son aprendidas de manera insuficiente, la comunicación es contradictoria o se tienen modelos de imitación disfuncionales; por ejemplo agredir o decir “groserías”, esto generalmente se aprende por imitación, ya sea porque los niños lo ven en casa y se promueva o porque se lleven a cabo estas conductas con los amigos y en la escuela.

Así, Millon (2006; 1994) establece un modelo de clasificación al cual llama “**enfoque de aprendizaje biosocial**” en la formación de la personalidad, siendo su elemento principal el *refuerzo* donde crea una **matriz de refuerzo**¹² (Cardenal, et al., 2007; Millon & Everly, 1994; Montaña Sinisterra, et al., 2009; Sánchez, 2003). Se analiza al refuerzo desde dos perspectivas:

La primera perspectiva es la conducta instrumental empleada para obtener refuerzo, es decir, *cómo* cada persona busca la recompensa. Esto puede ser por medio de dos aspectos:

1. Búsqueda **activa** de refuerzo. Si se tiene este tipo de conducta instrumental la persona tenderá a la acción, se caracteriza por ser vigilante, persistente, ambicioso, dirigido al objetivo y estar alerta; son comprometidos, buscan alternativas, dan soluciones, manipulan los acontecimientos y rodean obstáculos, todo con el fin de obtener placer y recompensas o evadir el malestar del castigo y la ansiedad; son energéticos y tienen necesidad de controlar su ambiente. Así se muestran las personas que generalmente buscan y hacen las cosas por sí mismas o generan los acontecimientos, como aprender algo nuevo por el gusto de hacerlo, promover el arreglar una discusión, decir lo que les interesa, buscar trabajo sin ayuda de los otros, investigar algún tema que les interese, dar la iniciativa y ser proactivo.
2. Búsqueda **pasiva** de refuerzo. El individuo pasivo se caracteriza por ser reactivo, inicia pocas estrategias, espera que el entorno lo provea del refuerzo, tiende rápidamente a atender las necesidades del otro, no es seguro de sí mismo, se puede mostrar distraído y retraído y, rara vez actúa por su propio interés. Alguien así suele esperar a que el otro de la iniciativa y a que los demás solucionen, es posible que no

¹²El refuerzo se refiere a la recompensa o placer que consigue cada individuo ante un evento.

generen una conversación y suelen esperar a que “se presente la oportunidad” o “el momento correcto”.

La segunda perspectiva se refiere a la fuente de refuerzo, esto es, en *dónde* se busca la recompensa a las acciones. Son cuatro las características que salen de esto:

1. Independiente. El refuerzo se obtiene por sí mismo; la persona es segura de sí, suele hacer las cosas sin tener la necesidad de ser acompañado, como ir al cine solo, viajar y en general tomar decisiones, así como realizar acciones que lo lleven a sentirse bien por su propia cuenta. Muy probablemente este patrón se propicia por una necesidad de control junto con expectativas frustradas en los demás.
2. Dependiente. La recompensa se busca en el otro, la atención, el afecto y apoyo interpersonal son muy significativos para aquellas personas que se dice son dependientes. Alguien así demanda cariño, está acostumbrado a que le resuelvan las cosas, lo protejan al ir acompañado a algún lugar “para que no le pase nada” o dejar que otros “cambien el foco”, ya que él no aprendió a hacerlo o le da miedo que se pueda quemar, por lo que no se atreve. Esta característica puede causarse porque la persona aprende que para maximizar el refuerzo hay que estar en manos de los demás o porque se acostumbraron a que les solucionaran la vida eximiéndoles de responsabilidades, por ejemplo los niños que sus padres les hacían la tarea no aprendieron tanto del tema que tenían que estudiar, ni tampoco otro tipo de habilidades como cumplir con alguna obligación y el ser responsables, lo que provoca que en un futuro no tengan ciertas competencias y muy probablemente que dependan de los papás para conseguir un trabajo o realizar alguna tarea.
3. Ambivalente. El individuo está inseguro sobre dónde buscar el refuerzo, éste ha aprendido que puede ser obtenido actuando dependiente e independientemente. La persona se siente vacilante entre la dependencia y conformidad por un lado y, la independencia, autonomía y agresividad por el otro. El resultado es que se ven invadidos por sentimientos de desacuerdo y dudas, teniendo un control rígido para autoprotegerse; envueltos en el conflicto, pueden desarrollar sentimientos de culpa, autodesaprobación y pesimismo. Este estilo pudo haber sido provocado porque cuando se era niño los padres no siempre lo proveían de afecto o cuando se iban lo tenían en la incertidumbre de si regresarían o no, es decir, era impredecible cómo actuar para tener la atención y el cariño de sus seres queridos, especialmente sus papás.

4. Aislado. No se busca el refuerzo, es manifestado por la pérdida de interés por parte del individuo por lograr el placer o evitar el castigo. Tal vez este estilo se forma por el “principio de indefensión aprendida”, en donde por la falta de percepción de control, un organismo asimila que es mejor no adquirir nuevas experiencias, ni positivas ni negativas; ya que previo a esto estuvo expuesto a constantes estímulos aversivos e incontrolables, provocando que se creara un pensamiento de “es mejor no hacer nada”.

La combinación de lo ya descrito da como resultado una matriz 2 x 4 (conducta instrumental x origen) dando 8 elementos, cada una constituye un patrón de personalidad básico. Millon y Everly (1994) describen cada uno en términos cognitivos, comportamentales, afectivos e interpersonales. Por lo tanto, la matriz de refuerzo que propone este autor para una conducta normal se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1:

Matriz de refuerzo, patrones de personalidad normal.

PATRÓN DE CONDUCTA INSTRUMENTAL	FUENTE DE REFUERZO			
	Independiente (propio)	Dependiente (los demás)	Ambivalente (confuso)	Desvinculado (ni propio ni los demás)
Activa (proactiva)	Pers. violenta o enérgica	Personalidad sociable	Personalidad sensitiva	Personalidad inhibida
Pasiva (reactiva)	Personalidad segura	Personalidad cooperadora	Personalidad respetuosa	Personalidad introvertida

Nota. Fuente: Millon, T. & Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos* (p. 36). España: Martínez Roca.

El patrón de personalidad violento o enérgico (activo-independiente) se caracteriza por tener acciones aparentemente aventureras y arriesgadas, en sus relaciones interpersonales es un factor intimidatorio, su estilo de pensamiento es subjetivo, sus expresiones afectivas son de enojo y se tiene una percepción de sí mismo como asertivo.

En la combinación del patrón pasivo-independiente se forma una personalidad segura, en ésta se mantiene una conducta aparente equilibrada, generalmente no es empático con los demás, se es imaginativo, afectivamente la expresión es serena y se tiene una percepción de sí mismo como seguro.

El patrón de personalidad sociable (activo-dependiente) se caracteriza por tener un comportamiento animado, interpersonalmente es abierto, cognitivamente superficial, afectivamente dramático y su autopercepción es como encantador.

El patrón de personalidad cooperador (pasivo-dependiente) en apariencia es sumiso, interpersonalmente es complaciente, es cognitivamente abierto, afectivamente tierno y débil ante su propia percepción.

De la combinación activo-ambivalente se crea el patrón de personalidad sensitivo, estas personas son despreocupadas y figuradamente libres, son impredecibles en sus relaciones interpersonales, su tipo de pensamiento es divergente, son pesimistas y se autodesvalorizan.

Las personas con un patrón de personalidad respetuoso (pasivo-ambivalente) son altamente organizados, su conducta interpersonal es cortés, son prudentes, reprimidos y se perciben a sí mismos como fiables.

Los individuos con un patrón de personalidad inhibido (activo-aislado) manifiestan acciones de alerta y timidez, son “preocupones” y afectivamente inquietos, se consideran solitarios.

Quien tiene un patrón de personalidad introvertido (pasivo-asilado) se autopercibe como tranquilo, su conducta supuesta es pasiva, interpersonalmente modesta, con un pensamiento vago y una expresión afectiva blanda.

A grandes rasgos, estos son los estilos de personalidad que describe Millon resultantes de su matriz de refuerzo (Cardenal, et al., 2007; Millon & Everly, 1994; Montaña Sinisterra et al., 2009; Sánchez, 2003). Es importante señalar que es difícil encontrar a alguien cuya personalidad coincida exactamente igual a alguno de los ocho patrones teóricamente descritos, más bien, la personalidad de cada individuo se conforma frecuentemente por agrupaciones o combinaciones de dos o tres de los patrones ya mencionados (Millon & Everly, 1994).

Entonces, ¿cómo se pasa de un tipo de personalidad normal a un trastorno de la personalidad?, para resolver esto, han existido dos concepciones: discontinuidad sindrómica (por explicaciones cualitativas) y la de continuidad sindrómica. En este caso, se apoya a la última noción, la cual enfatiza que los trastornos de la personalidad se pueden considerar como formas de desviaciones exageradas y patológicamente distorsionadas, que surgen de una distribución de rasgos normales y saludables a través de un continuum y no como alguna fuerza exterior extraña que se incrusta de repente en la personalidad del individuo, por lo tanto, formula la concepción de que las anomalías psicológicas son desviaciones cuantitativas del promedio sobre una distribución de rasgos.

El continuum se utiliza para representar gráficamente los estados psicopatológicos como extensiones cuantitativas de lo normal. Esto es, que un trastorno será el resultado de un tipo de conducta normal expresada en una disfunción desde leve hasta grave, es una extensión patológica de la personalidad; esto quiere decir que un trastorno se va formando poco a poco y va aumentando gradualmente (Cardenal, et al., 2007; Millon, 2006; Millon & Everly, 1994; Sánchez, 2003).

A continuación, en la Tabla 2 se muestra la continuidad de conducta “normal a trastorno” de los ocho trastornos de la personalidad básicos, tomados de la matriz de refuerzo anteriormente presentada:

Tabla 2:

Desde personalidad normal al trastorno de la personalidad.

		PATRON DE CONDUCTA INSTRUMENTAL	
		Activa	Pasiva
FUENTE DE REFUERZO	Independiente	Personalidad violenta ↓ Trastorno antisocial de la personalidad ↓ Trastorno paranoide de la personalidad	Personalidad segura ↓ Trastorno narcisista de la personalidad ↓ Trastorno paranoide de la personalidad
	Dependiente	Personalidad sociable ↓ Trastorno histriónico de la personalidad ↓ Trastorno límite de la personalidad	Personalidad cooperadora ↓ Trastorno de personalidad por dependencia ↓ Trastorno límite de la personalidad
	Ambivalente	Personalidad sensitiva ↓ Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad ↓ Trastorno límite de la personalidad	Personalidad respetuosa ↓ Trastorno compulsivo de la personalidad ↓ Trastorno paranoide de la personalidad
	Desvinculado	Personalidad inhibida ↓ Trastorno de personalidad por evitación ↓ Trastorno esquizotípico de la personalidad	Personalidad introvertida ↓ Trastorno esquizoide de la personalidad ↓ Trastorno esquizotípico de la personalidad

Nota. Fuente: Millon, T. & Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos* (p. 39). España: Martínez Roca.

Como se observa, un trastorno se puede formar en varios tipos de combinaciones. De acuerdo con este fundamento, Millon (2006; 1994) describe de la siguiente manera a los trastornos de la personalidad, dividiéndolos en leves y graves, resaltando sus características afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales:

Trastornos leves de la personalidad

Trastorno **antisocial** de la personalidad (activo-independiente): se caracteriza por una conducta que va desde mostrarse valiente hasta imprudente, sus relaciones son contradictorias hasta convertirse en conflictivas, su pensamiento es personalista a fanático, afectivamente puede ser hostil hasta malévolo y tiene una percepción de sí mismo que incluye el verse competitivo y dominante.

Trastorno **narcisista** de la personalidad (pasivo-independiente): su conducta va de ser arrogante a ostentoso, interpersonalmente son explotadores y desvergonzados, su estilo cognitivo va de ser simpático a indisciplinado, afectivamente son despreocupados hasta excesivos y se autoperciben como admirables a maravillosos.

Trastorno de personalidad **histriónico** (activo-dependiente): su conducta envuelve ser víctimas hasta verse teatrales; son coqueteantes, seductores, caprichosos, dispersos, afectivamente frívolos y apasionados, sienten que son sociales y buscan constantemente el placer.

Trastorno de personalidad por **dependencia** (pasivo-dependiente): su comportamiento es de incompetente hasta desamparado, la relación que tiene con los demás puede ser sumisa hasta convertirse en impersonal, son ingenuos e incluso simplones, pacíficos y tímidos, se consideran ineptos e inadecuados.

Trastorno de personalidad **pasivo-agresivo** (activo-ambivalente): aparentemente son tercos y opositoristas, su conducta interpersonal va de ser ambivalente a poco cooperadora, su estilo de pensamiento es inconsciente a desorientado, su expresión emocional va de ser irritable a ser agitada, se perciben como descontentos a maltratados.

Trastorno de personalidad **compulsivo** (pasivo-ambivalente): son disciplinados y perfeccionistas, respetuosos, cognitivamente reprimidos hasta ser bloqueados, afectivamente van de ser imponentes a serios y se consideran cuidadosos e íntegros.

Trastorno de personalidad **por evitación** (activo-aislado): su conducta aparente va de precavida a alerta, la interpersonal de aversiva a aislada, cognitivamente de distraídos a perplejos, emocionalmente de sentirse angustiados a hiperexcitados. Su propia valoración va de sentirse ajenos a lo que les rodea a rechazados.

Trastorno de personalidad **esquizoide** (pasivo-aislado): se caracterizan por ser apáticos y fastidiosos, reservados, ausentes, con un estilo cognitivo empobrecido hasta la improductividad, su expresión afectiva es débil y se conciben a sí mismos como complacientes a faltos de vitalidad (Millon, 2006; Millon & Everly, 1994).

Trastornos de la personalidad moderados a marcadamente graves:

Trastorno de la personalidad **esquizotípico**: se considera como el deterioro del trastorno esquizoide o por evitación; en éste las personas son excéntricas, extravagantes, reservados e inaccesibles, su pensamiento es meditativo y desconcertado; en el caso de la variante “esquizotípica activa” van de ser aprehensivos a irritables y desesperados y, en el caso de la variante “esquizotípica pasiva” de ser apáticos a insensibles y apagados. Se autoperciben como abandonados, desamparados y vacíos.

Trastorno de personalidad **paranoide**: cuando el trastorno narcisista, antisocial o compulsivo se agravan o deterioran, dan como resultado esta patología, en la cual la persona se identifica por ser prudente, defensiva, vigilante, interpersonalmente provocativo y resentido, incrédulo, suspicaz, conspirador, intratable, antipático, irritable y susceptible; se consideran a sí mismos como formidables, intocables y amargados.

Trastorno límite de la personalidad: este último es el que más nos interesa, pues es el objetivo de estudio de la presente tesis. El TLP puede ser el resultado del agravamiento de un trastorno por dependencia, histriónico o pasivo-agresivo; se caracterizan por ser conductualmente espontáneos, precipitados y caóticos; su comportamiento en las relaciones interpersonales va de ser opositorista a extraño y voluble; su estilo de pensamiento va de ser inconstante a caprichoso y desorganizado, su expresión emocional es temperamental, delicada y voluble; en su autopercepción se consideran indecisos y a veces conflictivos (Millon, 2006; Millon & Everly, 1994).

Estos son los trastornos de la personalidad que describe Millon desde su teoría de aprendizaje biosocial basándola en la construcción de la matriz de refuerzo. Se debe considerar que es improbable que un individuo se conforme de alguno de estos ocho trastornos de la personalidad teóricamente “puros”, más bien, los trastornos de la personalidad se expresan en forma combinada o agrupada, en dos o tres de estos patrones patológicos; esto es a lo que se le podría llamar *comorbilidad*, más adelante se explica esto de manera más detallada y enfocándose al TLP.

En realidad, para el abordaje de este trabajo se necesita ir describiendo cada factor del mismo trastorno; hasta ahora ya se habló sobre el concepto de personalidad y sobre los “Trastornos de la personalidad” tomando las principales definiciones realizadas en la investigación incluyendo las del DSM y la realizada por Theodore Millon, ya que son las de más sustento teórico y las que se tomaron como base para este estudio. Ahora pasaremos con la definición del “Trastorno Límite de la Personalidad” en específico, siendo el tema principal de este trabajo.



Capítulo II

Trastorno Límite de la Personalidad

*“Vivir una vida de telenovela es vivir la vida de
una personalidad límite”*

- Millon -

II. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

2.1 Antecedentes, definición y etiología

Hablando propiamente del Trastorno Límite de la Personalidad, es necesario explicar en primera instancia, que el término *límite* se utilizó porque las personas diagnosticadas con este padecimiento parecían estar entre el límite o frontera de los síntomas de la neurosis o psicosis, por lo cual también se le conoce como *borderline*¹³, *limítrofe* y *fronterizo*.

Son diferentes autores los que han abordado este padecimiento, la primera descripción del trastorno como tal fue hecha por Reich en 1925, a Stern en 1938 se le atribuye el haberlo formalizado. Kernberg realizó una síntesis de los estudios de Fairbairn, Jacobson y Mahler con algunos conceptos de Klein, formulando una idea de organización limítrofe de la personalidad, la cual tuvo un gran impacto en los manuales de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y en los DSM (Caballo, 2004; Sánchez, 2010).

Es importante señalar que existe una gran cantidad de términos y desacuerdos con respecto a los atributos principales del síndrome y, según Millon (2006), Zamarini y Frankenburg en 1997 describen que existen seis perspectivas históricas fundamentales del trastorno límite: la primera es la Psicodinámica en la que Kernberg engloba diversas patologías que son características entre la neurosis y la psicosis, tomando al límite como un nivel de organización de la personalidad. La segunda es la idea *Neokraepeliana* que defiende que los trastornos tienen un origen biológico y que deben diagnosticarse como categorías, lo cual también es expresado en el trabajo de Gunderson en 1984; Krapelin (1921, citado en Millon, 2006) propuso el término de “personalidad excitable” que se acerca más a los síntomas actuales del TLP. La tercera tendencia supone que va de la mano con la esquizofrenia, en donde se experimentan estados psicóticos transitorios. En la cuarta se señalan los cambios emocionales repentinos, la irritabilidad y los estados depresivos crónicos, situándolo en un continuo con los trastornos afectivos. En otro punto se considera que es un trastorno de control de impulsos, que está relacionado con el abuso de sustancias

¹³ La palabra “borderline” proviene del lenguaje inglés, lo cual significa “límite o frontera”. En la actualidad, son los médicos y sobretodo psiquiatras, los que siguen utilizando esta terminología para referirse al TLP.



y la personalidad antisocial. La última perspectiva supone que se relaciona con una historia de abuso sexual y así, con el trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Como se observa, son diversos los enfoques que han estudiado este trastorno, por lo que se tienen diferentes puntos de vista e hipótesis sobre lo que es y sobre cómo se forma, ya que este padecimiento presenta factores etiológicos, formas de presentarse clínicamente y comportamientos que a veces varían mucho de un individuo a otro e incluso, hay diferenciaciones de una etapa de la vida a otra en una sola persona.

Por ello ha resultado como un gran reto tanto diagnóstico como terapéutico (Sarmiento, 2008), generando una gran polémica sobre su definición debido a que la palabra “límite” se refiere a un nivel moderado de gravedad o funcionamiento de la personalidad, inclusive el psicólogo lo utilizaba cuando no estaba seguro del diagnóstico de su paciente.

Además, este concepto fue propuesto desde ya hace varios años, donde se utilizaba la separación de neurosis y psicosis para las enfermedades mentales y no se tenía un sistema de clasificación diagnóstica; como era otra época, otras costumbres, y se tenían creencias de acuerdo con esto, se piensa que de hecho los síntomas podían manifestarse de diferente forma, si es así, ¿actualmente podemos seguir llamando de este modo a un concepto que fue propuesto en función de ciertos aspectos que posiblemente ya se transformaron? Si bien las situaciones han cambiado y las culturas son diversas, se ha demostrado que el patrón común se sigue presentando, esto es, que los rasgos de impulsividad, las autoflagelaciones, los intentos de suicidio y la inestabilidad emocional siguen siendo muy característicos del trastorno límite, tal vez podría cambiar el modo y el contexto en el que se producen, pero no cambia el fondo del porqué, el cual es debido al temor de ser abandonado o de perder afecto.

Como ya han sido sugeridos diversos términos para dicho trastorno, se ha retrasado la delimitación de este, pues han acontecido muchos debates sobre sus señales porque llegan a ser muy parecidos a los de otros trastornos de la personalidad y a los del estado de ánimo; es por ello que también ahora el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10, 1999)¹⁴ ha propuesto que mejor se le llame “trastorno de inestabilidad emocional” debido a que algo muy característico en estas personas es su falta de control de impulsos y su gran vulnerabilidad afectiva. No obstante, en la actualidad perdura la palabra y se sigue utilizando el término “límite”, reforzando la noción de ser una entidad diagnóstica específica, descrita en un nivel avanzado de disfunción; así mismo, es

¹⁴ Este sistema fue propuesto en 1992 por la OMS (Organización Mundial de la Salud) con el objetivo de medir estadísticas de mortalidad. Actualmente clasifica y codifica enfermedades de acuerdo con sus síntomas, signos, causas, circunstancias sociales y daños.

importante aclarar que no está mal visto llamarle a estos pacientes “border” o “límitrofes” debido a que también se les conoce así y a que algunos profesionales ubican mejor el trastorno por la costumbre que se llegó a tener por nombrarlos de este modo, sin embargo, se recomienda que mejor se haga mención como “persona con TLP”.

Aclarado esto y antes de hablar sobre la definición propia del síndrome, se describirá el “tipo” de personalidad límitrofe, ya que como fue mencionado en el capítulo anterior, la concepción pertenece a un continuum en donde si el estilo de personalidad de cada individuo es desadaptativo, permanece y empeora, puede convertirse en patología.

Los que tienen personalidad límitrofe (no el trastorno) tienen una vida llena de emociones extremas y de mucha intensidad, debido a que buscan constantemente nuevas experiencias y sentimientos límite con el fin de ocupar un vacío existencial que pueden tener. Ningún otro tipo de personalidad vive tan enérgicamente ni es capaz de aguantar las emociones que experimentan. Se caracterizan por tener necesidad de estar vinculados sentimentalmente con alguien de forma intensa, manejándose por la pasión y por la ley de “todo o nada”, es decir, “me quieres o no me quieres”, “o estamos bien o estamos mal”, etc. Emocionalmente se entregan de forma activa y esperan ser correspondidos de la misma manera, son individuos espontáneos que no se intimidan con cualquier cosa, buscan el riesgo y tienen un significado diferente de la diversión, describiéndola sin límites; conservan una gran actividad y creatividad, capacidad de persuasión sobre los demás debido a su iniciativa, son muy curiosos, lo que los lleva a conocer nuevas culturas y filosofías de vida. Consideran que hay que ver el mundo como ellos lo hacen, son perfeccionistas, controladores, impacientes y generalmente les gusta disfrutar del momento, lo que posiblemente les impide programar planes en cualquier ámbito de su vida (Caballo, 2004).

En general es así como se desenvuelven los individuos con personalidad límite, lo que no quiere decir que exactamente sean así todos, posiblemente algunas cosas cambien teniendo otros atributos porque, de hecho, en la vida cotidiana nos damos cuenta que, aunque las personas somos parecidas, cada una tiene su propia forma de ser.

Partiendo de este pensamiento se considera que en las personas con TLP ocurre lo mismo y que, aunque se depositan las características particulares en un común denominador, a veces puede haber grandes diferencias entre uno y otro debido a que especialmente tienen una gama muy variada de síntomas. Caballo (2004) señala que la investigación demuestra que el puro estilo se ha asociado con otras formas de personalidad teniendo algunas variantes interesantes, por lo que la personalidad fronteriza se puede clasificar de acuerdo con los rasgos particulares de cada grupo límitrofe obteniendo su

propia tipología, en la que destacan el límite voluble, el desanimado, el impulsivo, el petulante y el autodestructivo (Caballo, 2004; Millon, 2006; Virues, 2004).

Caballo (2004) describe que el límite *voluble* lleva una vida similar a lo que se experimenta al subir una montaña rusa, esto es, las personas presentan constantes altibajos, el aspecto central en sus relaciones es la vinculación, lo que da como resultado tener el deseo de estar muy implicados en relaciones románticas apasionadas, esto hace que tengan fuertes esfuerzos para evitar el abandono. Son emocionales más que racionales, mostrando sus sentimientos con espontaneidad y creatividad; socialmente son vivaces y entusiastas (tanto que contagian), están dispuestos a experimentar diversos roles y diferentes sistemas de valores. Presentan aspectos de la personalidad dependiente e histriónica buscando con ansia relaciones de proximidad, esto como si fuera “una fusión de almas”. Esperan ser correspondidos y pasan rápidamente del amor a la ira y el resentimiento.

Millon (2006) y Virues (2004) dicen que el límite *desanimado* es una combinación de la personalidad dependiente, depresiva y evitadora, en donde el individuo se une de manera sumisa a una o dos personas significativas. Se caracterizan por tener un mundo inestable, por evitar la competitividad, por ser leales, humildes, subordinados de manera masoquista, sentirse inútiles con preocupación por su inseguridad, autosuficiencia e indefensión; se muestran muy tristes, sienten terror ante la soledad y el aislamiento, las responsabilidades más simples las magnifican, ven la vida vacía y pesada. Se automutilan y realizan intentos de suicidio para controlar su resentimiento o castigarse por su propio enojo. Probablemente en la infancia se les enseñó a ser correctos, por lo que respetan la autoridad, son inflexibles y con poco sentido del humor, así mismo, esperan ser recompensados por su conducta de acatamiento y sumisión; ya que la ira no es congruente con la imagen que tienen de sí mismos, pueden rectificarse, provocan a sus cercanos y después se reprochan.

El límite *impulsivo* es una combinación de rasgos histriónicos con antisociales, a menudo presentan distracción cognitiva e hiperactividad conductual. Se caracterizan por ser impulsivos, caprichosos, sensibles a las recompensas externas, cambiantes en lo que les entusiasma y orientados a lo externo, provocando que no solidifiquen su identidad para ser fuertes durante el estrés; tienen periodos alternados de melancolía, cansancio y desesperanza con euforia fingida, reconociendo y negando su estado. Necesitan atención constante, si no lo hacen intensifican sus estrategias de seducción, impulsividad, extravagancia e irresponsabilidad; en ocasiones, pierden el sentido de corrección y juicio. Posiblemente crecieron en una familia caótica o en un entorno melodramático, que promovían la exageración, la búsqueda de muchos estímulos y la intolerancia al



aburrimento; probablemente experimentaron inseguridad y la vinculación con sus padres se dio cuando animaban el exhibicionismo o cuando su mal comportamiento sobresalía.

Al límite *petulante* Millon (2006) y Virues (2004) lo describen como una combinación de características negativistas extremas (personalidad pasivo-agresiva) que nunca satisface sus necesidades o que se siente inseguro en sus relaciones. Tienen una autoestima disminuida, son agitados o muy deprimidos, se autocritican, tienen ideas delirantes de culpabilidad, son impredecibles, irritables, impacientes, hostiles, se quejan de todo, son malhumorados, tercos, pesimistas y envidiosos de la felicidad y el éxito de otros. Le tienen resentimiento a las personas de las que dependen y odian a quienes tienen que suplicarles que las amen; siendo exigentes registran sus decepciones siendo incapaces de obtener bienestar y consuelo en los demás, por lo que cada día se sienten más amargados e insatisfechos. Su negativismo provoca que tengan arranques maniacos en donde distorsionan la realidad, se vuelven demasiado rigurosos con los demás y atacan a quienes consideran que los han hecho sufrir; con estas emociones amenazan a los otros advirtiéndoles que si no lo arreglan puede ser peor, después suplican que se les perdone prometiendo que enmendarán las cosas. Pueden tener trastornos somáticos, sienten que todo el mundo los ha rechazado, tienen gran necesidad de aprobación y estima social lo cual no saben cómo solicitarlo. Es probable que en la infancia se sintieran maltratados, decepcionados, atrapados en una lucha constante entre los padres; para ellos, los afectos iban de la mano con los conflictos.

Señalan que el límite *autodestructivo* tiene rasgos masoquistas que le lleva a interiorizar sentimientos dañinos en sí mismo. Seguramente en su historia, la apariencia externa fue de sociabilidad y conformidad, sin embargo, guardaba deseos de independencia y tenía miedo a ser autosuficiente; esto encubría una sumisión que le disonaba mucho sin que los demás lo percatasen. Así, estos individuos tienen una gran lucha por aparentar ser amables y verse como autosacrificados; son muy atentos con sus superiores, hacen lo imposible para impresionarles cumpliendo sus expectativas y dejándose a sí mismos de lado, se quejan por ser tratados injustamente, por no ser aceptados o apreciados a pesar de que se sacrifican por los demás. Tienen enfermedades somáticas y conforme sus sentimientos son más autodestructivos, aumentan extremadamente la tensión y la depresión; acusan a otros por despreciarlos y por querer destruirlos, diciendo que traman abandonarlos. Exigen atención y apoyo inadecuadamente amenazando con el suicidio, diciendo como pretexto que es para que los otros se ahorren el destruirlos lentamente (Millon, 2006; Virues, 2004).

Estos cinco tipos derivados del estilo límite, se pueden presentar conjuntamente en algunos casos, ya que como se puede ver, no es posible que las mismas características se

manifiesten en todos los individuos, sino más bien, existen varios estilos para un solo trastorno. Todas estas descripciones pueden ser utilizadas para realizar un diagnóstico en una entrevista inicial, no obstante, en capítulos posteriores se catalogarán los síntomas propios del trastorno, que podrán consultarse para elaborar una mejor evaluación en la persona.

Algunas de las características ya descritas son bien vistas y aunque la mayoría podrían ser graves, se considera a esta personalidad límite como algo aun “normal”. La diferencia entre solo tener el “tipo de personalidad” y tener un “trastorno de personalidad” dentro de un continuum la podemos explicar en la Tabla 3 donde se tomaron los criterios del DSM, distinguiendo la gravedad y generalización de los síntomas:

Tabla 3:

Diferencia entre trastorno y tipo de personalidad límite.

ESTILO LÍMITE	↔	TRASTORNO
Sensibilidad a todo aquello que pueda influir en la naturaleza del vínculo de sus relaciones.	⇒	Hacer cualquier cosa para evitar ser abandonados.
Analizar más allá de lo justificado los comportamientos y sucesos de sus relaciones; su percepción es más realista y compleja en esto.	⇒	Mantener relaciones inestables alternando con rapidez el idealizarlas y devaluarlas.
Certidumbre menor con respecto a sí mismos, actitud más experimental y mayor curiosidad por estilos de vida, roles y sistemas de valores alternativos.	⇒	Alteración de la identidad e inestabilidad en la imagen de sí mismo.
Búsqueda de sensaciones que aumentan la riqueza de la experiencia en lugar de reducirla.	⇒	Impulsividad de manera auto dañina.
Personalidad espontánea y emocionalmente intensa, en ocasiones con reacciones exageradas.	⇒	Inestabilidad afectiva y amenazas suicidas o comportamientos de automutilación.
Interés especial por la vida social y la creatividad, con el fin de hacer la vida divertida.	⇒	Sentimientos crónicos de vacío.
Emocionalmente intensos pero con capacidad para controlarlo y analizar cómo esto afecta a los demás y a sí mismo.	⇒	Ira intensa y de difícil control.
En su mayoría, no presentan vulnerabilidad ante estos síntomas; sin embargo, sí se han llegado a ver ideas paranoides y celos.	⇒	Ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos bajo situaciones estresantes.

Nota. Fuente: Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (p. 529 - 531). 2° edición. España: Masson.

Lo que se puede analizar con lo descrito en la Tabla 3, es que ciertas características descriptibles de alguna persona pueden ser positivas estando dentro del “tipo” o “estilo” de

personalidad, sin embargo, pueden volverse patológicas y de gravedad si éstas se hacen constantes y si comienzan a afectar tanto al propio ser como a los demás. De esto se puede reflexionar lo siguiente: lo relacionado con la salud es tratable y prevenible, en este caso, este tema está relacionado con la salud mental por lo que también se puede hacer algo por intervenir a tiempo; entonces, si se considera que un tipo de personalidad normal se puede convertir en un trastorno, es decir, en una enfermedad, muy probablemente se podría hacer alguna campaña o tipo de prevención para evitar que esto suceda.

Ya que se explicó esto, ahora se puede hablar propiamente de la definición del trastorno que tanta controversia por sus cualidades ha causado; es por esto que también han sido diversas las instituciones y los autores que han conceptualizado este trastorno.

El término de *Trastorno límite de la personalidad* (TLP) aparece por primera vez en el DSM-III (1984), en el cual también se le denominaba “borderline”. En el DSM-III-TR (1988) se hace una explicación un poco más extensa del trastorno, en el que lo definían como una pauta generalizada de inestabilidad en el estado de ánimo, relaciones interpersonales y autoimagen, que se manifiesta desde el inicio de la edad adulta y que se da en diversos contextos. Para su diagnóstico, debía presentar al menos cinco de los siguientes criterios:

1. Relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por alternativas extremistas entre la superidealización y la desvalorización.
2. Impulsividad al menos en dos áreas que pueden ser potencialmente peligrosas para el sujeto (aquí no debe incluirse la conducta suicida o automutilante que se menciona en el punto 5).
3. Inestabilidad afectiva (cambios marcados del estado de ánimo) que dura pocas horas o raramente algunos días.
4. Ira inapropiada e intensa o falta de control de este impulso.
5. Amenazas, gestos o conductas suicidas.
6. Trastorno de la identidad acusado y persistente.
7. Sentimiento crónico de vacío o de aburrimiento.
8. Esfuerzos para evitar el abandono real o imaginario.

A diferencia de las antiguas versiones del DSM, en la cuarta versión se agrega el criterio 9 que establece la ideación paranoide temporal relacionada a situaciones estresantes, las pautas son más específicas y se describen con más detalle en el apartado de características diagnósticas y no tanto en los criterios. Los puntos de las versiones más recientes, DSM-IV-TR (2002) y DSM-5 (2014), junto con el sistema de clasificación CIE-10 (1999), se explican

en la Tabla 4 del siguiente apartado del capítulo, donde se exponen el diagnóstico y los modelos de evaluación.

Independientemente de los sistemas de diagnóstico, existen otros autores que también han definido al TLP. En su caso, Virues (2004) afirma que estos pacientes se caracterizan por sus relaciones inestables y sus reacciones emocionales; todo es frenético, caótico e impulsivo, pasan en cuestión de minutos de la adoración al odio y, según parece, sin ser provocados.

Por otro lado, Linehan (2003) reorganiza y conceptúa los patrones que definen al TLP, menciona que los pacientes diagnosticados con TLP se caracterizan por tener pensamientos, emociones y conductas extremistas; presentan tolerancia al malestar, dificultades en sus habilidades de autorregulación y de relación interpersonal, siendo mutables y conflictivas. Particularmente, son incapaces de inhibir sus conductas desadaptativas que dependen de su estado de ánimo o de iniciar conductas independientes de su emoción actual, necesarias para tener objetivos a largo plazo; sus relaciones tan conflictivas, incluso también la terapéutica, incluyen intentos desesperados por evitar el rechazo, si se percibe abandono experimentan una gran ira, presentan intensa angustia y sentimientos crónicos de vacío (Nezu et al., 2006).

La autora afirma que estos pacientes tienen varios tipos de desregulación: una es la interpersonal, normalmente sus relaciones son caóticas, intensas y con muchas dificultades; sin embargo, son muy dependientes de ellas teniendo intentos desesperados por evitar el abandono; otras son de tipo conductual, siendo muy impulsivos, presentando intentos de suicidio o autolesiones; otro tipo es la del sentido del yo, en la que expresan que se sienten vacíos y que no saben quiénes son; por último, presentan una breve alteración cognoscitiva (no psicótica) como la despersonalización, disociación e ideas delirantes (Linehan, 2003).

También las definiciones se han realizado desde los diversos enfoques de teorías en la psicología. Millon (2006) detalla que desde el punto de vista psicoanalítico, presentan una disociación entre las imágenes buenas y malas de las cosas, configurando dos sistemas de identificación separados, con lo que se facilita la rápida alternancia entre el amor y el odio hacia el mismo objeto. Desde una perspectiva interpersonal, se identifican por sus relaciones tempestuosas con los demás; destacan la adoración extrema y la conexión emocional intensa para luego pasar rápidamente al odio y el resentimiento.

Cognoscitivamente, los individuos con personalidad límite son caprichosos, el grado de variabilidad suele depender de la naturaleza de sus relaciones y del nivel de estructuración que se encuentra en las actividades que deben llevar a cabo, también presentan un pensamiento dicotómico y algunos autores lo relacionan con el Trastorno por Estrés

Postrumático. Desde un enfoque evolutivo y de neurodesarrollo, como ya se mencionó, Linehan considera que se trata básicamente de un problema de regulación emocional que les hace vulnerables no sólo a una rápida activación, sino también a una recuperación lenta, también afirma que en la infancia pudieron sufrir de un ambiente invalidante, teniendo un temperamento difícil (Millon, 2006).

En definitiva, los conceptos en los que coinciden los autores que caracterizan a la persona con trastorno límite son: su inestabilidad en las relaciones interpersonales y en las reacciones emocionales, siendo impulsivos y extremistas, lo que da lugar a que tengan procesos dicotómicos.

Con esta suma de conceptos, en este trabajo se entiende por *Trastorno Límite de la Personalidad* al conjunto de rasgos de personalidad desadaptativos, constantes y generalizables en diversos contextos, donde es característico un pensamiento dicotómico, presentándose una marcada vulnerabilidad e inestabilidad tanto emocional como interpersonal, dando lugar a conductas impulsivas de riesgo para el propio ser.

Ya descrita la definición del TLP ahora sería interesante analizar y estudiar cómo es que se forma este trastorno. A continuación, se describirán los estudios realizados con respecto a su etiología, es decir, cuales son los posibles motivos por las que se puede desarrollar esta enfermedad en una persona.

Existen múltiples factores y causas para el TLP, así como diversos intentos por describirlos; la perspectiva psicoanalítica fue una de las primeras en hablar sobre esto, se centraba en tres aspectos: 1) El sentido de “separación-individuación” y el efecto que esto creaba al sentirse con estados emocionales opuestos; 2) La concepción de “insuficiencia” producida por la poca presencia de la madre; y 3) Abusos durante los años de formación del niño. Actualmente siguen vigentes algunas de estas concepciones, pero ya con algunas modificaciones (Bateman & Fonagy, 2005).

Según Caballo (2004) se ha dado mucho peso al abuso sexual o la ausencia de roles en la niñez como detonadores del trastorno, menciona que los múltiples estudios realizados referentes a la etiología del TLP pueden ser clasificados en seis grupos: los tres primeros corresponden a una naturaleza medioambiental y los últimos a una naturaleza constitucional, a continuación, serán descritos.

Medioambientales

Separación o pérdida parental: el porcentaje de las personas límite que informan haber vivido importantes pérdidas o separaciones durante la niñez va de 37% a 64%. Caballo

(2004) señala que esta experiencia de abandono, sobre todo por parte de los padres, es un factor específico y de suma relevancia para la formación de esta patología. Supongamos que alguien que tuvo amor incondicional, así como un apoyo y cuidados constantes por parte de sus padres y de sus seres queridos, crezca sintiéndose seguro y merecedor de afecto, por lo que es poco probable que en un futuro busque con ansia el tener o experimentar esto. Lo contrario ocurriría con alguien que tiene TLP, ya que, si en la infancia sus padres lo abandonaron, no siempre le brindaban el cariño y los cuidados pertinentes, muy posiblemente a lo largo del tiempo comience a sentir esa falta y a darse cuenta que el apego es algo importante en un mundo social, por lo que hará intentos desesperados por no sufrir de abandono. Claro que esto no es definitivo para todos los seres humanos, no todos reaccionarán de la misma forma, ya que hay incluso quienes no experimentaron la ausencia de los padres o la falta de amor y por lo mismo lo exigen a las personas que en un futuro son cercanas, porque aprenden que así “debe” ser.

Implicación parental alterada: se ha visto que los individuos con trastorno límite perciben la relación con su madre como altamente conflictiva o distante, así mismo, un padre ausente o poco involucrado puede ser aún más perjudicial que los problemas que se puedan tener con la madre. No obstante, Caballo (2004) puntualiza que el tener relaciones poco adecuadas con ambos padres es una causa más específica y patogénica para el desarrollo del trastorno; de hecho, la mayoría de las personas con trastorno límite vienen de familias desestructuradas, que no les brindan apoyo y les perjudican. Este tipo de contextos promueven la impulsividad e inestabilidad afectiva de la personalidad, ya que se aprenden de manera vicaria y por reforzamientos las conductas inadecuadas que ya tiene la familia.

Abusos infantiles: como ya fue señalado, el abuso físico y sexual en la infancia es algo que se ve comúnmente cuando se diagnostica a una persona con TLP (Angulo, 2006; Caballo, 2004). Zanarini et al. (1997, Citado en Caballo, 2004) llevaron a cabo un estudio donde participaron 467 individuos con algún trastorno de la personalidad, de los cuales 358 se clasificaban dentro del TLP, mostrando que el 91% de estos fue víctima de abusos y el 92% de abandono u otras experiencias negligentes antes de los 18 años; además, las personas limítrofes mostraron en mayor proporción que fueron objetos de abuso emocional y físico por parte de los propios padres o cuidadores y de abuso sexual por personas ajenas. Monroy (2008) afirma que el abuso sexual y la negligencia emocional tienen un papel importante en la etiología de la conducta autodestructiva del trastorno y que según la severidad de éstos, dependerá la gravedad de los síntomas del TLP, sobre todo en el área psicosocial. Ahora,

¿por qué esto es tan influyente para el trastorno?, cabe aclarar que no todas las personas con TLP sufrieron de abuso sexual, sin embargo, se cree que participa en la etiología debido a que se queda un trauma que puede generar pensamientos de poca valía, de culpa creyendo que les pasó eso porque lo merecen o discrepancias por suponer que por un lado lo merecían y por otro no; también puede influir si la experiencia fue causada porque fueron abandonados o descuidados.

Constitucionales

Historia familiar de trastornos psiquiátricos: los estudios han demostrado poca relación entre el TLP con la esquizofrenia y/ o el trastorno esquizotípico de la personalidad. También se ha visto que el TLP es más común si existen familiares con la misma problemática; en realidad, los padres comparten muchos de sus rasgos problemáticos con los hijos, sobre todo los estilos impulsivos y la inestabilidad emocional. Por lo tanto, existe mayor probabilidad que padres deprimidos, padres con abuso de drogas o aquellos que padezcan de trastornos impulsivos de la personalidad, traumaticen y/o descuiden a sus hijos.

Aspectos temperamentales: de acuerdo con algunos datos, el trastorno se asocia con un temperamento muy neurótico (sufrimiento emocional) y poca armonía o conformidad (fuerte individualidad); en realidad, el grupo límite es el único de los trastornos del Eje II que se relaciona con altos niveles de conductas para evitar el daño (compulsividad) y para buscar algo novedoso (impulsividad). Linehan (2003) denomina a los aspectos temperamentales como la “desregulación emocional”, predisponentes del TLP.

Disfunciones neurobiológicas y/o bioquímicas: este tema también se ha estudiado con un análisis experimental fisiológico, habiendo quienes atribuyen las causas del TLP a problemas orgánicos; en las investigaciones se ha mostrado que 14% de los pacientes límite tuvieron traumatismo craneal, encefalitis o epilepsia; el 26% tenía trastornos de atención y/o dificultades en el aprendizaje; otro estudio (realizado por Van Reekum et al. 1993, citado en Caballo, 2004) señaló que el 44% de la muestra, donde la mayoría eran hombres con TLP, tenían historia de déficit en el desarrollo y el 58% una lesión cerebral adquirida. Sin embargo, existen datos contradictorios a estos estudios, realizados con electroencefalograma (EEG) o con neuroimágenes, ya que no se ha visto gran diferencia entre personas con TLP y el grupo control (ya sea de individuos deprimidos, con trastornos del Eje II o normales). No obstante, cada día aumenta el consenso respecto a la presencia de diversas anormalidades neurobiológicas en comparación con sujetos control, además, los

resultados bioquímicos indican que los sujetos con TLP manifiestan una actividad serotoninérgica¹⁵ menor, por tanto, este déficit podría ser el responsable, en parte, de los problemas con la impulsividad de estos pacientes. De acuerdo con Angulo (2006), los factores biológicos más comunes son las hormonas (se han visto niveles elevados de testosterona¹⁶, 17-estradiol y progesterona¹⁷), la monoamino oxidasa (MAO)¹⁸ plaquetaria con niveles bajos de MAO; también se encuentra el seguimiento ocular, en cuanto a que los movimientos son espasmódicos en personas introvertidas, con baja autoestima y con tendencia al retraimiento, así como en pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad. En lo referente a los neurotransmisores y otras sustancias, las endorfinas ejercen efectos similares a la morfina exógena como analgesia y supresión de la activación; los estudios sobre rasgos de la personalidad y los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos indican que tienen una función activadora; los niveles del ácido hidroxiindolacético (5-HIAA) un metabolito de la serotonina, son bajos en personas que intentan suicidarse, en pacientes impulsivos y agresivos. La serotonina reduce la depresión, la impulsividad, la rumiación y puede producir una sensación de bienestar.

En realidad, cada cabeza es un mundo, cada uno puede imaginar y generar patrones de pensamiento distintos incluso ante una sola situación, por lo que no solo a un solo estímulo se le puede considerar como el generador de un trastorno, más bien, al conjunto de varias situaciones ocurridas en la historia de la persona. Y es que los individuos con TLP actúan de forma desadaptativa porque así se lo exige un ambiente disfuncional; entonces, el comportamiento desadaptativo se concibe como adaptativo, en el ambiente desadaptativo que vive la persona.

Son muchas las teorías que proponen las causas del TLP, aunque en su mayoría se engloba lo antes descrito; es por esto que diversos investigadores proponen y recomiendan que cualquier modelo debería ser de naturaleza multifactorial o multideterminante, donde se considere a la etiología dentro de una serie de factores biopsicosociales, con lo que se plantea que la sintomatología y manifestaciones del trastorno se deben al conjunto de la

¹⁵ La serotonina es un neurotransmisor producido por el cerebro que está relacionado con la regulación del estado de ánimo, del sueño y la ingesta de alimentos; así mismo, con el nivel de activación y la regulación del dolor.

¹⁶ Se ha relacionado a la Testosterona con la agresión y la conducta sexual, esta hormona también se ha visto implicada en el enamoramiento en mujeres, cuando aumenta.

¹⁷ El estradiol es un tipo de hormona esteroide también conocida como estrógeno, junto con la progesterona, se relacionan con la actividad sexual.

¹⁸ La monoamino oxidasa (MAO) es una enzima que se encarga de eliminar el exceso de producción de monoaminas (dopamina, serotonina y noradrenalina). El déficit en su producción se involucra con la depresión, trastorno por déficit de atención y abuso de sustancias.

combinación del temperamento innato, las experiencias difíciles contextuales y los factores tanto neurológicos como bioquímicos, lo que podría deberse a secuelas que quedan de las experiencias infantiles o de la vulnerabilidad innata.

2.2 Importancia del Trastorno Límite de la Personalidad en la sociedad contemporánea: Epidemiología, curso e incidencia social.

Habitualmente, el curso del trastorno comienza a principios de la edad adulta, aunque ha llegado a aparecerse en la adolescencia y perdura en la adultez; manifestándose una inestabilidad crónica, episodios de crisis de poco control afectivo e impulsividad como enfado y agresiones hacia los demás, utilizando a menudo recursos de salud mental y generales al acudir a servicios de urgencias.

Tienen periodos de evidente mejoría que se alternan con periodos de crisis, éstas se manifiestan con síntomas y comportamientos de autoagresión, como lo son el descuidar su salud y su físico, sus frecuentes automutilaciones, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios, conductas sexuales riesgosas, trastornos de la alimentación (ya sea que dejen de comer o coman en exceso) e intentos de suicidio; generalmente son desencadenados por algún acontecimiento vital de separación, como algún divorcio, abandono, pérdida de empleo y duelos en general (Contreras de la Parra, 2011).

Con lo descrito hasta ahora analizamos que este trastorno es de gran relevancia tanto para la persona como para su ambiente; los datos que se arrojan respecto a su epidemiología, prevalencia y curso pueden llegar a ser dispares y en algunas ocasiones poco fiables, algunos autores mencionan que puede deberse a la complejidad para poder describir dicho trastorno, ya que puede prestarse a la subjetividad de la persona que se encarga de diagnosticar (Caballo, 2004; Escribano, 2006). Sin embargo, hay muchos investigadores e instituciones que se han encargado de hacer estas evaluaciones encontrando datos relevantes y similares.

Jaime (2009) menciona que, de los trastornos de la personalidad, el TLP es el de mayor prevalencia, es el que presenta más riesgos suicidas y el que tiene mayor índice de comorbilidad, haciendo así más complejo su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Contreras de la Parra (2011) dice que es de los más letales, siendo psicosocialmente destructivo. Los estudios realizados en poblaciones clínicas muestran que es el trastorno de la personalidad más frecuente, debido a que se da en un 10% de la consulta externa y entre el 30 y el 60% de los pacientes que padecen algún trastorno de la personalidad (Agència d'Informació,

Avaluació i Qualitat en Salut [AIAQS], 2011; Caballo, 2004; Nezu et al., 2006; Sarmiento, 2008).

Su prevalencia es estimada y varía según los estudios, encontrándose entre el 1.1 y 4.6% de la población en general (Cruz, 2016; AIAQS, 2011; APA 2000-Caballo, 2004; Monroy, 2008; Sarmiento, 2008; Sánchez, 2010), Puente (2010) lo especifica entre el 0.2% al 1.8%; respecto a los pacientes psiquiátricos atendidos de forma ambulatoria, se puede englobar entre el 10% al 20% (AIAQS, 2011; APA 2000-Caballo, 2004; Nezu et al., 2006; Monroy, 2008; Puente, 2010) y hasta de un 11% a un 20% en pacientes psiquiátricos hospitalizados (Cruz, 2016; APA 2000-Caballo, 2004; Nezu et al., 2006; Monroy, 2008; Puente, 2010); AIAQS (2011) lo detalla entre el 18% y el 32%. De los pacientes ingresados al hospital por algún trastorno de la personalidad, el 50% es por TLP (Puente, 2009); también se da del 25 al 50% de la población reclusa; así mismo, es más común en mujeres que en hombres teniendo un porcentaje de 70-30 respectivamente (Monroy, 2008); más específicamente, en las mujeres se da en un 75-76%, siendo la tasa de incidencia del 0.07% anual (Caballo, 2004; Puente, 2009), por lo que se da en una proporción de 3:1 con respecto al sexo masculino (Cruz, 2016; AIAQS, 2011; Monroy, 2008; Sarmiento, 2008; Puente, 2010).

Sánchez (2010) describe que el TLP es el más frecuente de las poblaciones clínicas de diversas culturas del mundo. En México, el trastorno se presenta en un 36% de los enfermos psiquiátricos hospitalizados, en un 2% de las mujeres y un 1.7% de los hombres en la población general. De los estudios realizados, se ha encontrado que el TLP se da mayormente en personas de 19 a 34 años de edad, no suelen estar casados y generalmente son de un nivel socioeconómico medio (AIAQS, 2011Y Sánchez, 2010); así mismo, es muy raro diagnosticar el TLP en personas con más de 40 años de edad (Cruz, 2016).

Existe poca información referente a la prevalencia del TLP en jóvenes; los estudios realizados muestran que afecta del 0.9 al 3% a personas menores a 18 años, el 10.8% al 14% de la población llegan a presentar síntomas antes de esta edad. Es importante mencionar que estos datos fueron investigados de un número limitado de investigaciones por lo que se recomienda realizar estudios posteriores (AIAQS, 2011). No obstante, solo con tomarlo en cuenta ya se puede hablar de tener señales de alarma para abordar este trastorno, sobre todo desde edades más tempranas, pues como se muestra, casi la mitad de pacientes que son hospitalizados en la población adolescente es porque presentan rasgos característicos del TLP.

De acuerdo con Cruz (2016) en México, específicamente en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, según los datos proporcionados por la Secretaría de Atención Psiquiátrica, SAP (2013, citado en Cruz, 2016), en el año 2013 este trastorno fue la segunda causa de atención en la consulta externa y durante el 2012 fue la cuarta causa de hospitalización, siendo el 8.4% de los casos.

Con respecto a su síntoma más relevante, es decir, el alto índice de suicidios, los resultados de estadísticas muestran que 3 de 4 pacientes con TLP reportan haber tenido por lo menos un intento de suicidio; cada uno con 3.39 intentos en promedio (Contreras de la Parra, 2011), el 10% de pacientes tratados constituyen las tasas de suicidio reportadas, del 8 al 10% consuman el suicidio; éstas se duplican cuando solo se consideran a las personas que tienen conductas de amenaza suicida y aumenta aún más (entre el 60 y 80%) si solamente se toma en cuenta a los que tienen conductas de autolesión. El riesgo de suicidio y el deterioro que se causa por el trastorno son más frecuentes en los primeros años de la vida adulta y van desapareciendo de manera gradual con el paso del tiempo (Sánchez, 2010; Caballo, 2004 y Nezu, et al., 2006).

Con respecto a esto, Sánchez (2010) realizó un experimento para conocer las posibles causas relacionadas con la conducta autolesiva, se analizaron los grados de ansiedad y depresión en pacientes con TLP que se realizaban flagelaciones a sí mismos y otros que no. Justamente, encontró que la mayoría de los pacientes con TLP presentaban conductas autodestructivas tal vez como una forma de tratar de aliviar o disminuir sus estados displacenteros. También que estos pacientes pueden ser más propensos a presentar depresión comórbida, trastorno por ansiedad generalizada, trastornos por uso y abuso de sustancias, ideación y conducta suicida seria, así como mayor gravedad de los síntomas ansiosos y depresivos; aumentando así, el riesgo de presentar conductas de automaltrato.

Según este autor, el intento de suicidio en este padecimiento es la causa por la que con más frecuencia se hospitaliza a estos pacientes. Se he encontrado que la alta mortalidad suicida se relaciona más con pacientes de mayor edad, de bajo nivel socioeconómico y educativo, con algún trastorno depresivo y con características de los trastornos del grupo B como el histriónico, narcisista y antisocial, así como del trastorno esquizotípico. El indicador más asociado al suicidio consumado es la desesperanza y los estados afectivos como la depresión mayor, frecuentemente causado por sentir incompreensión y desesperación por no “curarse”, así como las conductas de abuso de sustancias.

De hecho, según Caballo (2004) y Nezu, et al. (2006) es más fácil detectar este trastorno por consumo excesivo de drogas psicoactivas, por trastornos de la alimentación o por trastornos depresivos.



Así, el TLP genera una serie de complejidades que son de gran importancia para nuestra sociedad, éstas pueden ser, como ya se mencionó, los múltiples intentos de suicidio, las automutilaciones, el abuso de sustancias debido a su característica tan particular de impulsividad y su afán por tener conductas de riesgo, pues la combinación de estos dos rasgos es potente al no poderse controlar al momento de ingerir algún tipo de droga; partiendo de esto se hace más probable que tengan comportamientos sexuales de riesgo, exponiendo con esto su salud e integridad. De los problemas de impulsividad se pueden derivar trastornos de la conducta alimentaria (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2006; Espinosa, Blum & Romero, 2009).

También se ha asociado el trastorno con la deserción laboral y conductas delictivas. Con respecto a lo laboral, puede ser por los graves problemas interpersonales que suelen tener y debido a la poca satisfacción que suelen presentar por la idealización que tienen de las cosas. Las conductas delictivas suelen ser un factor peligroso tal vez causado por la ira intensa que no pueden contener. Estos dos componentes afectan de manera directa a la sociedad y economía del país, al provocar (aunque no se vea a simple vista) que disminuyan los índices de productividad en una empresa y por sus consecuencias en las familias y personas alrededor de un delito, lo cual también implica gastos en el sector salud.

Otra consecuencia social se da a nivel familiar, sobre todo si alguno de los pilares de la familia es el que padece TLP, con lo que se puede generar violencia intrafamiliar, maltrato infantil y problemas de pareja; esto nuevamente provocado por la impulsividad en las conductas agresivas, lo cual hace que su pareja le tenga poca paciencia y existan frecuentes peleas, incluso se ha llegado a ver que en este caso son las mujeres las que llegan a pegarles a los hombres y evidentemente también a los hijos. Esto causa la separación de la pareja hasta llegar al divorcio, lo que también puede dar como resultado la disputa por la custodia de los hijos y afección psicoemocional en ellos. Si por el contrario, son los hijos los que tienen esta patología, a veces los familiares piensan que el comportamiento de la persona con TLP solo es “por llamar la atención”, también puede que los padres y la familia se frustren al sentir que no pueden ayudar ni entender a sus descendientes, sobre todo si se llega al suicidio (esto es un gran golpe para toda la familia, induciendo a la depresión y desesperanza en sus seres queridos); igualmente existen fuertes discusiones en el núcleo familiar, lo cual también es fuente de búsqueda terapéutica. Así mismo, cuando los padres son los que tienen el padecimiento es muy probable que lo transmitan de generación en generación (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2006).

Algunos investigadores consideran al TLP como un padecimiento *vincular*¹⁹, debido a que el ser tan inestable interpersonalmente causa un gran conflicto con las personas que los rodean (especialmente su pareja, familia y amigos), que al estar tan involucrados con ellos, pueden sin darse cuenta, ser parte del problema. Es posible que se tomen esto como algo personal e intenten enfrentar la situación de un modo que no funcione o que incluso lo empeore, quedando atrapados en este círculo vicioso.

Si se toma en cuenta este gran malestar y preocupación tanto del individuo con TLP como de sus seres queridos, es evidente que esto provoque que aumenten las consultas de salud mental, constituyendo el 10%, así como las repetidas hospitalizaciones y visitas a servicios de urgencias o llamadas de crisis a terapeutas. Lo peligroso aquí es que hay estudios que han revelado que en general los individuos con personalidad límite intentan a lo largo de su vida diversos tratamientos, teniendo frecuentes cambios tanto de especialistas como de psicoterapias, ya que a parte, el grado de satisfacción que encuentran no les es adecuado; esto puede ser decepcionante para el especialista tratante, constituyendo un gran desafío para este (Sarmiento, 2008; Nezu et al., 2006).

Así, se ha visto que los especialistas tratantes suelen frustrarse debido a lo que implica tratar a estas personas, originando incluso que prefieran referirlos a otros especialistas. Esto se agrava por la falta de recursos existentes para brindar un buen tratamiento integral que requieren. No obstante, se manifiesta que en los últimos 25 años ha existido un gran avance para esto, y que incluso, si el individuo con TLP recibe un buen diagnóstico y tratamiento, su pronóstico de mejoría aumenta (Contreras de la Parra, 2011).

Por lo tanto, a diferencia de otros trastornos, el TLP es para muchos autores el trastorno de personalidad más complejo y uno de los más graves; algunos han llegado a declararlo como el trastorno emocional más representativo de nuestro tiempo; es por esto y debido a las características tan complejas de las personas con trastorno límite, que su tratamiento constituye un gran reto entre los profesionales de la salud mental (Escribano, 2006).

En cuanto al pronóstico, a largo plazo puede ser favorable, debido a que se ha visto que durante la cuarta o quinta década de la vida consiguen mayor estabilidad profesional y en sus relaciones interpersonales (AIAQS, 2011; Caballo, 2004; Nezu et al., 2006; Sarmiento, 2008). Esto podría deberse a que en este estadio tal vez ya encontraron a alguna pareja que se acomode a sus necesidades, como el sentirse protegido y querido, y si seguramente están casados esto les brinde mayor estabilidad; también podría ser porque consiguieron

¹⁹ Se le denomina vincular debido a que esta palabra significa relacionar un efecto con su causa, la unión de dos cosas y que exista la dependencia entre estas.

tener algún otro apoyo que les ayudó a tomar conciencia de su problemática y de cómo su conducta afecta a otros, con lo cual se consigue cambiar conductas disfuncionales.

Por último, Contreras de la Parra (2011) refiere que el 1ro de abril del año 2008, la casa de representantes de EUA nombró a mayo el mes de consciencia sobre el TLP, lo que demuestra, según la autora, que a pesar de los grandes costos de salud pública, la prevalencia y los efectos devastadores tanto para la persona como para su entorno, la atención que se le ha dado a este trastorno es relativamente reciente. Así mismo, el problema de salud pública aumenta en medida de tener a las personas con TLP estigmatizadas y descuidadas; incluso esto también afecta al diagnóstico porque los propios pacientes consideran a los demás culpables por sus problemas, no buscan ayuda y no tienen conciencia de su padecimiento. Es por ello que muchos consideran que, aunque se tenga información e investigación respecto al tema, se necesita más educación sobre el mismo, tanto para la difusión de su importancia como para la enseñanza a profesionistas sobre su adecuado tratamiento.

De aquí se retoma que la necesidad de comprender y tratar el TLP adecuadamente fungió como motivador para la realización de este proyecto, que es la descripción detallada de técnicas de intervención para su adecuado abordaje.

Ahora, hasta aquí se ha descrito qué es el TLP, cuál es su etiología y porqué es importante el estudiarlo, pero no es suficiente saber solo esto para poder intervenir y elegir un sistema de tratamiento.

Cuando se está dando terapia y una persona se presenta para solicitar ayuda, lo más adecuado sería que el psicólogo averigüe qué es lo que tiene, si puede ser un trastorno o no y de qué magnitud, para que con base en esto pueda realizar su prescripción, tal cual lo hace un médico en consulta. ¿Qué pasaría si el terapeuta se equivoca y realiza mal un diagnóstico?, posiblemente aquel que solicitó la asistencia resulte perjudicado, lo cual podría traer consecuencias graves para este y en casos mayores hasta legales, empero, por ética profesional sería mejor evitar este tipo de situaciones preparándonos para poder dar un buen diagnóstico y utilizar las técnicas de tratamiento más adecuadas; es por esto que a continuación se puntualizarán los sistemas de evaluación y diagnóstico existentes hasta la fecha para poder asegurar, en lo mayor posible, que un individuo presenta rasgos pertenecientes al trastorno límite de la personalidad.

2.3 Diagnóstico e instrumentos de evaluación

Podemos entender a la “clasificación diagnóstica” como una guía utilizada por profesionistas de la salud para condensar cogniciones, emociones y conductas manifiestas del individuo, que de algún modo lo caracterizan (Millon & Everly, 1994).

En general, el TLP se diagnostica cuando una persona muestra patrones particulares de inestabilidad en sus emociones, en su sentido de identidad y en sus relaciones con los demás; esto aunado a conductas características de impulsividad y autodestrucción.

Estas perturbaciones comportamentales, laborales e interpersonales no deben ser una consecuencia directa del abuso de sustancias o enfermedades medicas específicas, ni ser explicadas por algún otro trastorno psiquiátrico. Como ésta es una enfermedad denominada en los trastornos de la personalidad, las creencias, emociones y conductas que representan la forma en la que un individuo percibe, interpreta e interactúa con el mundo, se presentan durante un tiempo prolongado, antes y durante la edad adulta temprana. De acuerdo con el marco cognitivo-conductual, estos estilos de respuesta son aprendidos, desadaptativos y reflejan una combinación de vulnerabilidad temperamental (Nezu et al., 2006).

Conociendo esta teoría, tal vez con el discurso del paciente y con el apoyo del uso de la entrevista clínica dentro de la terapia se pueda observar y analizar que el usuario tiene el TLP, sin embargo, la persona tratante necesita de un sistema estructurado, que sea eficaz y que esté certificado para considerar una correcta evaluación de los trastornos, que le permita verificar que realmente el cliente presenta todos estos elementos y, que son propios del trastorno.

Han sido diversas las clasificaciones y son dos las que principalmente se utilizan, la propuesta por el DSM y la del CIE. En la siguiente tabla se exponen las características de las últimas versiones, en su caso, el CIE-10, el DSM-IV-TR (porque es el que actualmente se sigue utilizando) y el DSM-5 (del cual es reciente su publicación, por lo que apenas se está implementando).

Tabla 4:

Principales criterios para el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad

<p>CIE-10</p> <p>Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad</p> <p>Deben ser cumplidos los criterios generales de los trastornos de personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ψ Tipo impulsivo <p>Tener al menos tres de los siguientes síntomas (el criterio 2 debe estar incluido)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Notable predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias. 2. Alta predisposición a tener un comportamiento provocador de agresión, conflictos con los demás, sobre todo cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados. 3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia siendo incapaces de controlar las propias conductas explosivas. 4. Dificultad por mantener actividades duraderas que no ofrezcan una recompensa inmediata. 5. Estado de ánimo inestable y caprichoso. <p>Incluye: personalidad explosiva y agresiva, trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ψ Tipo límite <p>Añadirse a los criterios anteriores, al menos dos de los criterios ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dudas o alteraciones en la imagen personal, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (se incluyen las sexuales). 2. Envolverse fácilmente en relaciones inestables e intensas, que frecuentemente terminan en crisis emocionales. 3. Esfuerzos excesivos por evitar ser abandonados. 4. Actos de agresión o amenazas hacia uno mismo en repetidas ocasiones. 5. Sensaciones crónicas de vacío. <p>Incluye: personalidad límite y trastorno límite de la personalidad.</p>
<p>DSM-IV-TR</p> <p>Trastorno límite de la personalidad</p> <p>Los criterios a considerar que define para su diagnóstico del trastorno son (indicando 5 o más de los ítems):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. 3. Alteración de la identidad. 4. Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas para sí mismo. 5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. 6. Inestabilidad afectiva por una notable reactividad del estado de ánimo. 7. Sentimientos crónicos de vacío. 8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira. 9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.
<p>DSM-5</p> <p>Trastorno de la personalidad límite</p> <p>Se deben cumplir los siguientes criterios:</p> <p>A. Deficiencias significativas respecto al funcionamiento de la personalidad mostrada por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiencias en el mismo funcionamiento (“a” o “b”): <ol style="list-style-type: none"> a. Identidad: que sea notoriamente pobre o poco desarrollada, autoimagen inestable frecuentemente asociada a una autocrítica excesiva, sentimientos crónicos de vacío y estados disociativos ante el estrés. b. Autodeterminación: Inestabilidad en objetivos, aspiraciones, valores o planes de carrera. 2. Alteraciones en funcionamiento interpersonal (“a” o “b”): <ol style="list-style-type: none"> a. Empatía: asociada a la hipersensibilidad interpersonal, esto es, tendencia a sentirse menospreciado o insultado; percepción selectiva sesgada de los demás enfocándose en <p style="text-align: right;">continua...</p>



características negativas o vulnerabilidades.

- b. Intimidad: relaciones cercanas caracterizadas por ser intensas, inestables y conflictivas habiendo desconfianza, dependencia, preocupación ansiosa por temor al abandono real o imaginado, vistas en los extremos de idealización y devaluación con alternaciones en la participación y retirada.

B. Rasgos patológicos de personalidad en los siguientes aspectos:

1. Afectividad negativa caracterizada por:

- a. Labilidad emocional: experiencias emocionales inestables, esto es, frecuentes cambios de humor, emociones intensas y/o fuera de proporción a los acontecimientos.
- b. Ansiedad: intenso nerviosismo, tensión, o pánico asociados frecuentemente a relaciones interpersonales, preocupación por efectos negativos de experiencias pasadas y de las posibles futuras, aprehensión temerosa, miedo a la incertidumbre por temor a fragmentarse o perder el control.
- c. Inseguridad por separación: miedo al rechazo y/o separación con otras personas importantes, asociado al temor de dependencia excesiva y pérdida total de autonomía.
- d. Depresión: sentimientos frecuentes de desesperanza, inferioridad, de ser miserable y de estar abajo con dificultad de recuperación de tales estados anímicos; pensamientos y comportamientos suicidas.

2. Desinhibición, caracterizado por:

- a. Impulsividad: actuar bajo estrés emocional ante estímulos inmediatos, sin tener un plan y sin considerar las consecuencias, sentido de urgencia y automutilación.
- b. Toma de riesgos: Participación innecesaria en situaciones de riesgo y potencialmente dañinas sin importar las consecuencias, falta de preocupación por las propias limitaciones y negación de la realidad respecto al peligro personal.

3. Antagonismo, caracterizado por:

- a. Hostilidad: sentimientos frecuentes de ira o irritabilidad ante ofensas e insultos menores.

C. Alteraciones en el funcionamiento de la personalidad y rasgos de expresión del individuo relativamente estable en el tiempo y consistente a través de las situaciones.

D. Las alteraciones en el funcionamiento de la personalidad y los rasgos individuales en la expresión de la personalidad no son mejor entendidos normativamente para la etapa de desarrollo de la persona o el entorno socio-cultural.

E. Las alteraciones en el funcionamiento de la personalidad y la expresión rasgo del individuo no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga o fármacos) o enfermedad médica (por ejemplo, traumatismo craneal grave).

Nota Fuente: Caballo, V. E. (2004). Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento. España: Síntesis. CIE-10 (1999). Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor. DSM-5 (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta edición. Madrid: Médica Panamericana. DSM-IV-TR (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Masson.

En la Tabla 4 se expresan los criterios que deben ser tomados en cuenta para poder diagnosticar a una persona con trastorno límite, cada una de las clasificaciones considera datos similares, aunque se encuentran algunas diferencias. En el CIE-10 (1999) se le da mucho peso a la poca regulación emocional, enfocándose más en los actos impulsivos y de agresión; se hace la división entre el estilo impulsivo y el límite, en éste último refiriéndose a los esfuerzos por evitar el abandono y a las alteraciones de la identidad junto con actos agresivos nuevamente. Los criterios del DSM-IV-TR (2002), aparte de mencionar los actos

impulsivos, los de autoagresión, las alteraciones del yo y los intentos por evitar el abandono, toman en cuenta la inestabilidad interpersonal, la idealización y devaluación, así como la ideación paranoide. En la versión más reciente del DSM que sería la 5, la descripción del trastorno se encuentra muy detallada y es separada por áreas; respecto al funcionamiento en las relaciones se especifica la empatía asociada a la hipersensibilidad social, dentro del desequilibrio emocional se detalla la ansiedad y la depresión y, en los actos de autoagresión, se agrega la hostilidad. Así mismo, se menciona que las características no deben ser causadas por algún daño cerebral, deben contemplarse tanto el entorno sociocultural como la etapa de desarrollo de la persona.

Estos tres enfoques fueron elegidos para ser descritos en este trabajo debido a su eficacia, su legitimación en el tema, porque son buenas herramientas de apoyo en el ámbito clínico y son de fácil acceso para el paciente. Esto se menciona ya que en un medio terapéutico se le puede enseñar a la persona a que investigue sobre su padecimiento, incluso en el momento de manifestarle su diagnóstico se le puede decir que lean los criterios (ya sea del texto impreso o de internet) y que ellos mismos digan si se sienten identificados o no; esto ayuda al usuario a sentirse “parte de”, a comprender su sintomatología al darle un nombre, a que vea el sustento teórico, al igual que a entender la causa de ello. La elección del sistema de clasificación de preferencia se deja a criterio y juicio de cada lector de este estudio.

Con respecto a la realización del diagnóstico, también se recomienda hacer una evaluación multiaxial, el cual es un sistema que implica valorar varios ejes del DSM, con el fin de poder delimitar un cuadro que refleje el patrón de funcionamiento global de una persona. Cada uno abarca un área distinta que provee al clínico de información para plantear un tratamiento y predecir resultados.

Los cinco ejes son: I) trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica; II) trastornos de la personalidad y retraso mental; III) enfermedades médicas; IV) problemas psicosociales y ambientales; V) evaluación de la actividad global. Para este último, se puede utilizar la “Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)”, en donde se considera la actividad psicológica, laboral y social de cada persona con base al continuum salud-enfermedad; en éste se suministran puntuaciones referidas al nivel de funcionamiento y gravedad de cada paciente. En general, lo que se hace con la evaluación multiaxial, es registrar por medio de códigos si manifiesta alguna problemática correspondiente a algún eje, si no lo presenta se reporta como “ninguno” y por último se pone la puntuación global de actividad. Este esquema le brinda al tratante un panorama amplio de diagnóstico y tratamiento (DSM-IV-TR, 2002; Millon, 2006).



Es importante aclarar que las características del TLP pueden ser evaluadas durante el proceso de intervención terapéutica, no obstante, lo recomendable es que desde la primera sesión se indague para conocer qué tipo de patología podría poseer la persona que se presentó.

A parte de utilizar los manuales de diagnóstico y la evaluación multiaxial, las estrategias que se pueden emplear son la entrevista directa, en donde se van haciendo preguntas para explorar los síntomas, esto basado en cómo se va expresando el paciente y también con ayuda de algunos protocolos que existen para guiar al terapeuta en la conversación para explorar los síntomas; las entrevistas pueden ser tanto estructuradas como semiestructuradas. Existen otros métodos de valoración como pruebas, cuestionarios, evaluaciones clínicas e instrumentos autoaplicables, que serán vistos en la siguiente sección; algunos de estos están basados en los criterios propuestos por los sistemas de clasificación descritos previamente.

Entonces, no basta solo con tener los manuales de diagnóstico, es necesario utilizar también las herramientas tan fundamentales en el campo de la psicología, esto es, las pruebas psicológicas tanto proyectivas como psicométricas y, las entrevistas; esto para poder realizar un buen análisis de la problemática de la persona, evaluar y ayudar a realizar una prescripción adecuada del TLP, así como asignar un diagnóstico diferencial y medir la gravedad de los síntomas (Nezu et al., 2006).

A continuación, se presentan las principales técnicas de medición e instrumentos de evaluación que han sido utilizados para el trastorno límite de la personalidad:

Entrevistas estructuradas y semiestructuradas

Para el psicólogo, usar una *entrevista estructurada* puede ser benéfico y no a la vez, esto porque su procedimiento es recitar la pregunta tal cual está elaborada y limitarse a conservar los datos que se están obteniendo, esto restringe un poco la interacción con el paciente y no promueve el poder hacer otro tipo de preguntas que le vayan surgiendo al terapeuta con base en lo que está diciendo el evaluado. Lo positivo de esto es que como ya está elaborado lo que se tiene que abordar, posiblemente garantice que no se pierda información o que “se le vaya algo” al entrevistador, también ahorra tiempo impidiendo en mayor medida que el paciente divague o que la entrevista tome otro rumbo.

La entrevista semiestructurada se caracteriza por hacer cuestionamientos previamente planeados e ir haciendo preguntas que podrían ir surgiendo en el momento para completar la información que se está adquiriendo; entonces, se hacen tanto preguntas abiertas como

cerradas y espontáneas. Para una terapia se recomienda más utilizar este tipo de métodos para enriquecer los datos proporcionados, debido a que se crea un clima de mayor confianza.

De acuerdo con Nezu et al. (2006), las entrevistas semiestructuradas auxilian a realizar una evaluación exhaustiva de diagnóstico que son diseñadas de manera específica para valorar los trastornos de la personalidad. Según estos autores, es factible aplicar los instrumentos referentes al tema mediante una entrevista, así como con una persona allegada que pueda fungir como un operador de una fuente bien informada; el procedimiento puede llegar a tardarse hasta dos horas.

Los siguientes protocolos (presentados en forma de referencia para facilitar su búsqueda) fueron elaborados para ayudar al psicólogo a realizar estos tipos de entrevista, donde ya se tienen los criterios diagnósticos del TLP o de los trastornos de la personalidad, algunos se basan en los fundamentos del DSM:

- ψ Shedler J, Westen D. (2007) The Shedler Westen Assessment Procedure (SWAP-200): making personality diagnosis clinically meaningful. *J Pers Assess.*

La Escala Swap-200 utiliza el procedimiento Q de organización, incluye ítems que evalúan criterios del Eje II y también otros patrones de personalidad. Cuenta con 200 enunciados descriptivos de la personalidad que el evaluador debe organizar en ocho categorías obteniendo una valoración numérica que va del 0 al 7 por cada ítem.

Este instrumento fue implementado para evaluar perfiles de personalidad en mujeres mexicanas, específicamente del servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, con trastorno afectivo-ansioso o trastorno de la conducta alimentaria con comorbilidad con el trastorno límite, donde se observó que esta escala es capaz de detectar positivamente el TLP, mencionando que aunque el tiempo de evaluación del instrumento es mayor, otorga ventajas psicométricas que lo justifican (Molina, 2014).

- ψ Zanarini, M. C. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder, (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorder, 17*, 233-242.

Esta prueba surgió como una necesidad de crear un instrumento que evaluara tanto la gravedad como el cambio en la psicopatología del TLP, debido a que según Navarro (2011), hasta ese momento no existían formatos de entrevista que tuvieran como objetivo analizar esto.

ψ Arntz, et al. (2002). *Índice de Gravedad del Trastorno Límite de la Personalidad*.

Su nombre en inglés *Borderline Personality Disorder Severity Index*; mide la frecuencia de los síntomas del trastorno en un periodo de tres meses previos. Es una adaptación de la entrevista que fabricaron los autores Weaver y Clum en 1993 (Nezu et al., 2006). Según Navarro (2011), esta entrevista estructurada es sensible al cambio y cuenta con buenas propiedades psicométricas.

ψ First Michael, Gibbon, M., Spitzer R., Williams Janet & Lorna, B. (1999). *Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad Eje II del DSM-IV*. (SCID-II). España: Masson.

También se puede encontrar con su nombre en inglés *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*. Ésta guía de entrevista contiene los 10 diagnósticos de los trastornos de personalidad descritos en el DSM-IV. Los datos de fiabilidad se hicieron con un test-retest sobre la versión SCID-II para el DSM-III-R en donde los valores de kappa variaron del 0,24 al 0,87 en diversos estudios, llegando a la conclusión de que la prueba logra un grado razonable de fiabilidad siempre y cuando los entrevistadores tengan experiencia en su ámbito y exista variabilidad diagnóstica en la muestra. Con respecto a la validez, establecieron la tasa de falsos positivos empleando el PDE como estándar llegando al resultado de que esta tasa era baja para cada uno de los diagnósticos y que es un método válido, observando una correlación de 0,004 en el número de reactivos positivos y un valor kappa de 0,78. Los autores recomiendan utilizar esta prueba en el ámbito clínico de alguna o todas de estas tres formas: 1) después de la entrevista clínica usual, aplicar algunas partes de la prueba para corroborar diagnósticos; 2) para diagnosticar específicamente algún trastorno del Eje II y 3) para mejorar la capacidad de entrevista de los estudiantes en formación (Nezu et al., 2006; First Michael et al., 1999). Se sugiere aplicarla toda para analizar la posible comorbilidad y para verificar que el mayor rasgo que se presenta es el limítrofe; no obstante, es importante tomar en cuenta que esta prueba está adaptada al DSM-IV y los criterios de confiabilidad y validez a los del DSM-III-R, por lo que ya no estaría actualizada debido a que ya existe una quinta versión del DSM, por lo que se recomienda, en caso de ser aplicada, investigar de otro modo sobre los criterios que han sido modificados en el caso del TLP. Es importante mencionar que este instrumento ha sido utilizado en diversas tesis en población mexicana como apoyo diagnóstico del TLP.

- ψ Pfohl, Blum y Zimmerman (1997). *Entrevista estructurada para personalidad del DSM-IV (SIDP-IV)*.

Es una entrevista que también puede ser semiestructurada, dura entre 90 y 120 min. Para su realización; evalúa los criterios del DSM-IV organizados en 17 secciones temáticas (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2006).

- ψ Loranger (1999 y 1996). *Examen Internacional para Trastornos de la Personalidad (IIPDE)*.

Su nombre en inglés, *International Personality Disorder Examination* (Nezu et al., 2006), esta escala fue desarrollado por el Dr. Loranger para la Organización Mundial de la Salud y la FDA, está internacionalizada adaptada al CIE-10 y al DSM-IV por lo que contiene dos módulos para medir los criterios tanto del DSM-IV como del CIE-10. Cuenta con una adaptación española (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2006).

- ψ Widiger T. A., Mangine, S., Corbitt E. M., Ellis, C.G. & Thomas, G.V. (1995). *Entrevista de Trastorno de la Personalidad*.

Se le conoce en inglés como *Personality Disorder Interview*, cuenta con 93 ítems y su abreviación es PDI-IV.

- ψ Pilkonis, P.A. Heape, C.L. Ruddy, J. & Serrano, P. (1991). *Personality Assessment Form (Formato de evaluación de la personalidad)*. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 3 (1), 46-54.

Este es una evaluación clínica que no requiere de un protocolo de entrevista específico ya que está diseñada para que el mismo terapeuta lo complemente (Nezu et al., 2006).

- ψ Gunderson, Kolb & Austin (1989). *Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite-Revisada (Diagnostic Interview for Borderline Patients-Revised, DIB-R)*.
- ψ Gunderson, Kolb & Austin (1981). *Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite (Diagnostic Interview for Borderline Patients, DIB)*.

Este formato de entrevista surgió en 1981 y su versión revisada en 1989. Contiene subescalas para evaluar diversos componentes de los síntomas del TLP. Para la realización de esta prueba no siguieron la definición de personalidad límite del DSM, sin embargo, la entrevista revisada parece haber demostrado consistencia interna, fiabilidad y validez

discriminante. Se compone de cuatro rubros generales: afecto, cognición, impulsividad y relaciones interpersonales (Nezu et al., 2006; Caballo, 2004).

ψ Zanarini, Frankenburg, Chauncey & Gunderson (1987). *Entrevista Diagnóstica para Trastornos de la Personalidad*.

En inglés se puede encontrar como *Diagnostic Interview for Personality Disorders* (Nezu et al. 2006).

Cuestionarios

ψ Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the borderline personality inventory: a self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73, 45-63.

Este Inventario de Personalidad Límite está basado en la teoría estructural de personalidad de Kernberg (1984); cuenta con 53 ítems verdadero-falso clasificados en diversas escalas evaluando la identidad difusa, mecanismos primitivos de defensa, evaluación de la realidad, miedo al compromiso, etc. (Caballo, 2004).

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

Fue desarrollado por Millon, evalúa si existen trastornos descritos por el DSM-III y el DSM-III-R, sobre todo los del eje II, que corresponden a los trastornos de la personalidad, por lo que está adaptado para que sea compatible con el formato y la terminología del DSM. Consta de 175 reactivos con formato de respuesta Verdadero-Falso; el tiempo de administración es relativamente breve, va de 15 a 20 min. Se estudian los diferentes aspectos de la personalidad patológica, dividiéndolos en 26 escalas: 10 para las áreas básicas de personalidad como la esquizoide, dependiente, histriónica, fóbica, antisocial, narcisista, agresivo-sádica, agresiva-pasiva y autodestructiva; 6 para síndromes clínicos de gravedad moderada correspondientes al Eje I como la ansiedad, distimia, histeriforme, hipomanía, abuso de drogas y alcohol; 3 para síndromes clínicos de gravedad severa, como pensamiento psicótico, trastorno delirante y depresión mayor; las últimas 3 fueron para la personalidad patológica como la Límite, paranoide y esquizotípica. Se ha visto una alta proporción de falsos positivos, por lo que no es suficiente para la evaluación en pacientes individuales; sin embargo, el número de aplicaciones ha incrementado actualmente. Con

respecto a la Fiabilidad de la prueba, los índices más bajos fueron para las escalas de los trastornos Pasivo-Agresivo y Límite, este último, posiblemente por sus frecuentes cambios emocionales; los estudios se hicieron a través del retest de la escala y estabilidad del perfil, sus puntajes variaron de 0.40 a 0.91, siendo en gran medida mayor al 0.80, lo cual muestra que esta prueba sí cuenta con la característica de confiabilidad; el análisis empírico para la validación se hizo a través de la consistencia de las escalas, intercorrelación de escalas y análisis factorial (Caballo, 2004; Millon, 1999).

ψ Sansone et al. (1998). *Cuestionario de Autolesiones (Self-Harm Inventory, SHI)*.

Nos sirve para evaluar las conductas autodestructivas manifestadas en el TLP. Consta de 41 ítems que miden varios tipos de conductas autolesivas; se ha observado que es muy eficaz para predecir un diagnóstico de TLP (Caballo, 2004).

ψ Steven E. Hyler (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire-IV (PDQ)*. *Cuestionario Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-4+)*.

ψ Steven E. Hyler, Ronald O. Rieder, Janet B. W. Williams, Robert L. Spitzer, Judith Hendler and Michael Lyons (1988). The Personality Diagnostic Questionnaire: Development and Preliminary Results. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 2, No. 3, pp. 229-237.

Evalúa los criterios del DSM-IV para los trastornos de personalidad, a través de los 10 diagnósticos oficiales, agregando el depresivo y el pasivo-agresivo. Se responde en 30 min. y tiene adaptación española (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2006).

Se ha visto una alta proporción de falsos positivos, por lo que no es suficiente para la correcta evaluación en pacientes individuales (Caballo, 2004).

ψ Perry (1982). *Escala para el Trastorno Límite de la Personalidad (Borderline Personality Disorder Scale, BDP)* (Caballo, 2004).

ψ Conte, et al. (1980). *Índice del Síndrome Límite (Borderline Syndrome Index, BSI)*. (Caballo, 2004).

Estas escalas evalúan la presencia de un TLP en aquel que lo conteste.

Instrumentos autoaplicables

Estos protocolos tienen la facilidad de ser autoadministrables, se pueden dejar de tarea para que el mismo paciente lo conteste desde casa en algún tiempo libre y así aprovechar el tiempo en sesión; claro la calificación e interpretación serán labor del terapeuta.

ψ Millon, Millon, Davis (1994). *Inventario Multiaxial de Millon*.

Este inventario facilita establecer puntuaciones para delimitar los trastornos de la personalidad del DSM-IV y síndromes clínicos; su nombre en inglés es *Millon Multiaxial Inventory*.

ψ Morey (1991). *Inventario de Evaluación de la Personalidad*.

Su nombre en inglés es *Personality Assessment Inventory*. Éste se fundamenta en los criterios del DSM-IV ofreciendo una subescala para el TLP, así como diagnósticos del Eje I y escalas de validez (Nezu et al., 2006).

Instrumentos complementarios

Nezu et al. (2006) refieren que Kim y Goff en el año 2002 advirtieron que las perturbaciones psiquiátricas que puede presentar un TLP pueden ir más allá de su propio trastorno, por lo que sugieren que aparte de evaluar sus síntomas, también se valoren otro tipo de patologías graves que se puedan llegar a presentar en ellos, sobre todo las que se han vinculado con su padecimiento. Algunas de ellas son los rasgos de ansiedad, depresión, ira, estrés, patrones cognitivos desadaptativos, conflictos interpersonales, trastornos de la alimentación y comportamientos disociativos.

Por ello, recomiendan las siguientes escalas que también pueden ser autoaplicables, como un complemento y de cierto modo, un confirmador de síntomas graves:

ψ Beck, A. T. *Inventario de Depresión de Beck* (BDI, BDI-II).

Consta de 21 ítems de respuesta múltiple. Mide la intensidad o gravedad de un estado depresivo. Fue publicado en 1961, revisado en 1971 quedando bajo el nombre de BDI-1A; su última publicación fue en 1996 quedando como BDI-II. Existe una versión estandarizada a la población mexicana realizada por Samuel Jurado Cárdenas y colaboradores, en la Facultad de Psicología de la UNAM.

- ψ Bernstein et al. (1994). *Cuestionario de Trauma Infantil (Child Trauma Questionnaire, CTQ)*.

Algunos autores sugieren utilizar un cuestionario específico para la medición de experiencias traumáticas por lo que es recomendable este ya que mide, a través de escalas, abuso físico y emocional, abandono emocional, abandono físico y abuso sexual (Caballo, 2004).

- ψ Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1991) *Eysenck Personality Scales*. London: Hodder & Stoughton.

El Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE o EPQ) mide rasgos de personalidad respecto a la extroversión/introversión y neuroticismo/estabilidad. No existe un límite de tiempo para su aplicación, pero generalmente esta prueba es contestada en aproximadamente 10 minutos. Cuenta con una escala de *sinceridad* que permite reconocer si la persona está respondiendo de forma deseable. Con respecto a la fiabilidad, se ha realizado mediante test-retest con periodos de intervalo de varios meses, llegando a obtener un puntaje de 0.85, lo cual es un buen indicador. En referencia a la validez, se ha hecho con una prueba directa del EPI como instrumento descriptivo mediante validez factorial, validez de constructo y paralela, obteniendo resultados favorables al encontrar correlaciones significativas. Una de las ventajas de la aplicación de esta prueba, es que maneja un lenguaje accesible, comprensible para incluso personas de bajo nivel educativo, además, se puede aplicar no solo en un ambiente clínico, también en el laboral y educativo (Eysenck & Eysenck, 1994). Existe su versión mexicana realizada por Asunción Lara y Angélica Verduzco en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”. Se recomienda aplicar a individuos con TLP para verificar qué predomina más en la persona, si rasgos de introversión y extroversión, de modo que se pueda analizar con qué otros trastornos podría haber comorbilidad.

- ψ Weathers, Litz, Huska, Keane (1991). *Lista de TEPT (PTSD Checklist)*.

Este se basa en los criterios para diagnosticar el trastorno por estrés post-traumático; aparte de evaluar su presencia, se hace el análisis de la gravedad de los síntomas.

- ψ Whitaker (1989). *Inventario de Síntomas de la Alimentación (Eating Symtoms Inventory)*.

Con esta prueba se pueden evaluar los síntomas para los trastornos alimentarios.

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

Este inventario es un instrumento de autoinforme que evalúa los síntomas que conllevan los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la bulimia y la anorexia. Su nombre original es *EDI-2, Eating Disorder Inventory-2*, fue realizado en Florida y cuenta con una adaptación española. Evalúa 11 escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. No tiene límite de tiempo para su aplicación, aunque puede ser de 20 minutos aproximadamente; las respuestas están diseñadas en una escala de 0 a 5 dependiendo la ocurrencia del comportamiento, las opciones son “siempre”, “casi siempre”, “a menudo”, “a veces”, “pocas veces” y “nunca”. Con respecto a sus coeficientes de fiabilidad de consistencia interna, sus puntajes son de 0.83 a 0.93 en muestras de pacientes; referente a la fiabilidad test-retest, sus datos van de 0,41 a 0,97. Se evaluó la validez de contenido, de criterio, concurrente, de constructo y se hizo un análisis factorial, demostrando que las escalas sí tienen una buena validez de criterio, contenido, convergente y discriminante (Garner, 1998). Esta prueba es sugerida para aplicarse en casos específicos que pudieran presentar sintomatología de trastornos alimenticios, además de que evalúa síntomas de impulsividad, característicos en una persona con TLP.

- ψ Derogatis, Spencer (1982). *Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory)*.

Éste evalúa, en una amplia variedad de áreas, síntomas psiquiátricos.

- ψ Selzer (1971). *Prueba de Alcohol de Michigan (Michigan Alcohol Screening Test)*.

Este es un instrumento que permite valorar a los problemas que se presentan por la presencia del consumo de alcohol en pacientes psiquiátricos.

Todos los instrumentos referenciados son los que han sido creados para facilitar la evaluación del TLP, se incluyen diversas entrevistas, inventarios, escalas y cuestionarios, algunos pueden ser autoaplicables. Han sido plasmados para que el psicólogo tenga una gama amplia para elegir, es importante aclarar que desafortunadamente no han sido estandarizados para la población mexicana ni son tan accesibles de adquirir, solo algunos cuentan con adaptación española, tales como el *SCID-II* de First et al., el *MCMII-II* de Millon, el *BDI* de Beck, el *CPE* de Eysenck y el *EDI-II* de Garner; a pesar de esto, el terapeuta

puede buscar el que mejor se acomode a sus necesidades, basándose no solo en su estandarización, sino también en el tiempo de aplicación, forma de calificación e interpretación.

Como podemos observar, los modelos de diagnóstico y los sistemas de evaluación han ido evolucionando, sin embargo, como ya ha sido mencionado, hay quienes se manifiestan en contra de los sistemas de clasificación, argumentando que esto es similar a poner “etiquetas” a los individuos. De acuerdo con Millon & Everly (1994) en las décadas de los 60’s y 70’s, la aversión hacia las clasificaciones esquemáticas por parte de muchos especialistas de la salud mental fue muy grande; tres fueron los argumentos principales por los que no estaban a favor de estas “etiquetas diagnósticas”:

1. Cuando se clasifica a una persona, ésta tenderá a adoptar o asumir el rol al cual ha sido etiquetada, de hecho, en la sociedad le sucede esto a cualquier individuo que ya se le ha nombrado como algo, tal como dice el dicho “trátame como tonto, y como tonto me comportaré”, entonces, suele cumplirse a lo que se le llama “profecía autoejecutada”. De hecho, en psicología social y en las teorías de programación neurolingüística, a esto se le suele llamar “Efecto Pigmalión”.
2. Es posible que se llegue a abusar de las clasificaciones utilizándolas como explicaciones de la conducta, en resumen, más que como una descripción. Esto se refiere a que, por ejemplo, a una persona diagnosticada con trastorno límite de la personalidad se le diga que sus intentos de suicidio se deben a que es *borderline*, cuando en realidad, este tipo de comportamiento lo puede tener otra persona sin que necesariamente tenga este trastorno; otro ejemplo es que alguien diga que es distraído porque tiene *déficit de atención*, también es como decir que un individuo experimenta cambios de humor porque es *bipolar*. Por lo tanto, se cae en el error al tratar de usar un diagnóstico como explicación, ya que es un modo erróneo de “lógica circular”.
3. La persona clasificada podría ser privada de su individualidad y humanidad, esto facilita que los profesionales de la salud puedan llegar a generalizar a todas las personas con un mismo diagnóstico como un grupo y no como individuos.
4. Otro punto que también fue dicho por Caballo (2000), afirma que surgen dificultades diagnósticas y de clasificación cuando nos enfrentamos ante determinada población con características particulares como, por ejemplo, los adolescentes.

A pesar del planteamiento de estos puntos, Millon y Everly (1994) mencionan que aunque son problemas relevantes en los sistemas de clasificación, en sus investigaciones se sigue apoyando la utilización de estos ya que consideran (lo cual se apoya en este trabajo, a propósito de las consideraciones realizadas por el mismo DSM-5 expuestas en el punto 1.2 del primer capítulo) que ayudan a buscar las características relevantes de un trastorno de manera simplificada, esto puede servir como el punto de partida de valoración para el terapeuta, así mismo, le sirve para deducir el desarrollo psicológico de una persona (que de otra manera, no se podría obtener tan fácilmente); también sirven de guía para el análisis de opciones para el tratamiento o para prevenir al terapeuta sobre posibles resistencias y complicaciones.

Por lo tanto, si las etiquetas diagnósticas se utilizan adecuadamente, son muy útiles tanto para el terapeuta como para el paciente. Con respecto a los problemas planteados en los puntos anteriores, aunque son válidos, no son suficientes para invalidar la utilización de estos sistemas, ya que son más las ventajas que las desventajas que nos presentan. Una solución a los dilemas de las etiquetas sería: que los sistemas de clasificación sean mejorados y refinados, que sean utilizados de manera apropiada y que exista una capacitación y comprensión para entender que las clasificaciones no pueden ser utilizadas como un fin por sí mismas, analizando que un trastorno define procesos y no personas.

Es por esto que, en este trabajo se considera que son necesarias para poder trabajar de manera correcta con el paciente, ya que incluso, le sirve a éste para el entendimiento de la problemática que tiene, se ha visto que ayuda a las personas a sentirse mejor (debido a que se sienten comprendidos) y favorece la cohesión terapéutica

Aclarado el tema de las “etiquetas” y casi para concluir con el de evaluación y diagnóstico del TLP, se retoma la idea de que el análisis epidemiológico de los trastornos de la personalidad es especialmente complicado, debido entre otros factores, a que existe una gama diversa de instrumentos de evaluación para su diagnóstico, también a que su comorbilidad con otros trastornos es muy común. Otro punto importante es la dificultad por comparar los datos que se obtienen de los diversos contextos, como la época, el país y la metodología utilizada, por lo cual, se recomienda realizar más investigaciones referentes al tema (AIAQS, 2011 y Sarmiento, 2008).

Para cerrar, se resume que los criterios diagnósticos del TLP comprenden síntomas como hipersensibilidad, alteración del estado de ánimo y pensamiento paranoide. Esto se menciona ya que son rasgos que también pueden observarse en otros trastornos más agudos correspondientes al Eje I del DSM, por lo que es de considerarse que la evaluación inicial debe ser muy cuidadosa para evitar que se haga un mal diagnóstico por confusión del

traslape de síntomas. Por ejemplo, aunque en el TLP exista un patrón característico de inestabilidad en el estado de ánimo y de cierto modo, en un episodio de trastorno del estado de ánimo se tengan rasgos del TLP, el trastorno del estado de ánimo solo puede ser diagnosticado si se presenta tempranamente y si es de larga duración (que esté presente por varios años).

Así, es muy probable que también tanto las características como los criterios clínicos del TLP también se presente en otros trastornos de personalidad definidos por el DSM-IV. Por ejemplo, el *trastorno histriónico de la personalidad* también presenta conductas de búsqueda de atención y sus emociones cambian con rapidez. Del *trastorno narcisista de la personalidad* es parecida la reacción de ira ante insultos insignificantes. En cuanto a los inmensos temores de abandono presentados en el TLP, son parte fundamental del *trastorno de la personalidad por dependencia*. Del *trastorno antisocial de la personalidad* se asemejan los actos impulsivos y destructivos.

En general, los episodios de depresión, ansiedad, ira y desconfianza son comúnmente reactivos, no limitando su presencia en un solo tipo de trastorno del estado de ánimo; esto aunado a que los individuos con TLP por lo general muestran *inestabilidad* en diferentes áreas tanto emocionales, conductuales, cognitivas e interpersonales. Es necesario analizar qué es lo que entonces diferencia al TLP de otros trastornos; en respuesta a esto, se muestra que el temor al abandono en los TLP provoca sentimientos de vacío emocional, enojo y demanda, mientras que en el *trastorno de la personalidad por dependencia* se manifiesta en intentos de apaciguamiento o conductas de sumisión. En el *trastorno antisocial de la personalidad* el comportamiento impulsivo y destructivo por lo general son más por obtener una ganancia, beneficio o poder personales y en el TLP se dan en contra de sí mismos en forma de actos suicidas, parasuicidas o mutilatorios.

Así, existen otras patologías que también se requiere de analizar la diferencia de diagnóstico por su similitud en patrones de comportamiento, como el abuso de sustancias (Nezu, et al., 2006).

Es por esto que en el siguiente apartado se hablará propiamente de la comorbilidad con los otros trastornos, ya que es de suma importancia que el clínico conozca esta información al momento de tratar con pacientes y establecer un diagnóstico.

2.4 Comorbilidad

Como se analizó previamente, es muy común que algunos síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad sean muy similares a los de otros trastornos, dando como resultado que lleguen a confundirse y que de un diagnóstico erróneo; al traslape de síntomas o la presencia de más trastornos a parte del TLP, se le llama *comorbilidad*.

Varios trastornos clasificados en el Eje I de los manuales DSM se pueden manifestar junto con el TLP; debido a que generalmente las personas con este trastorno llegan a terapia después de haber sido hospitalizadas por causas relacionadas con un patrón emocional especialmente intenso, que involucra sentimientos de desesperanza y tristeza devastadora, lo cual resulta ser autodaño como un intento de suicidio.

Dentro de estos padecimientos se encuentran a los trastornos de la alimentación, síndromes por consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína u otras drogas) debido a su afán por vivir formas variadas de realidad buscando su propia identidad; también están los trastornos por déficit de atención, del control de impulsos, del tipo afectivo como la depresión, disociativos y de ansiedad como el Trastorno por Estrés Postraumático “TEPT” (Caballo, 2004; Nezu, 2006; Monroy 2008).

De hecho, Monroy (2008) afirma que la relación entre el TLP y el TEPT es muy estrecha ya que se ha encontrado que los usuarios con TLP han tenido más experiencias traumáticas que el resto de la población, el 42% tiene historia de abuso físico y el 26% de abuso sexual en la infancia o en la adolescencia.

Siguiendo esta línea, Nezu et al. (2006) puntualizan que en la mayoría de estos pacientes se encuentra la presencia de una historia de abuso sexual, lo cual hace que se asocie con síntomas de mayor gravedad, por lo cual señalan que es necesario indagar en específico sobre señales relacionadas con trauma o abuso sexual, por ejemplo, las reacciones disociativas.

En realidad, cada uno de los trastornos de la personalidad tiene un patrón de vulnerabilidad del Eje I debido a que es común que distorsionen los eventos interpersonales dando como resultado disconformidades y caos en sus relaciones personales. Es por esto que las personas con TLP viven en ansiedad constante, su percepción de abandono puede provocar crisis de pánico, ideación paranoide, síntomas disociativos y depresión (Millon, 2006).

Según Caballo (2004) la comorbilidad presentada con los trastornos de ánimo y el TLP es muy extensa y suele ser problemática debido al solapamiento de los síntomas; por

ejemplo, hay quienes presentan un patrón de boicoteo hacia sí mismos justo cuando van a alcanzar un objetivo y otros pueden manifestar psicosis bajo situaciones estresantes. Un estudio mostró que el 32% de las personas con TLP tenía depresión mayor, el 17% tenía distimia, el 5% presentaba ciclotimia y el 4% trastorno bipolar.

Es tanta la comorbilidad del TLP con la depresión que incluso hay varios autores que llegan a afirmar que las personas con trastorno límite están predispuestos biológicamente a los eventos depresivos. En realidad, muestran una combinación de síntomas físicos, irritabilidad, hostilidad, baja autoestima e intensa tristeza acompañados de sentimientos de indefensión e ineficacia. Así mismo, los sentimientos de culpa y automutilación los experimentan como condena cuando alejan de su vida a sus seres queridos por intentar controlarlos de manera agresiva, ya que tratan patológicamente de mantener sus relaciones interpersonales, auto agrediéndose para lograrlo.

Con respecto al abuso de sustancias, se ha visto que cuando las personas con TLP provienen de una familia caótica es más probable que se promuevan estas conductas desadaptativas, sobre todo si los progenitores tienen este tipo de conductas y si también presentan el TLP, lo que representa un factor de riesgo para generar esta patología en los hijos. En individuos con rasgos antisociales es más probable que presenten abuso de sustancias y esto es un predictor de un TLP más grave ya que aumentan los comportamientos autodestructivos.

Asimismo, las personas diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria, las que presentan características específicas de disfunción familiar o las que muestran preocupación por el peso, suelen estar diagnosticadas con TLP (Millon, 2006).

Ahora bien, el patrón de personalidad limítrofe también puede presentar trastornos del Eje II, incluso son pocos los que tienen TLP y no son diagnosticados con otro trastorno de la personalidad. Generalmente son los trastornos histriónico, dependiente, esquizotípico y el antisocial los que mayor se asemejan teniendo coincidencias significativas; en menor concurrencia se encuentran el trastorno narcisista, evitativo, pasivo-agresivo y el paranoide. Así mismo, pueden padecer un trastorno esquizo-afectivo (Caballo, 2004; Nezu, et al., 2006). En la Tabla 5 se pueden leer cuáles son los síntomas en común y cuales las diferencias con estos trastornos de la personalidad.

Tabla 5:

Relación de síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad y otros trastornos de la personalidad.

TRASTORNO	SÍNTOMAS EN COMÚN	DIFERENCIAS
DEPENDIENTE	<p>Esfuerzos frenéticos por evitar el abandono.</p> <p>Idealización de los encuentros románticos.</p> <p>Sentido del sí mismo poco desarrollado.</p> <p>Presentación de síntomas somáticos para obtener mayores cuidados disminuyendo las amenazas de abandono.</p>	<p>El individuo con trastorno dependiente tiene como necesidad fundamental el tener un acompañante, si no lo tiene presenta fuertes sentimientos de pánico.</p> <p>Aunque en ambos trastornos se teme al abandono, el dependiente reacciona ante esto de manera sumisa y congraciadora (incluso llega a buscar rápidamente otra relación para reemplazar la anterior), mientras que el que tiene personalidad límite reacciona con exigencias, de manera impulsiva y agresiva con el fin de obtener cariño.</p>
HISTRIÓNICO	<p>Esfuerzos frenéticos por evitar el abandono.</p> <p>Idealización de los encuentros románticos.</p> <p>Sentido del sí mismo poco desarrollado e inestable.</p> <p>Cambios del estado de ánimo que van de un extremo al otro, incluyendo la ira.</p> <p>Sentimientos crónicos de vacío.</p> <p>Episodios disociativos.</p> <p>Necesidad de atención.</p> <p>Fragilidad emocional.</p> <p>Tendencia a sexualizar las relaciones interpersonales.</p> <p>Presentación de síntomas somáticos para obtener mayores cuidados</p>	<p>Quienes tienen trastorno histriónico también temen ser abandonados, solo que se suma la necesidad de sentirse idealizados como pareja, de percibirse físicamente atractivos y de ser el centro de atención, por lo que para ellos el abandono podría ser doblemente peligroso ya que podrían sentir que su atractivo es insuficiente.</p> <p>La persona con trastorno límite expresa el enojo, los sentimientos de vacío y de soledad con mayor facilidad, el histriónico tiende a reprimir estos sentimientos.</p> <p>Aunque en el trastorno histriónico de la personalidad también hay mucha demanda de atención, comportamiento manipulador y cambios repentinos de emociones, en el TLP se presenta la autodestrucción, las rupturas de relaciones interpersonales y sentimientos de soledad así como de vacío.</p>

	disminuyendo las amenazas de abandono.	
NARCISISTA	<p>Idealización de los encuentros románticos.</p> <p>Sentido del sí mismo muy inestable.</p> <p>Cambios del estado de ánimo que van de un extremo al otro, incluyendo la ira.</p> <p>Sentimientos crónicos de vacío.</p>	En este trastorno también se presenta una reacción exagerada ante cualquier estímulo, sin embargo, no se muestra preocupación por el abandono ni acciones autodestructivas.
NEGATIVISTA	<p>Idealización de los encuentros románticos.</p> <p>Sentido del sí mismo muy inestable.</p> <p>Cambios del estado de ánimo que van de un extremo al otro, incluyendo la ira.</p>	Aunque también pueden presentar depresión, no es común que se hagan autoagresiones como los individuos con trastorno límite ni tampoco presentan temor por el abandono.
ESQUIZOTÍPICO	<p>Temores paranoides.</p> <p>Pensamiento regresivo.</p> <p>Problemas en las relaciones interpersonales.</p>	En el trastorno límite las ideas paranoides suelen ser más pasajeras y ocurren ante situaciones de estrés. Así mismo, su estado de ánimo es inestable presentando frecuentemente depresión, mientras que el esquizotípico no. El tipo de pensamiento de una persona con trastorno esquizotípico es excéntrico en casi todos los ámbitos, el pensamiento de alguien con personalidad límite se desorganiza en temas interpersonales. Por lo tanto, los episodios psicóticos que se presentan en el TLP son de naturaleza externa.
PARANOIDE	Temores paranoides.	En este trastorno las ideas paranoides son más rígidas y consistentes, a diferencia del TLP, prefieren estar solos. El individuo con trastorno límite es autodestructivo culpándose a sí mismo por los hechos

Continúa...



		el que tiene personalidad paranoide tiende a culpar a los demás. En este trastorno también se presenta una reacción exagerada ante cualquier estímulo, sin embargo, no se muestra preocupación por el abandono ni acciones autodestructivas.
ANTISOCIAL	<p>Impulsividad</p> <p>Autolesiones</p> <p>Comportamiento manipulador</p>	En ambos trastornos se pueden ver acciones impulsivas en lo que respecta a las autoagresiones; sin embargo, en el antisocial no se siente remordimiento por hacerlo y en el límite si, además, este último lo hace para disminuir la sensación de vacío y de poca autovalía. La manipulación en la persona con TLP la utiliza para adquirir interés de sus allegados, el que tiene trastorno antisocial lo hace por un beneficio material.

Nota Fuente: Millon, T. (2006). Trastornos de la personalidad en la vida moderna (p. 529 y 530). 2° edición. España: Masson. Caballo, V. E. (2004). Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento (p. 149-151). España: Síntesis.

En la Tabla 5 se puede observar que, aunque hay varios síntomas del TLP que se asemejan a los de otros trastornos, se puede diferenciar por otras cuestiones, ya sea por el motivo por el cual se presentan, la naturaleza del síntoma o el comportamiento que realizan ante este.

Además de esto, Nezu et al. (2006) argumentan que también se han encontrado diferencias de género, estas en la comorbilidad con el trastorno antisocial de la personalidad y en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC); en el primero se ha presentado más en los hombres y el TOC es más comórbido en las mujeres.

También se han encontrado otras diferencias con respecto a los trastornos del estado de ánimo; la primer diferencia radica en la historia de su desarrollo, ya que en éstos su inicio generalmente es brusco; otra es que los estímulos que los desencadenan suelen ser externos mientras que en el TLP mayormente son por déficit internos (no concuerdan tanto con las situaciones del ambiente); por último, se dice que “los trastornos del estado de ánimo son más egodistónicos que los del TLP” (Caballo, 2004, p.150).

Otro factor importante a considerar, como se muestra en la sección de *etiología*, es que pueden existir diversas teorías para explicar un mismo estado emocional negativo en dos personas. Un ejemplo de esto es la depresión, que puede ser consecuencia de algún trastorno o también puede ser un efecto causado por una mala regulación de afecto por el

consumo de sustancias, incluso también, es posible que sólo sea un efecto independiente al Eje I que se cubra con otros criterios diagnósticos. De aquí la importancia de que los profesionales estén bien preparados y logren alcanzar un nivel de comprensión completo sobre psicopatología y diagnóstico, con el objetivo de evaluar de manera funcional y correcta la comorbilidad (Nezu et al., 2006).

Como ya se mencionó, una mala evaluación puede ser un tanto peligroso porque se podría dar un diagnóstico equivocado y por lo tanto un tratamiento inadecuado; incluso el hecho de que el paciente crea que tiene otra enfermedad puede hacer que llegue a optar posturas que son propias de la valoración errónea.

Así, se concluye que el TLP es un trastorno cuya dificultad es mayor para su diagnóstico, debido a su relación o similitud con otros trastornos; de igual manera, el poder conceptualizarlo y clasificarlo ha sido un tema de debate por las características de sus síntomas y al trastorno propio como tal. La intensidad y la importancia de la repercusión de los síntomas presentados en este trastorno hacen a los especialistas de la salud mental y a esta investigación voltear a analizarlo y querer seguir revisando la teoría para poder desarrollar un mejor sistema de tratamiento.

A continuación, se revisa la teoría pertinente al modelo de intervención que será utilizado para esta guía, el enfoque cognoscitivo-conductual, como sustento del por qué fue elegido. Además, se desglosarán los síntomas propios del TLP clasificándolos de acuerdo con esta postura, esto es, en elementos cognitivos, conductuales, fisiológicos y afectivos. Partiendo de esto, se propone un modelo explicativo del trastorno basado en la teoría ya revisada y en este enfoque, para de ahí pasar a hablar ya propiamente de las técnicas de intervención, que son la base de esta guía.



Capítulo III

Enfoque Cognoscitivo Conductual

“Los mejores años de tu vida son aquellos en los cuales decides que tus problemas son solo tuyos. Entonces no culparás a tu madre, a la ecología o al presidente. Te darás cuenta que tú controlas tu propio destino”.

Albert Ellis -.

III. ENFOQUE COGNOSCITIVO - CONDUCTUAL

2.5 Enfoque Cognoscitivo - Conductual

En la planeación de un programa de tratamiento, es necesario tener una teoría en la cual basarse si el terapeuta quiere garantizar la efectividad de éste. Así mismo, al psicólogo que desea dar terapia, se le recomienda que una vez diagnosticado o incluso antes de determinar la problemática, se fundamente en cuanto al programa de intervención y la línea de investigación que usará para trabajar.

Kendall (2000, citado en Gomar et al., 2010, p.22) dice que “Es difícil, e indeseable, que un terapeuta sea ateórico cuando diseña, implementa o evalúa programas de tratamiento. Si bien ninguna teoría da cuenta de la emoción, pensamiento o conducta humana, nos provee, sin embargo, de una guía adecuada para toda tarea clínica”.

Es por esto, que en el presente trabajo se propone utilizar la teoría Cognitiva Conductual como base para la guía de tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. En este apartado se comienza por definir lo que es y lo que propone el enfoque como tal, y después se hace la descripción de la fundamentación teórico histórica sobre cómo surgió este tipo de terapia.

El modelo cognoscitivo-conductual (ver figura 2) explica la forma en que se producen las emociones en interacción con el pensamiento, conducta y respuestas fisiológicas. Así, expone que ante un estímulo o evento generamos respuestas cognoscitivas y fisiológicas, y a partir de la percepción de esta combinación se produce una emoción o experiencia subjetiva, ante la cual se emite una conducta. De esta manera, se interviene a nivel de pensamiento y conducta, para cambiar las emociones negativas por unas más adaptativas, funcionales y, de ser posible, positivas (Valderrama & Trujillo, 2008).

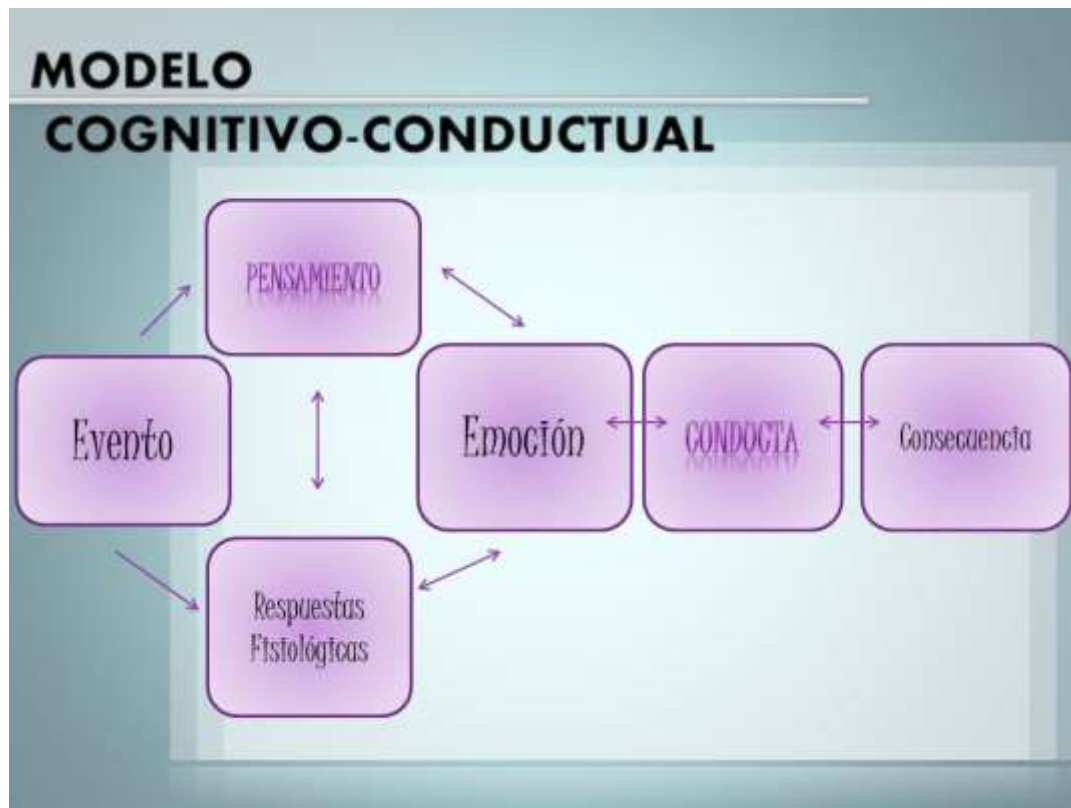


Figura 2. Modelo Cognitivo – Conductual.

*Esquema conceptual del enfoque cognitivo-conductual

De acuerdo con Torres (2007), este enfoque de terapia se caracteriza por la utilización de técnicas como reestructuración cognitiva, métodos para trabajar con la conducta, las emociones y reforzar la alianza terapéutica. La hipótesis de esta propuesta es que las distorsiones cognoscitivas tienen un efecto negativo tanto en la emoción como en el comportamiento y, si esto se interviene a través de este método junto con psicoeducación, los pacientes pueden mejorar su estado.

También, como planteamiento central señala que una emoción y una conducta no provienen de las reacciones que se tienen del ambiente, sino más bien, se originan en los pensamientos, creencias y actitudes ante estos acontecimientos (Hernández & Sánchez, 2007); a esto, Beck (2000; citado en Gomar et al, 2010, p. 22) dice que la premisa básica de la Terapia Cognoscitivo Conductual (TCC) es que “el modo en que las personas interpretan las situaciones ejerce una influencia en las emociones y la conducta”, esto no quiere decir que todo lo que sentimos depende de los que pensamos, lo que significa es que existe una relación bidireccional entre pensamiento, emoción y conducta; por lo tanto, se considera que las personas no responden a los eventos, sino al significado que le dan a estos. Es preciso enfatizar que la cognición no es exclusiva en la etiología de los trastornos; en realidad, los

acontecimientos que vive cada persona pueden ser tanto positivos, negativos o neutros y cada quien los puede interpretar de manera diferente, lo cual se le llama “diálogo interior”, siendo estos pensamientos y no los hechos los que pueden generar una emoción y así un estado de ánimo, lo cual influirá en la conducta del individuo.

Ahora, ¿cómo es que se llegó a estos planteamientos?, para responder a esta pregunta es necesario mirar al pasado, observar que estos constructos, este modelo explicativo de la conducta, se fue dando poco a poco como respuesta a la carencia de la efectividad de otras teorías y como una necesidad de formular algo integral de lo que ya diversos autores habían propuesto.

A lo largo de la historia en el mundo de la psicología, han surgido diversas teorías o enfoques con el fin de explicar el comportamiento humano; así, el enfoque cognoscitivo-conductual es un modelo multidimensional que explica el por qué hacemos lo que hacemos a través de pensamientos, emociones, respuestas fisiológicas y conducta. Actualmente es muy utilizado y ha mostrado ser eficiente si se aplica al tratamiento de los padecimientos psicológicos.

Hernández y Sánchez (2007) dicen que este modelo surgió por un movimiento dinámico donde participaron diversos autores desde los inicios del estudio del comportamiento humano hasta nuestros tiempos, es decir, se fue constituyendo a través de investigaciones de diferentes campos en el curso de la historia. Fueron planteamientos constantes, activos y de reformulación en busca de la comprensión de la naturaleza de la conducta; por lo tanto, fueron varias posturas las que participaron en el surgimiento de este tema. Algunos autores consideran que parte del origen de la TCC se debió a la crisis de la teoría clínica psicoanalítica.

Por su parte, los filósofos tanto orientales como occidentales dedicados al estudio de los organismos humanos, se enfocaron en las emociones, afirmando que los problemas psicoemocionales (originados en la cognición) bloqueaban el desarrollo normal del hombre.

Sidhartha Gautama Buda en el año 566 a.c. (citado en Hernández & Sánchez, 2007), decía que los malestares tanto físicos como emocionales debían combatirse dominando las pasiones humanas. El budismo afirma que la realidad se construye a través de nuestros pensamientos por lo que se debía usar la cognición para encontrar los caminos al bienestar, lo cual es similar a lo que se hace en la TCC.

Hernández y Sánchez (2007) detallan que son a los griegos a los que se les atribuye el descubrimiento de la “razón”, ya que a través de los cuestionamientos y planteamientos racionales se puede comprender la realidad.

Por un lado Sócrates destaca el autoconocimiento afirmando que no tenía caso comprender al mundo sino nos entendíamos a nosotros como seres humanos, afirmando que la razón era el mejor medio para acercarnos a la realidad. De hecho, nos otorga el término denominado “Mayéutica” o “Mayéutica Socrática” que significa *el arte de dar a luz*, mediante el cual se llega al conocimiento por medio de la pregunta; actualmente, este método es utilizado por los terapeutas cognitivo-conductuales para ayudar al paciente a llegar a conclusiones racionales y deshacerse de lo ilógico de sus pensamientos; en realidad, esto es lo que se hace en la famosa técnica para combatir a las ideas disfuncionales: la Reestructuración Cognoscitiva.

Platón aportó que teníamos que utilizar la contemplación en las ideas para alcanzar el bienestar. Dividía el alma en tres partes: dos para la pasión y una para la razón; donde el bien se igualaba con la razón o conocimiento y la belleza con el control de las pasiones subrayando que el logro del bien y del dominio de las pasiones se alcanza si se es capaz de manejar la cognición. Por otro lado, con su libro “Lógica” (instrumento del saber), planteó una nueva ciencia como la estructura interna del pensamiento denominada “organon”. El creía que la meta más importante de un hombre es obtener la felicidad, lo cual se podía alcanzar con nuestra mejor herramienta: la razón. Este planteamiento es similar al del cognitivo-conductual, donde se defiende que un buen uso del método lógico nos hace más inteligentes y adaptativos, siendo el pensamiento lo que nos diferencia de los otros organismos.

Enchiridion es el nombre de la obra escrita por Epicteto donde por primera vez se traza que una situación no determina cómo nos sentimos, sino más bien, es lo que interpretamos acerca de ese acontecimiento lo que producirá la emoción; entonces, los puntos de vista que sean incorrectos con respecto a la realidad pueden ser reemplazados por unos más adaptativos.

Marco Aurelio decía que: “Si sientes dolor por cualquier cosa externa, no es el suceso lo que te va a perturbar, sino tu propio juicio acerca de él y, por tanto, está en tu poder cambiar ese juicio” (Hernández & Sánchez, 2007, p. 15 y 16). Actualmente se sigue pensando muy acorde a esto, son muchos los que opinan que de nada nos sirve angustiarnos o deprimirnos por la adversidad de la vida, más bien, lo que si nos sirve es aceptar la realidad y actuar para dar solución a los problemas debido a que no podemos cambiar lo que pasa, pero si nuestra percepción de lo que pasa para que nuestro sufrimiento sea más tolerable.

En el siglo IV a.c., Epicuro propone el término “hedonismo epicúreo” ya que habla del placer dividiéndolo en corporal y espiritual; en ellos se encuentra el recordar, imaginar o

proyectar situaciones placenteras. Fundó la escuela filosófica del Pórtico de Atenas donde se establecía al placer como premisa de un valor supremo.

Los estoicos practicaban la meditación y ejercicios de concentración para controlar sus sentimientos. En la actualidad, desde la perspectiva cognitivo-conductual también se practican diversos ejercicios de relajación para el control de emociones.

Hernández y Sánchez (2007) describen que también podemos encontrar en la literatura antecedentes de esta teoría como en *La Biblia* siendo una lectura de autoayuda, el libro de proverbios de Job también posee contenido para motivarnos a enfrentar los problemas de la vida; de hecho, la gente ha informado que al leer estos libros se ha sentido mejor. En la TCC se practica la psicoeducación proponiendo al paciente que lea para entender su padecimiento y mejorar su estado de ánimo.

Tomas de Aquino en el siglo XIII, igualmente establece que la facultad más grande y superior que poseemos haciéndonos diferentes del animal, es la razón, lo cual constituye en el hombre el libre albedrío.

Más tarde en el siglo XVIII, John Locke, David Hume y Francis Bacon hablaron sobre las percepciones sensoriales y las asociaciones de ideas considerando al nacimiento de la mente como una tabla rasa que con las experiencias vividas venían la generación de ideas. Según ellos, las emociones se derivaban del asociamiento de pensamientos, por lo que para obtener un nuevo aprendizaje había que librarse de los prejuicios.

Kant y Vaihinger entre los siglos XVIII y XIX propusieron que la mente construye la sabiduría. Por un lado, Kant lo hace en su *Crítica de la razón pura*, donde señala que el conocimiento no es derivado de algo innato ni producto de las asociaciones sensoriales; así mismo, es el primero en introducir el término de *Esquema* definiéndolo como “una construcción mental de la experiencia que tiene el ser humano con el mundo real, los objetos y los hechos que están cambiando, y con una lógica de las categorías que la mente impone a la experiencia” (Hernández & Sánchez, 2007, p. 19).

En el siglo XX Heidegger y Tillich de la corriente existencialista, se centraron en el estudio de los sentimientos y consideraban a las ideas irracionales como la causa de las perturbaciones emocionales; ellos creían que nosotros podíamos darnos cuenta de esta clase de pensamientos y reflexionar sobre eso para cambiar y resolver nuestros problemas.

Finalmente, Bertrand Russell habla sobre cómo en la infancia adquirimos ideas disfuncionales sin estar conscientes de ello y en cómo esto afecta en la etapa de la adultez. En su libro “La conquista de la felicidad”, destaca que el ser humano tiene la capacidad de modificar sus creencias para que sean más adaptativas y así poder lograr sus metas.

Así, vemos que tanto los filósofos como pensadores importantes en la historia ya hablaban sobre la razón y el pensamiento como determinantes de nuestras emociones, considerando que como seres humanos tenemos la capacidad de modificar a la cognición para intervenir en nuestro bienestar (Hernández & Sánchez, 2007).

Hernández y Sánchez (2007), en su trabajo, continúan detallando que en lo que respecta a la psicología y su desarrollo histórico, se puede decir que en las diversas teorías que permitieron que se diera lo que ahora es la psicoterapia, formalmente ya hacían planteamientos sobre los fenómenos no observables.

Por ejemplo, el psicoanálisis pone atención a cuestionamientos internos que podemos notar a través de la sintomatología del paciente, por lo que entonces se podría decir que esta teoría toma en cuenta procesos cognitivos.

Así, en 1950 Karen Horney (citado en Hernández & Sánchez, 2007) en su escrito la *"tiranía de los deberías"*, señala que la exigencia cultural y familiar se internaliza como estructuras superyoicas, jugando un papel importante en la neurosis. H.S. Sullivan (1953, citado en Hernández & Sánchez, 2007), conceptualiza la "distorsión paratáxica" exponiéndolo como un modelo de relaciones interpersonales, en éste incluye a la cognición y emoción diciendo que cuando son inadecuados es porque son resultado de las experiencias disfuncionales tempranas con figuras significativas como los padres. Alfred Adler utiliza términos como "opinión", "ideas fijas" y "esquemas aperceptivos" definiéndolos como una serie de creencias inconscientes adquiridas en un contexto familiar en las primeras experiencias de desarrollo.

Es importante mencionar que, aunque el sustento teórico es diferente y actualmente se consideran a los autores anteriores (y al psicoanálisis como tal) opositores del enfoque cognitivo-conductual, en sus teorías se hacía referencia a procesos internos que son cognoscitivos, por lo cual, en opinión de Hernández y Sánchez (2007), esto pudo haber contribuido al desarrollo de este tipo de terapia.

Posteriormente nace el interés por estudiar los fenómenos internos como una necesidad por la deficiente explicación de los problemas psicoemocionales de las teorías o escuelas existentes hasta ese momento, y por los datos surgidos en el contexto experimental que se daba en otras áreas de conocimiento relacionados con la problemática del ser humano.

Hernández y Sánchez (2007), explican que el origen de la cognición se encuentra en la psicología social. Kurt Lewin fue de los primeros en mencionar que la conducta no sólo depende del ambiente, de las situaciones o de los estímulos, sino que también influye la manera en cómo las personas integran su sistema de información sobre el contexto, el acontecimiento, los estímulos y el significado que estos factores tengan para los individuos.

En 1968 bajo la concepción de Heider, se decía que las contradicciones presentadas por las personas disminuyen por la actividad mental y por las fuerzas de motivación que se desencadenan, ya que orientan a la conducta.

La revolución cognitiva surgió a partir del movimiento o paradigma del procesamiento de la información. Este modelo establece que la actividad de los organismos está en función de cómo se procesa la información. Las premisas de este enfoque son las siguientes: a) habitamos en un universo de información (todos los organismos procesan información), b) cuando ingresamos información a nuestro sistema se obtiene un efecto doble y al mismo tiempo c) se actúa para llegar a una resolución. La solución dependerá del modo en que cada quien procese esto.

De este modo en los 60's, en virtud a la teoría de la información, la teoría de la comunicación, la teoría general de sistemas y sobre todo al desarrollo de las computadoras, el estudio de la psicología se encaminó a la cognición concibiendo al ser humano ya no solamente como un receptor de estímulos ambientales, sino como un constructor de información y de su experiencia.

Las características del "procesamiento de información" son que la conducta de las personas se guía por cómo se procesa la información; que se diferencia un "proceso" (definiéndolo como una operación mental) de una "estructura" (rasgo permanente del sistema cognitivo); que los procesos cognitivos son: atención, codificación, almacenamiento y utilización de la información almacenada; y, que las estructuras cognitivas son: receptor sensorial para recibir la información tanto interna como externa, memoria a corto plazo para retener la información por un periodo pequeño de tiempo y memoria a largo plazo para almacenar de manera permanente la información (Caballo, 2008; Caballo, 1991; Hernández & Sánchez, 2007; Rodríguez, Díaz-González & Zarzosa, 2002).

En cuanto a la escuela conductista, sus fundamentos empíricos comienzan en el siglo XX con la teoría del aprendizaje y sus procedimientos del condicionamiento. Así mismo, la postura de continuidad de Darwin facilitó aceptación y creación de los modelos experimentales sobre los animales. Dentro del paradigma conductista destacaron Wundt, Williams James, Watson, Pavlov, Thorndike y Skinner (Hernández & Sánchez, 2007; Rodríguez, et al., 2002).

Pavlov conceptualiza el "condicionamiento clásico o respondiente". Thorndike nos habla sobre aprendizaje de recompensa, lo que funge como antecedente del "condicionamiento instrumental u operante" denominado por Skinner, quien defiende que la conducta se entiende en función de esto; Watson trabaja en la aplicación de los fundamentos pavlovianos a los trastornos psicológicos. Wolpe mezcla el término de neurosis con los



términos pavlovianos y hullianos del aprendizaje y, creó técnicas de terapia como la “desensibilización sistemática” y el “entrenamiento asertivo”.

La terapia conductual se basa en los métodos de la teoría del aprendizaje que fueron llevados a cabo dentro de un laboratorio. Se caracterizaba por un enfoque teórico extremista (conductismo radical, es decir, todo lo modificable tenía que ser medible) basado en el condicionamiento clásico y operante (Hernández & Sánchez, 2007).

Finalmente surge la psicología cognitiva²⁰ como una reacción contra el paradigma del conductismo estímulo-respuesta, planteando la necesidad de que se centre el estudio en las variables mediadoras entre estos. Es decir, se retoma y se da más importancia a los fenómenos mentales, considerándolos un proceso que regula el estímulo y la respuesta.

Este enfoque establece que en la psicología se debe centrar la atención en el estudio del individuo viéndolo como un ser activo, con capacidad para construir su realidad y modificar su conducta; así mismo, es necesario el análisis de los procesos cognitivos, viéndolos como principales mediadores de una emoción (Caballo, 2008; Caballo, 1991; Hernández & Sánchez, 2007).

Caballo (2008) y Gomar, et al. (2010) indican que en la cognición están implicados diversos elementos que influyen directamente en cómo interpretamos los eventos, estos son los siguientes: esquemas, creencias nucleares, creencias intermedias y pensamientos automáticos.

Los *esquemas* son estructuras relativamente permanentes que representan nuestros conocimientos y experiencias; éstas participan en la búsqueda, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información que adquirimos. Cada uno desarrolla sus propios esquemas de acuerdo con las experiencias infantiles y lo que vivimos en nuestro medio, generando ideas sobre nosotros mismos, los demás y el mundo que nos rodea; permanecen latentes y se pueden activar ante un determinado evento a lo largo de los años. Entonces, de acuerdo con el modelo cognitivo, un desorden psicológico se caracterizaría por ser rígido, concreto, generalizable e impermeable, activándose ante ciertas situaciones. Siendo así, el tratamiento para dichos trastornos estaría orientado a la modificación de estas estructuras promoviendo la atribución de representaciones funcionales.

²⁰Es importante mencionar que al hablar de cognición nos referimos a: los procesos centrales que determinan los fenómenos psicológicos. Las habilidades para pensar, razonar y solucionar problemas. Los mecanismos a través de los cuales la información se transforma y se le da un significado, logrando una representación mental. El proceso de recuperación de la información en la memoria, los recuerdos, el olvido selectivo y la atención selectiva. Y, a la aplicación del autocontrol aprendido en terapia.

Los esquemas se dividen en cognición, repuestas fisiológicas, conducta y emociones. A su vez, la parte cognitiva se divide en creencias nucleares, creencias intermedias y pensamientos automáticos (ver figura 3).

Las *creencias nucleares* se refieren a pensamientos provocados por la experiencia (no siempre consciente) que son considerados por la persona como verdades absolutas, estas representaciones de la realidad son estables, profundas y generalmente son definiciones negativas de sí mismos o hacia los otros.

Las *creencias intermedias* pueden ser de tres tipos: 1) actitudes, 2) reglas o expectativas y 3) presunciones o enunciados condicionales como “si...entonces”. Limitan la conducta, los pensamientos y las emociones ante las demandas del entorno y, dependiendo de qué efecto tenga esto, tenderán a autoconfirmarse.

Los *pensamientos automáticos* se presentan de manera inmediata ante un evento, se generan de manera rápida, específica, situacional y breve, incluso son imperceptibles para las personas.

En la Figura 3 se muestra un ejemplo de lo antes descrito con respecto a una conducta agresiva y una emoción de enojo.

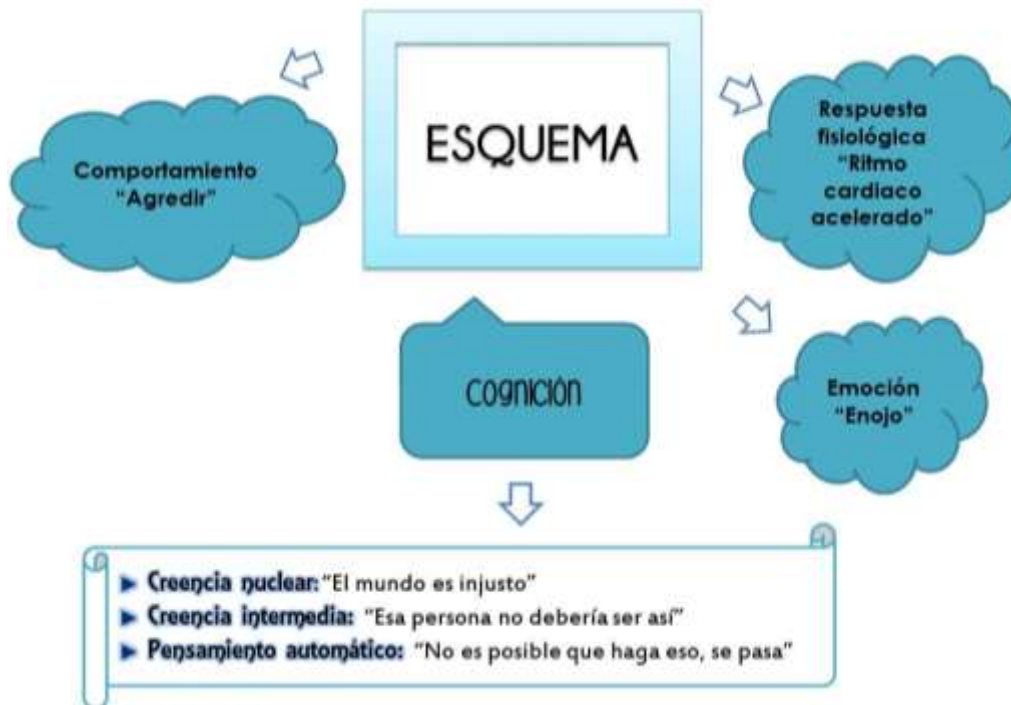


Figura 3. Descripción de “esquema”.

Fuente: Gomar, M. Mandil, J. & Bunge, E. Compiladores (2010). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes* (p. 25). Argentina: Polemos.

Con el esquema anterior se puede observar algo de la teoría que defiende la postura cognitiva, así mismo, de acuerdo con Hernández y Sánchez (2007) un principio fundamental de las terapias cognitivas tradicionales es, que tanto la cognición, como la emoción y el comportamiento no constituyen entidades separadas, sino más bien, están estrechamente relacionadas influyendo de manera interdependiente. Un pensamiento influye significativamente tanto en la emoción como en la acción que está provocando; así mismo, una emoción en el pensamiento y en la conducta; finalmente la acción también interviene en la cognición y en la emoción; cuando una persona cambia alguna de estas tres estancias, tienden a cambiar las otras al mismo tiempo. Justamente, esta premisa es la que defiende el enfoque cognoscitivo-conductual.

Así, los psicólogos terapeutas ayudan al paciente a mejorar sus perturbaciones tanto emocionales como conductuales al enseñarles diversas técnicas cognitivas, emotivas y conductuales. Goldfried y Davison, Bandura y Lazarus (Hernández & Sánchez, 2007) son de los principales terapeutas que han defendido firmemente un sistema entrelazado cognitivo-afectivo-conductual en la psicoterapia. Shactr y Singer (1962, citados en Hernández & Sánchez, 2007) han hecho investigaciones para demostrar que cuando alguien experimenta distintos cambios de conducta, también tiene cambios significativos en sus pensamientos y emociones.

Por lo tanto, el estado de ánimo depende de lo que pensamos o de lo que nos decimos a nosotros mismos. Cuando una persona se dice a si misma conceptos optimistas, esperanzadores y positivos, tiende a ser y a sentirse alegre, jubiloso y sereno; cuando por el contrario opta por tener ideas pesimistas, desesperadas, con una percepción de un futuro devastador, suele sentirse triste, malhumorada y desgraciada. Entonces, en la TCC lo que se considera hacer es ayudar al paciente a generar ideas optimistas y a evitar sus puntos de vista pesimistas tanto del presente como del futuro. El conocimiento se encuentra como una representación intermedia entre el estímulo y la respuesta.

Así, con todas estas teorías se fue formando poco a poco la TCC. En realidad, como pioneros, precursores y/o principales investigadores del enfoque se les considera a Albert Bandura, Richard Lazarus, Luria, Donald Meichenbaum, Neisser, Albert Ellis, Aarón Beck y Jeffrey Young (Hernández & Sánchez, 2007; Rodríguez, et al., 2002).

Albert Bandura contribuyó al enfoque de la terapia cognoscitivo-conductual debido a que, a través de su concepto de aprendizaje social, introduce nuevos patrones de conducta (aprendizaje vicario o por observación) y da un giro a la terapia de la conducta con la introducción del esquema cognoscitivo en el comportamiento (Hernández & Sánchez, 2007). Describe el enfoque a través de cuatro procesos: atención, representación, reproducción y



motivación; en los dos primeros se da el aprendizaje y en los dos últimos hay una ejecución. Así, a diferencia de Skinner, que defiende la idea de que mientras te comportas aprendes, Bandura separa esto y dice que no necesariamente tienes que realizar una acción para aprender.

En el plano de las emociones, la contribución a la terapia cognoscitivo-conductual la hizo Richard Lazarus (1966, citado en Hernández & Sánchez, 2007), quien propone que el cambio en la cognición es provocado por la emoción, dando como resultado un cambio en la conducta.

Las teorías de Ellis y Beck han sido una de las más destacadas y significativas en este contexto. Cabe aclarar que tanto Beck como Ellis eran psicoanalistas antes de proponer sus teorías cognitivas, ya que precisamente, fueron varios los autores que vivieron la crisis de buscar un nuevo marco teórico capaz de proponer técnicas de intervención más eficaces para el paciente, con mayores beneficios en un tiempo más corto (Hernández & Sánchez, 2007; Rodríguez, et al., 2002). Por un lado, Ellis con su Terapia Racional Emotiva (TRE, ahora TREC), fue uno de los fundadores de los principios de la terapia cognoscitiva y favoreció el desarrollo de lo que conocemos como “Terapia cognoscitivo-conductual” (Caballo, 2008; Caballo, 1991; Ellis & Abrahms, 2005; Hernández & Sánchez, 2007; Rodríguez, et al., 2002); este enfoque se explicará con mayor detalle más adelante. Por otro lado, están las investigaciones de Beck, padre de la psicología Cognitiva, lo cual se describirá a continuación.

Beck es considerado la base de la terapia cognoscitiva, la cual surge en los años setenta como una forma de psicoterapia con bases empíricas y de investigación, contribuyendo de manera significativa al tratamiento de la depresión, destacando en el desarrollo de conceptos para el tratamiento de pacientes suicidas y la desesperanza. La idea central de este enfoque es que los individuos con desórdenes mentales tienen pautas de pensamiento desadaptativos, que el propio paciente, con práctica puede entenderlos y cambiarlos por otros positivos. Esta teoría defiende que las emociones negativas son consecuencia de los *pensamientos automáticos negativos* (explicados previamente), o valoraciones poco realistas de los acontecimientos, que provienen de errores cognoscitivos tales como la generalización excesiva, la abstracción selectiva y el pensamiento dicotómico absolutista.

De esta manera, uno de sus principales objetivos es la identificación de los pensamientos automáticos distorsionados, que se presentan de forma inmediata mientras la persona está en una situación particular o recuerda un hecho significativo. Están basados en las ideas irracionales, también conocidas como errores cognitivos o distorsiones cognitivas.

Algunos de los más comunes son: pensamiento todo o nada, personalización, ignorar evidencias y la sobregeneralización; por ejemplo, en trastornos de ansiedad y depresión se producen “círculos viciosos” de cogniciones, emociones y conductas disfuncionales. En terapia cognitiva se les enseña a los pacientes a detectarlos y aprender habilidades cognitivas para desarrollar un pensamiento más racional y adaptativo.

Aunque la terapia cognoscitiva se ha ligado principalmente al tratamiento de la depresión, Beck trabajó con la hipótesis de que este enfoque de tratamiento podría utilizarse con problemas como la ansiedad, ira y problemas interpersonales; el desarrollo del trabajo teórico y clínico ha confirmado esta conceptualización. Así, la terapia cognoscitiva va más allá de ser sólo un tratamiento para la depresión y ha extendido sus fronteras teóricas y terapéuticas en diversas direcciones, p.e. terapia de pareja e intervención en patologías como los trastornos de la personalidad (Beck, et al. 2005; Caballo, 2008; Caballo, 1991; Gomar et al. 2010; Hernández & Sánchez, 2007; Rodríguez, et al., 2002).

La terapia racional emotiva-conductual (TREC) sostiene que los individuos adoptan esquemas o formas de razonamiento y poseen control sobre pensamientos, acciones y comportamientos en este proceso de interacción, donde se busca conocer el contenido específico de las cogniciones y creencias del paciente. Este modelo enseña a los pacientes a identificar e informar sobre sus pensamientos disfuncionales: cómo ocurre, cuándo se presentan y el impacto que tienen en sus sentimientos (Caballo, 2008; Caballo, 1991; Ellis & Abrahms, 2005; Hernández & Sánchez, 2007).

Según Hernández y Sánchez (2007) la “Terapia Racional Emotiva Conductual” teoría formulada por Albert Ellis en 1956, inició con el nombre de “Terapia Racional”, posteriormente se le agregó el adjetivo “emotiva” y por último en 1994, la parte de “conductual”. En 1984, se funda el Instituto de Terapia Racional Emotiva de México (ITREM), siendo la primera institución particular del país donde se implementa esta teoría.

Este autor plantea que la mayor parte de las acciones de las personas están implícitas en el aprendizaje. Debido a esto, que es innato y adquirido, los seres humanos tienden (no siempre) a controlar lo que les sucede, es decir, podemos elegir de acuerdo con nuestras creencias, la forma en que interpretamos un acontecimiento y las acciones que tomaremos, sobre todo con lo que respecta a las emociones. Ellis explica esto a través de su esquema A-B-C de la Terapia TREC, donde “A” representa al acontecimiento que puede ser tanto externo como interno (una imagen, un pensamiento, alguna fantasía, una acción, sensación y/o emoción); con “B” se refiere al sistema de creencias, incluye todo lo cognitivo y “C” es la consecuencia que se tiene de la situación A, puede ser emotiva, cognitiva o conductual.

De acuerdo con esta teoría las Experiencias Activadoras (A) no son responsables de las Consecuencias Emocionales ni conductuales(C), sino que la misma persona se responsabiliza de sus propias consecuencias (C), a través del pensamiento (B).

Ellis señala que cuando alguien tiene emociones disfuncionales es porque su sistema de ideas es irracional²¹ y tiene alguna de estas cuatro creencias básicas: 1. alguien o algo es necesario o debería ser diferente de cómo es en realidad, 2. cuando es de esa manera lo considera como algo terrible; 3. piensa que no debería sufrir y que no puede soportar a esa persona o cosa concluyendo que no debería haber sido así; 4. reflexiona que él u otras personas han cometido errores graves o los siguen cometiendo, y como no actúan como debería ser, no valen nada y merecen reprobación.

De este modo, Ellis defiende la premisa del poder que ejercen nuestros pensamientos en nuestro sentir, trabajando así con la emoción y la conducta que surge de esto (Caballo, 1991; Ellis & Abrahms, 2005; Hernández & Sánchez, 2007).

Así mismo, Matulsby en 1975 (citado en Hernández & Sánchez, 2007) indica cinco criterios para identificar los pensamientos irracionales dentro del proceso terapéutico:

1. Tienen evidencias indemostrables siendo subjetivos.
2. Dañan y lastiman, perjudicando nuestra salud.
3. Son pensamientos autosaboteadores, que impiden actuar inteligentemente.
4. Aunque preferiríamos evitarlas, crean emociones innecesariamente intensas, prolongadas y desgastantes.

Con esto vemos que son diversos los autores que hablan sobre “irracionalidad”, que no es más que una serie de pensamientos que no son funcionales para la persona, esto es, que le producen malestar emocional y, como la mayoría de estos pensamientos son aprendidos, con estos enfoques se trabaja en re-aprender a “pensar” de una manera más adaptativa.

En suma, la terapia cognitiva no sólo trabaja con intervenciones del pensamiento, también contiene gran cantidad de técnicas conductuales, como programas de actividades y

²¹Ellis define la irracionalidad como cualquier pensamiento, sentimiento o comportamiento que tiene consecuencias tanto emocionales como conductuales disfuncionales, contraproducentes y autodestructivas, interfiriendo en la supervivencia y la felicidad de la persona. La irracionalidad tiene varios aspectos: a.- el individuo realmente cree que es verdadera y que se ajusta a los principios de su realidad; b.- se obsesiona con ella y no quiere aceptarse a sí mismo; c.- interfiere en el establecimiento de relaciones interpersonales; d.- impide la realización de un trabajo productivo y beneficioso; e.- obstruye el logro de metas.

tareas asignadas. Esto es debido a que para cambiar una patología conductual es necesario modificar el funcionamiento cognitivo. Esta relación entre pensamiento y comportamiento se le conoce como “calle de doble sentido” ya que, si una conducta mejora, por lo general tiene efectos saludables en la cognición y también, cuando se transforma un pensamiento, conlleva ganancias conductuales. Es por esto que los terapeutas seguidores de este modelo combinan técnicas cognitivas y conductuales en la práctica clínica; y es que lo cognitivo de la terapia cognitiva no son ni las técnicas ni los objetivos, sino la teoría (Wesler, 1993).

En general, Hernández y Sánchez (2007) describen que los principios de la terapia cognitivo-conductual se aplican en la práctica psicoterapéutica así:

- ⊗ Los problemas de los pacientes se formulan en términos de pensamiento ya que es una terapia basada en una ciencia cognitiva como marco teórico, donde se tienen como premisas que la cognición afecta nuestros comportamientos y, que se puede estudiar y modificar.
- ⊗ Es necesario establecer y mantener la alianza terapéutica.
- ⊗ Es activa, directiva, colaborativa y participativa.
- ⊗ La terapia se enfoca y orienta al logro de las metas.
- ⊗ Se trabaja y se resalta el aquí y ahora.
- ⊗ El procedimiento es educativo ya que se le enseña al paciente a ser analítico en el conocimiento de sus propias pautas de pensamiento y comportamiento; al relacionarlos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta; a reconocer pensamientos o creencias no objetivas; cómo sustituir las creencias irracionales por pensamientos más adaptativos, logrando el propio bienestar; y a realizar un cambio gradual de las ideas básicas que facilitan el desarrollo de trastornos disfuncionales.
- ⊗ El tiempo que se le destina es limitado y las sesiones de terapia son estructuradas.
- ⊗ Al paciente se le enseña a identificar cómo van respondiendo y evolucionando sus pensamientos desadaptativos.
- ⊗ Para obtener cambios en los pensamientos disfuncionales, sentimientos y las conductas no adaptativas, se utilizan una gran variedad de técnicas tanto cognitivas, emotivas y conductuales.

Dumont y Corsini (2003) señalan, a modo de sugerencia, el entrenamiento que debería poseer una persona que decida convertirse en terapeuta cognitivo-conductual. Proponen algunos elementos importantes durante la formación del terapeuta, estos son: tener una base de estudios sólida en la teoría psicológica e investigación y contar con

experiencia personal con investigación clínica, esto con el fin de proveerse de habilidades de pensamiento riguroso y crítico; otro punto es saber consultar literatura científica como fuente de respuestas para preguntas y no solo confiar en la propia experiencia y la supervisión clínica, no obstante, también es importante estar supervisado de forma estrecha en la formulación de casos, monitoreo del progreso y evaluación de los resultados; otra consideración es que la persona interesada en brindar terapia, debe ser analítico y observador exponiéndose a gran cantidad de vivencias diversas, esto para enriquecer su punto de vista y no limitarse solo a basarse en su propia experiencia; otro punto es practicar el autoconocimiento haciendo conciencia sobre cómo se enfrentan los problemas personales, cómo son las reacciones emocionales y la opinión que se tiene sobre los otros y sus problemas.

En el siguiente capítulo se describen algunas técnicas para ser aplicadas durante la terapia, no obstante, lo mencionado por Dumont y Corsini (2003) es una observación de tomarse en cuenta para la preparación de aquel que desee poner en práctica la terapia basándose en el enfoque Cognoscitivo-Conductual.

Posteriormente se profundizará más en los lineamientos y especificidades de la terapia basada en este enfoque. Por el momento para cerrar con este apartado, es necesario mencionar que en México fueron fundados diversos institutos para brindar atención y capacitación con respecto a la TCC, por ejemplo, el Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo-Conductual, abriendo sus puertas para proporcionar apoyo psicoterapéutico y formación a profesionales (diplomados) en el año 2000; también está la Asociación Mexicana de Terapia Cognitivo-Conductual, que se ha interesado en ser la representante del país con lo que respecta en el tema, sin obtener aún mucho éxito (Hernández & Sánchez, 2007), no obstante, ya son diferentes las instituciones que implementan en sus procedimientos este enfoque y existen más, por no mencionar todos, centros de terapia cognitivo-conductual.

Con esto, se puede concluir que los fundamentos establecidos por los filósofos clásicos y diversos autores dan los principios para la psicoterapia cognoscitiva conductual; incluso existen algunas similitudes entre la práctica de la psicoterapia en la antigüedad y la actual. La mayoría comparte el supuesto de que la cognición, es decir, las creencias, opiniones, ideas y pensamientos del ser humano, al ser irracionales o disfuncionales, son los principales causantes de los disturbios emocionales; por supuesto, que como seres racionales tenemos la capacidad de identificar esto y cambiarlos por pensamientos más adaptativos con el fin de obtener un mayor beneficio emocional. Así mismo, vemos a través de esta reseña histórica de la psicología, que son diversos los autores que hacen referencia



directa o indirecta a procesos cognitivos; incluso Skinner no negó la existencia de los mismos planteando que hay más cosas debajo de la piel del individuo. Así mismo, trazan la relación entre la cognición, la emoción y la conducta.

De esta manera, los diferentes aportes tanto cognoscitivos como conductuales, han permitido que la aproximación llamada cognoscitivo-conductual se fortalezca como estrategia de intervención psicoterapéutica (Dumont y Corsini, 2003; Hernández & Sánchez, 2007), la cual ha sido elegida como fundamento de esta tesis en la elaboración de la descripción de una serie de técnicas que son propias del enfoque, con el fin de brindar al terapeuta una guía de intervención para el TLP.

Antes de empezar con la descripción de las técnicas, se trabajará en la sistematización de los síntomas a tratar con la finalidad de proporcionar un panorama estructurado del trastorno, y así poder dar una propuesta de un modelo que explique lo que es el TLP de acuerdo con la teoría cognitivo-conductual.

2.6 *Sistematización de los síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad.*

Cuando un profesional está realizando una valoración diagnóstica, lo primero que tiene que hacer es ir evaluando los síntomas clínicos que pueda estar presentando el usuario, ¿por qué es necesario esto? porque así tendrá una línea sobre la cual trabajar, verificando cuál es la patología y cuál su mejor tratamiento.

A lo largo de los años, se han desarrollado múltiples terapias para combatir enfermedades mentales, algunas son específicas para cierto problema y otras son más universales e integrales; no obstante, se han arrojado técnicas que pueden ser utilizadas para síntomas particulares, por ejemplo, la desensibilización sistemática para fobias.

Esto es mencionado porque es importante analizar si cada una de las estrategias de intervención existentes de la TCC puede ser aplicable a los síntomas del TLP. Si bien, más adelante se hablará en concreto sobre las técnicas y su eficacia, por ahora se recalca que estas sí han funcionado con síntomas en general y que, si el trastorno es desglosado en esto, es decir, en síntomas cognitivos, conductuales y afectivos, muy probablemente pueda ser tratado con mayor éxito a través del conjunto de tácticas de este modo de terapia, que han proporcionado un buen efecto para tratar síntomas que son presentados en el TLP. Es por esto que a continuación, se realizará la clasificación de la sintomatología de dicho trastorno de acuerdo con el enfoque cognitivo-conductual.

En este contexto, Caballo (2004) afirma que a la hora de especificar los síntomas del TLP surgen problemas, ya que es amplio el cuadro sintomatológico que estos pacientes presentan; por un lado, se encuentran la gran cantidad de pensamientos irracionales que tienen, la falta de control emocional y comportamental como conductas autolesivas y de abuso de drogas, así mismo, están las experiencias disociativas, generalmente causadas por vivencias postraumáticas.

Son diversos los autores que afirman que lo más característico en estos pacientes es el poco control emocional, por lo que se ha llegado a considerar como un trastorno específico del control de los impulsos; es por esto que se ha relacionado con problemas de impulsividad como los trastornos de la alimentación, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y de la personalidad antisocial.

Debido a la complejidad en la descripción del trastorno, resulta factible desglosarlo y clasificarlo por área, encontrando un conjunto de patrones disfuncionales en el pensamiento, en la emoción y en la conducta.

Síntomas Cognoscitivos

Caballo (2004) indica que la mayoría de los síntomas en el TLP son de carácter cognitivo, muchas veces alterados por experiencias traumáticas de la infancia. Si analizamos el pensamiento de un límite, se puede entender el torbellino emocional que resulta de este mundo interno: en situaciones estresantes, sufren de estados paranoides como predecir que serán abandonados por sus seres significantes o sentirse criticados por su conducta. Debido a su identidad poco estable sienten una gran ansiedad, miedo y depresión, por lo que se comportan hostilmente. Cuando tienen estados de introspección llegan a la conclusión de que “son personas malas” y que “no merecen ser amadas”, provocando estados de abatimiento y apatía; estas autocríticas y autoreproches constantes se apoderan de ellos, haciendo que en verdad se sientan despreciables y merecedores del abandono de sus allegados, convirtiéndose esto en un círculo vicioso del que ellos piensan, no pueden controlar.

De acuerdo con Caballo (2004) y Millon (2006), el estilo de pensamiento que poseen las personas con TLP es rígido, inflexible, inestable e impulsivo, siendo muy negativistas; también es común encontrar en estos pacientes un tipo de pensamiento dicotómico, esto es, el supuesto de “todo o nada” cayendo en un extremo o en otro, pues en una gama de colores, no pueden percibir tonos grises, solo existe o el blanco o el negro. Esto hace que su

toma de decisiones sea exagerada y que la percepción de sus seres importantes sea idealizada cambiando rápidamente de opinión para devaluarlos.

También tienen poca paciencia y por lo mismo baja tolerancia a la frustración. Aunado a esto junto con experiencias previas dolorosas, algunos llegan a presentar evitación cognitiva de sentimientos y pensamientos, al apartarse imaginando que así no entrarán en contacto con otros o con sus propios sentimientos y opiniones, pensando que “no tiene sentido experimentar emociones y conectar con los demás”, o que “perderé el control si me dejo llevar por la emoción” y “mis sentimientos son erróneos o malos”, como un modo de protección. Además, culpan a los demás cuando las cosas no van bien, ya que tienen un locus de control externo.

Es probable que su capacidad para procesar información sea menor debido a sus problemas para centrar la atención y a la pérdida consecuente de datos relevantes. También tienden a aburrirse fácilmente y tienen dificultad para aprender de experiencias pasadas.

Poseen una autoestima disminuida, teniendo un sentido de identidad débil, son indecisos, con actitudes ambivalentes hacia los demás y hacia sí mismos, por lo mismo tienen una falta de metas para estabilizar sus actitudes o emociones y su autoimagen es inestable y extrema. Se llegan a decir cosas como: “soy importante y vulnerable”, “soy intrínsecamente inaceptable” y “a nadie le importo”.

Junto con esto vienen las ideas paranoides o disociativas que son pasajeras, generalmente por estrés. Es por esto que son hipervigilantes, tienen desconfianza interpersonal excesiva e ideas tales como “el mundo es peligroso y malo”, “no te puedes fiar de nadie”, “tengo que luchar, tomar lo que necesito y sobrevivir”, “no puedo confiar en los demás”, “la gente tiene mala idea”, “se me está privando de mis derechos básicos”, etc.

Con esto, suelen tener creencias que anticipan que van a ser abandonados diciéndose “me abandonarán”. Sentimientos aterradores acerca de la soledad como “no soportaría estar solo”, tienen supuestos dependientes como “soy débil e incapaz mientras que los demás son fuertes y capaces” y un temor excesivo a que les desprecien.

Por último, tienen ideas autosaboteadores y suicidas debidas a una fuerte desesperanza, provocando que tengan actitudes autopunitivas como “no merezco la terapia, debo destruir todo lo positivo para castigarme”. En casos graves, tienen episodios micropsicóticos bajo situaciones de estrés, algunas de sus ideas disociativas son “me siento vacío” y “no sé quién soy” (Caballo, 2004 y Millon, 2006).

De este modo, presentan una gran cantidad de pensamientos automáticos disfuncionales, producto de sus esquemas básicos. En la siguiente Tabla se muestran algunos ejemplos de estas distorsiones cognitivas junto con sus esquemas:

Tabla 6:

Grupo de pensamientos clasificados en esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TLP.

Pensamientos automáticos	Distorsión cognitiva	Esquema
“soy malo, merezco ser castigado”	Condena	Culpabilidad
“si me conocieran realmente no estarían conmigo”	Adivinación del pensamiento	Infravaloración
“él es tan bueno que tengo mucha suerte (o al revés, él es tan malo, que no puedo soportarlo)”	Pensamiento dicotómico	Inestabilidad emocional
“finalmente me abandonarán”	Adivinación del futuro	Infravaloración
“tengo que protegerme de la gente porque me harán daño”	Adivinación del pensamiento	Vulnerabilidad al dolor
“Siempre estaré solo”	Pensamiento dicotómico Adivinación del futuro	Infravaloración
“Mi dolor (emocional) es tan fuerte que no puedo soportarlo”	Catastrofismo	Autocontrol insuficiente
“mi sentir me abruma”	Razonamiento emocional	Autocontrol insuficiente
“cuando me siento abrumado tengo que escapar (huida o suicidio)”.	Razonamiento emocional Baja tolerancia a la frustración	Autocontrol insuficiente
“no soy capaz de controlarme”	Falacia del control	Infravaloración Autocontrol insuficiente

Nota Fuente: Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento* (p. 147). España: Síntesis.

En la Tabla 6 se hace una clasificación de los estilos de pensamiento producidos por los pacientes con TLP. Se presentan los pensamientos automáticos comunes y se hace la referencia a qué tipo de distorsión cognitiva es y cuál es el esquema que le corresponde.

Así, se muestran los aspectos cognitivos que son característicos de las personas con TLP. Como se puede observar, es diversa la gama de pensamientos autodestructivos y como ya se mencionó anteriormente, esto confirma la gran emotividad que sufren estos pacientes.

Síntomas fisiológicos

La intensidad de los síntomas fisiológicos dependerá de la gravedad del trastorno. De acuerdo con Caballo (2000), en esta gama de síntomas se incluyen los cambios frecuentes de emociones, desde ir de la depresión, es decir, baja energía y mucho cansancio, hasta ir a la alteración total y euforia, esto es, agitación y excitación física.

Es por esto que se asocia con síntomas de hiperactividad, con ser muy distraídos o tener déficit de atención, estar tensos muscularmente e irse al otro extremo al sentirse agotados, delicados y con poca energía. Es posible que algunas personas con TLP tengan trastornos neurológicos.

Es común que se quejen de malestares psicósomáticos, sobre todo ante el estrés; alguna de estas enfermedades son el dolor de espalda, en el pecho, en las articulaciones, en las extremidades, gastritis, colitis, problemas para respirar, mareos, vértigo, taquicardia y náuseas. Se ha visto una gran inestabilidad en los procesos de vigilia-sueño, esto asociado también a rumiación²² en el pensamiento y a problemas de ansiedad.

De los síntomas fisiológicos más frecuentes están la desregulación de las emociones y las discapacidades físicas por autolesiones o intentos de suicidio (Caballo, 2004 y Caballo, 2000).

Síntomas emocionales

Con respecto al mundo afectivo de los individuos con TLP, muestran sentimientos de enojo e ira que pocas veces controlan y que muchas veces es provocado por pensamientos de injusticia, por ejemplo, decirse que “no debería ser tratado así” o que en general, esa situación “no debería ser así”, aunado a esto está la hostilidad; también sienten culpa y vergüenza, habitualmente por lo que hicieron impulsivamente en donde perjudicaron a otros,

²² Por rumiación del pensamiento se entiende repetir una y otra vez pensamientos que pueden llegar a ser dañinos, en donde se tiene una lucha interna constante por seguir pensando en ello y por dejar de hacerlo.

conduciendo a que se autoreprochen y menosprecien; una de las emociones más comunes que sienten es la tristeza llevándolos a la depresión, eso puede ser ya sea por sus sentimientos de desesperanza (por ejemplo, creer que no vale la pena vivir, que no tiene sentido hacer lo que hacen, etc.), de poca valía personal, de ineficacia personal por no lograr metas o lo que desean, por su percepción de un mundo hostil y/o por las sensaciones de abandono que experimentan.

Frecuentemente sienten miedo, sobre todo por ser abandonados, pero es común que tengan otros temores relacionados a sus experiencias personales, lo que hace que se muestren como “preocupones”; esto se acompaña de sentimientos de ansiedad y pánico; también viven episodios de disforia intensa, es decir, cambios repentinos de ánimo; suelen verse y sentirse irritables, ya sea por su enojo o depresión; es común que sientan aburrimiento y vacío interior inducido por sus problemas de identidad, tales como no saber quiénes son; tienen transiciones de sentimientos extremas como pasar del amor al odio y tener afecto que es negativo, fuerte e inestable hacia sus seres cercanos, por ejemplo, alguien a quien estiman también lo pueden detestar por tratarlos mal o no tratarlos como ellos quisieran; también sienten odio e ira a sí mismos por considerarse malas personas y; frecuentemente intentan inhibir sus emociones negativas (con conductas autodestructivas), incitando a que las vivan más intensamente.

No obstante, es importante indicar que resulta difícil predecir qué emoción sentirán estos pacientes, en qué situación y cuánto durará un determinado estado de ánimo, ya que, aunque pudieran ser frecuentes los síntomas, también es común que salgan con alguna sorpresa (Millon, 2006 y Caballo, 2004).

Síntomas conductuales

En cuanto a las características de comportamiento, las más distintivas son aquellas vinculadas con las relaciones interpersonales. Debido a su apasionante forma de amar, constantemente están en búsqueda de alguna demostración afectiva, son muy manipuladores con sus allegados y se encuentran al pendiente de cualquier situación, por mínima que sea, que les corrobore que los van a abandonar; esto es lo que desencadena en el paciente conductas autodestructivas, ataques de ira e impulsividad, haciendo que sus seres queridos se alejen, por lo que se alimenta su sensación de vacío (Caballo, 2004). Generalmente, es a través de conductas que conocemos a la gente y es por medio de esto que nos formamos una idea de su personalidad, entonces, ¿cómo se puede identificar a un paciente con trastorno límite de la personalidad?, esta pregunta hace referencia a qué

características debemos observar en el **comportamiento** para identificar a alguien con personalidad limítrofe.

Es muy común que una persona con TLP se comporte autodestructivamente, ya sea saboteándose, mutilándose y/o no cuidando su salud ni física ni mental. Se muestran impulsivos cuando están enojados, expresando su ira de manera incontrolada (golpeando o aventando cosas); otras conductas no controladas son tener relaciones sexuales de riesgo, provocar conflictos con frecuencia, quejarse en momentos inoportunos, gastar en exceso, comer incontroladamente y/o consumir drogas. Son controladores recurriendo al chantaje y a las amenazas, frecuentemente de suicidio, para lograr lo que quieren. A veces se aíslan evitando a la gente y a las actividades sociales, siendo distantes y muchas veces recurriendo al silencio, incluso puede que se les vea paseando solitariamente para “reflexionar”; debido a la depresión que llegan a sentir pueden dormir en demasía y recurrir al llanto²³ (Angulo, 2006; Caballo, 2004; Contreras de la Parra, 2011; Linehan, 2003; Caballo, 2004; Monroy, 2008).

Muestran inconsistencia e irregularidad en su forma de ser, pues son impredecibles, puede que tengan cambios de apariencia repentinos extremos y sus niveles de energía son inusuales. Se dice que sus relaciones interpersonales son paradójicas, desean ser queridos, pero se comportan de forma manipulativa y hostil, lo que provoca rechazo. Sin embargo, personas que llegan a convivir con ellos pueden expresar que son “normales, funcionales y adaptables”, solo que esto es porque tienen adaptación social de manera superficial. Por último, es muy común que sean dependientes de los demás, generalmente de su pareja, pero si no la tienen, depositan en algo más su necesidad de afecto y apego, ya sea en alguna mascota o algún otro ser querido (Caballo, 2004 y Millon, 2006).

Relaciones interpersonales

Al rubro de la conducta pertenecen las relaciones sociales, en donde los individuos con trastorno límite pueden portarse por un lado de forma hostil y por otro de manera muy amable. Aunque muchos suelen tener habilidades sociales, generalmente tienen problemas en su interacción con los demás, sobre todo cuando se presenta el enojo. Además, no suelen ser muy sociales, generando pocos vínculos afectivos. Caballo (2004) hace una relación entre la percepción de los individuos con TLP con respecto a la visión que tienen de sí mismos y de los demás y, qué estrategia optan en función de esto:

²³ Se ha visto que algunas personas con TLP “lloran en silencio”, esto quiere decir que tratan de evitar que los demás se den cuenta de que están llorando, por lo que solo dejan salir sus lágrimas sin hacer mayor expresión facial ni ruido y, en efecto, puede que los de su alrededor no se den cuenta de que están llorando.

Visión de sí mismos

- ψ Inestable, desvalido, dependiente, vacío.
- ψ Autoestima dependiente de la emoción que sientan.

Visión de los demás

- ψ Fuertes, protectores, sospechosos o todo lo contrario.
- ψ Crueles, perseguidores o todo lo contrario.

Estrategia principal

- ψ Adopta el papel opuesto, manipula, discute, se autolesiona.
- ψ Ataques de ira e impulsos.

Con esto, vemos cómo los pensamientos que generamos influyen de manera directa en nuestro comportamiento y como esto afecta en la relación que se tiene con los demás. En resumen, en la Tabla 7 se muestran algunos síntomas recopilados de acuerdo con la cognición, la emoción, el comportamiento y las reacciones fisiológicas:

Tabla 7:

Clasificación de síntomas del TLP.

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

Con la Tabla 7 se termina este tema, no sin antes aclarar que justo como se puede observar con estos ejemplos, los síntomas están interconectados, esto es, uno tiene que ver con el otro y pueden a su vez provocar diversos síntomas (de todos los rubros) al mismo tiempo.

Cabe aclarar, que no todos los que tienen TLP presentan todos los síntomas ni los experimentan en la misma intensidad, esto dependerá de su historia personal y de sus estrategias de afrontamiento.

Con esto, podemos ver al trastorno como un conjunto de síntomas, lo cual facilita su entendimiento y su tratamiento. El hecho de que la sintomatología se separe o se sistematice es funcional para este enfoque y terapia debido a que con base en qué síntoma o característica predomine más, se programará la intervención. Claro está que el programa es integral y es recomendable abordar todos los síntomas, solo que para cada paciente será diferente la terapia; por ejemplo, si una persona llega a la terapia por problemas más emocionales, la mayoría de las sesiones, o por lo menos las primeras, se deben centrar en mejorar el estado de ánimo, o si llega quejándose de sintomatología fisiológica o de impulsividad, se recomienda primero implementar técnicas para controlar esto (Caballo, 2000).

Ahora, tomando en cuenta la información arrojada hasta este momento, en el siguiente apartado se explica el TLP en función del enfoque cognitivo-conductual para después hablar sobre la eficacia de sus técnicas de intervención.

3.1 Un modelo Cognoscitivo – Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad.

De acuerdo con lo visto en la sección anterior, a continuación, se propone un modelo esquematizado del TLP, basado en el modelo cognitivo conductual y en la sintomatología ya anteriormente referida.

De manera breve, esta representación (ver figura 4) nos dice que una persona con TLP tiene como esquema base el miedo al abandono, por lo que ante una situación estresante (puede ser alguna discusión con su pareja o algún ser querido o indicadores de poca afectividad de sus seres significantes) el individuo manifiesta pensamientos automáticos distorsionados, como ideación paranoide acerca del posible abandono que sufrirá, también pueden ser pensamientos autodestructivos o de culpabilidad; junto con esto, presenta síntomas como tensión muscular y sobreactivación fisiológica. Esto conlleva a que

el paciente experimente emociones de vacío, tristeza, enojo y frustración, por lo que su forma de actuar ante esto será de forma impulsiva, es decir, con arranques de ira, amenazas de suicidio, autolesiones y/o conductas de riesgo. Esta forma de actuar provocará que su ser o seres queridos se alejen, lo cual confirmará sus pensamientos disfuncionales, reforzándolos y favoreciendo su permanencia.

Muy posiblemente, estos patrones generen un círculo vicioso, provocando en la persona que las conductas ya antes mencionadas se sigan llevando a cabo; sobre todo, si resulta favorable para el paciente, es decir, si le funciona comportarse así al conseguir retener al ser querido o al lograr darse cuenta que su forma de ver el mundo es la verdadera.

MODELO COGNOSCITIVO – CONDUCTUAL DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

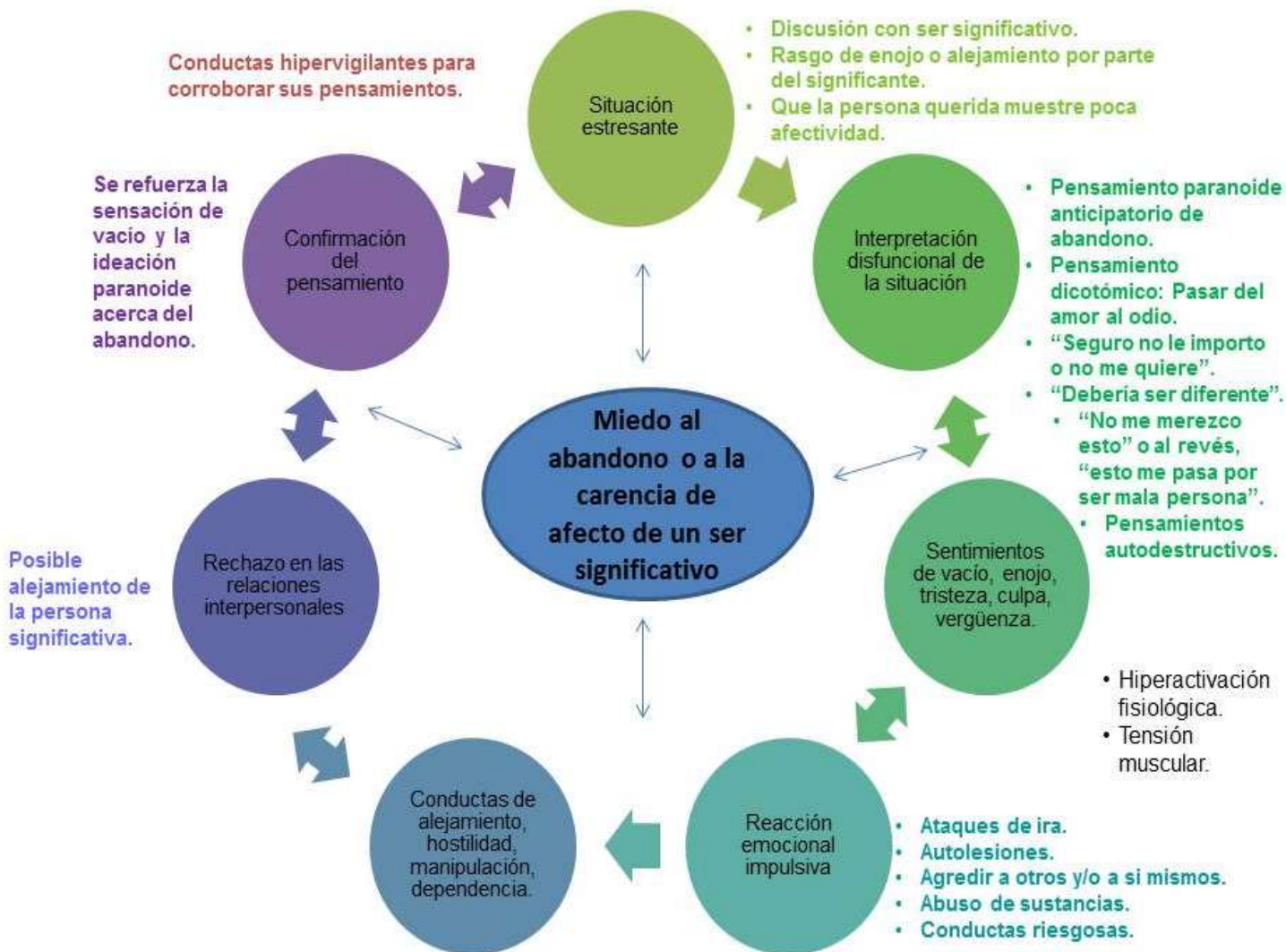


Figura 4. Modelo Cognoscitivo – Conductual del TLP.

Se hace la propuesta y esquematización de este modelo debido a que se considera importante plasmar de una manera interactiva la explicación a algo teórico, para que de esta forma quien lo lea pueda entenderlo y aprenderlo mejor. De este modo, la aplicación de las técnicas de intervención se verán facilitadas para quien se dedique al tratamiento de este trastorno; es por esto también que esta tesis implementa la utilización de cuadros, tablas e imágenes para ilustrar conceptos que pueden ser puestos en práctica.

Siguiendo esta misma línea, en seguida se hace una revisión teórica sobre los principales tratamientos que han sido propuestos para el TLP y se puntualizan las técnicas cognitivo-conductuales para su intervención.

3.2 Tratamientos y técnicas para intervenir el Trastorno Límite de la Personalidad.

La sintomatología de las personas con TLP es complicada, lo que hace su tratamiento difícil. Hoy en día, en el campo de la salud mental, el tratamiento para el TLP constituye uno de los retos más fuertes, siendo para muchos frustrante, algo en lo que diversos autores concuerdan (Cuevas Yust & López Pérez-Díaz, 2012.; Millon, 2006; Escribano, 2006; Caballo, 2004); el hecho de que se presenten conductas destructivas e intentos de suicidio durante la intervención, el que el tratamiento farmacológico no siempre sea eficaz y que se presenten grandes tasas de abandono de la terapia, lo hace más difícil y delicado. Por lo cual, es necesario abordar este trastorno con un tratamiento que sea lo mejor posible y que cuente con más evidencia de eficacia en la actualidad, con el fin de mitigar el sufrimiento que padecen tanto los pacientes como los familiares o personas cercanas (Cuevas Yust & López Pérez-Díaz, 2012).

Con respecto a qué rumbo puede tomar la terapia, Caballo (2004) plantea que para realizar la planeación del tratamiento, primero hay que tomar en cuenta qué tipo de personalidad límite es el paciente, ya que como se refirió anteriormente, el TLP se subdivide en varios, teniendo cada uno sus características; es por ello que es necesario que el terapeuta conozca las particularidades que presenta cada individuo, para que con base en esto, se haga un tipo de intervención personalizado adaptado a cada paciente, tomando en cuenta que para todos los subgrupos es necesario intervenir en la impulsividad y la regulación de emociones.

García López, Martín Pérez y Otín Llop (2010) proponen que para el TLP se implemente una intervención integral, señalan que existen diversas maneras para abordar a este trastorno, pero que en general los pacientes que tengan síntomas de baja intensidad y/o que posean un adecuado funcionamiento, pueden obtener un tratamiento ambulatorio centrado en terapia individual, con o sin tratamiento psicofarmacológico; mientras que los que tengan una sintomatología intensa y/o su nivel de funcionalidad sea pobre, necesitan que se les aplique un tratamiento multidisciplinar²⁴ intensivo basado en psicoterapia individual, familiar y grupal junto con tratamiento farmacológico administrado en unidades especializadas.

Así, los tratamientos existentes para el TLP se dividen en dos: por un lado, está el farmacológico y por otro el psicoterapéutico.

De acuerdo con Caballo (2004) dentro del farmacológico, como existe una falta de regulación en diversos ámbitos, lo más utilizado son los antidepresivos, ansiolíticos, estabilizantes del estado de ánimo, anticonvulsivos y antipsicóticos a bajas dosis; en general esto con el objetivo de tratar síntomas afectivos, conductuales, de impulsividad y alteraciones cognoscitivo perceptivas. Las dosis cambian dependiendo del paciente y, en cualquier caso, el uso de psicofármacos obtiene un alivio sintomático y de control para la impulsividad.

Los medicamentos psicotrópicos son los que con más frecuencia se prescriben, sin embargo, aún no hay uno en particular que muestre mayor eficacia, incluso aun acompañado de terapia psicosocial, ya que el medicar a un paciente con estas medicinas es complicado debido al alto porcentaje de suicidios por sobredosis y a que se debe cumplir un régimen estricto.

De los medicamentos más utilizados en general están: los *antipsicóticos* para tratar cogniciones alteradas, paranoia, ideas de referencia, disociaciones y alucinaciones; los *antidepresivos* para reducir la disforia provocada por algún rechazo personal; *estabilizantes para el estado de ánimo* y *anticonvulsivos* con el fin de regular los cambios de humor tan intensos y normalizar los episodios de agresión; *benzodiazepinas* para reducir la hostilidad, la ansiedad y las alteraciones del sueño.

No obstante, la psicoterapia individual siempre resulta indispensable para este trastorno, se pueden utilizar los dos tratamientos en conjunto para obtener los mejores

²⁴Por intervención integral se refieren al tratamiento con psicoterapia y/o fármacos aplicado a un paciente con TLP.

resultados posibles; incluso son varios los autores que proponen el combinar esto con terapia cognitivo-conductual, aclarando que la receta debe ser prescrita por un médico.

Para el tratamiento psicoterapéutico existen diversos enfoques, aunque los objetivos generales de todos son que el paciente logre mejorar sus relaciones interpersonales, que disminuya la intensidad y prevalencia de conductas autodestructivas, así como una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales (Escribano, 2006; Caballo 2004).

Según García López et al. (2010), la parte más importante del tratamiento para el TLP es la psicoterapia. De manera especial, este trastorno se ha intervenido desde dos enfoques, principalmente con la Psicodinámica, por ejemplo, la Mentalización de Bateman y Fonagy y, la Terapia Focalizada en la Transferencia de Kernberg y Clarkin; también con la terapia Cognitivo-conductual, por ejemplo, la Terapia de Esquemas de Young, la Terapia Cognitiva de Beck y Freeman, la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan y la Terapia Icónica de Soledad Santiago (Caballo, 2004).

En 1967 O. Kernberg desarrolló la Psicoterapia centrada en la transferencia (TFP) como una modificación de la psicoterapia psicodinámica basada en la teoría de las relaciones objetales de la psicología del Yo. Desde un punto de vista dinámico conceptualiza al TLP denominándolo Organización Límite de la Personalidad (OLP).

En este tipo de psicoterapia se trabaja con trastornos severos de la personalidad o de “baja fortaleza yoica”, especialmente con el TLP, se realiza una interpretación sistemática de la transferencia y contratransferencia en las sesiones y se provee de apoyo externo al paciente en casos necesarios fuera de la consulta con el fin de que el tratamiento de mejores resultados.

Esta terapia tiene una duración de por lo menos un año con una frecuencia bisemanal. Las principales técnicas que utiliza son el énfasis en el establecimiento de un encuadre y contrato de trabajo claros antes de la labor interpretativa y, el análisis en la relación existente entre el paciente y el terapeuta en el aquí y ahora; entre sus estrategias está el implementar objetivos a largo plazo basados en la integración de las representaciones del self y de los objetos. Así, se intenta disminuir los síntomas, promover un cambio en el sí mismo del paciente y de los otros e integrar las representaciones disociadas del self y del objeto (Pérez, 2011).

La terapia de *Mentalización* fue establecida por Anthony Bateman y Peter Fonagy, siendo de corte psicodinámico, desarrollada específicamente para abordar el TLP y basada en la teoría del apego de Bowlby. En general, estos autores proporcionan explicaciones para entender la sintomatología borderline, desde su modelo de *supresión de la mentalización*,

proponiendo términos como *equivalencia psíquica* y *modo aparentado* que se refieren a experiencias subjetivas pre-mentalizadoras las cuales, según ellos, intervienen de manera significativa en el desarrollo del trastorno.

En ésta se busca que el paciente acceda a sus estados mentales (creencias, deseos, pensamientos y sentimientos) junto con los de los demás, reflexionando en ello y en sus conductas basadas en esto. A esto se le llama llegar a un estado de mentalización (o reflexión), el cual busca que sea en un contexto de apego seguro.

De acuerdo con la teoría del apego, las personas con TLP tienen una mayor prevalencia de apego inseguro, sobre todo del estilo desorganizado; no obstante, Bateman y Fonagy argumentan que este hecho único no explica la etiología del borderline, sino más bien, ponen un mayor énfasis en la capacidad de mentalización basados en el supuesto de que esta capacidad regula nuestra conducta y no es innata, por lo cual, desarrollarla es un logro de un proceso evolutivo que puede romperse. Si se desarrolla de manera adecuada, esta capacidad será fundamental en la regulación emocional y si, por el contrario, alguien establece una débil capacidad de mentalización, será más propenso a la vulnerabilidad en los cambios y las presiones del entorno, tal cual sucede en el TLP.

Cabe mencionar que, los pacientes con trastorno límite sí son capaces de analizar sus estados emocionales, pero es común que fracasen bajo un estado de activación emocional elevado, sobre todo cuando es en relaciones de apego intensas y aún más cuando existe historia de trauma en la persona.

Así, en este modo de terapia, se promueve una relación significativa entre terapeuta y paciente para que se involucre en el tratamiento, intentando desarrollar una postura mentalizadora en éste (Bateman & Fonagy, 2005; Sánchez-Quintero & De la Vega, 2013).

El tratamiento cognitivo, además de lo ya explicado en la sección anterior, se enfoca en los esquemas, conocidos también como “coro de creencias”, los cuales son estructuras del pensamiento tanto adaptativas como desadaptativas, por medio de las cuales interpretamos la información del medio de acuerdo con nuestras reglas básicas. Por lo general para el trabajo terapéutico, los esquemas disfuncionales suelen ser más complejos y demandantes (Hernández & Sánchez, 2007).

Según Gomar et al. (2010) el problema de las creencias cognitivas son las consecuencias que se tienen a nivel de comportamiento y emoción, sobre todo cuando esto se convierte en patrones frecuentes y rígidos.

Debido a que no conocemos lo que los otros piensan, lo que podemos hacer para saberlo es preguntarle directamente a la persona, esto sería una conducta adaptativa y la más adecuada, lo cual se le recomienda al paciente en la terapia en donde se ponen a

prueba los pensamientos de los pacientes y se trabaja para flexibilizar sus estilos atribucionales, promoviendo el comportamiento funcional. De este enfoque se pueden sacar muchas técnicas que son muy efectivas en psicoterapia, algunas de estas serán plasmadas en el siguiente capítulo, por ahora solo se hace hincapié en la terapia de Beck y también en la de esquemas.

Los pacientes con TLP presentan un inadecuado control de emociones y serias distorsiones cognitivas, por lo cual, varios autores proponen a los terapeutas que elijan la terapia cognitiva de Beck ya que su objetivo principal es modificar los patrones y errores básicos de pensamiento, de hecho, Beck y Freeman proponen un plan de tratamiento que favorece también la alianza terapéutica, el que la adhesión al tratamiento se disminuya junto con los pensamientos dicotómicos, que se aborde el control emocional mejorando el dominio de impulsos y fortaleciendo la identidad de la persona (Caballo, 2001 y 2004; Escribano, 2006).

El tratamiento que ofrece Beck es multidimensional, es decir, afirma que la relación entre pensamiento, emoción y conducta es interdependiente, no obstante, le pone un especial énfasis a las cogniciones. En realidad, ya se abordó este tema en el apartado 3.1 de este capítulo; por ahora, cabe mencionar que en general este modelo recomienda que en terapia la relación sea más profunda que en los trastornos del Eje 1 por lo cual, el tiempo de intervención es mayor. Lo que se hace es identificar esquemas disfuncionales para abordarlos en una relación de colaboración en donde el terapeuta adopta un papel de tutor al educar al paciente en las relaciones interpersonales y solución de problemas; las principales técnicas que se emplean son de carácter cognitivo promoviendo la sensación de autoeficacia, además utilizan la representación de papeles, la imaginación y el revivir experiencias infantiles (Wesler, 1993).

Para tratar con las experiencias traumáticas de la infancia, se propone a la “terapia de esquemas” de Young como mejor herramienta, ya que en esta se intenta identificar y modificar los esquemas tempranos desadaptativos formados durante las primeras etapas de desarrollo, tales como el miedo al abandono, la desconfianza, carencia de amor y de autodisciplina (Caballo, 2001 y 2004). Este tipo de terapia combina elementos de diversos enfoques, en los que se encuentran el cognitivo-conductual, el psicodinámico, constructivismo, la Gestalt y la teoría del apego; en realidad, esta terapia evolucionó a partir de los planteamientos que hace Beck con su teoría cognitiva.

Este enfoque se basa en el supuesto de que el ser humano posee esquemas disfuncionales tempranos, estos son patrones profundos, autoderrotistas y persistentes de pensamiento, emociones, conductas y relaciones interpersonales. Así mismo, fue creado

especialmente para intervenir problemas emocionales crónicos y trastornos de la personalidad.

La duración de este tratamiento es de aproximadamente 35 sesiones, sin embargo, puede alargarse dependiendo de la gravedad del caso, usualmente para el TLP suele prolongarse; las sesiones son semanales, aunque al principio en la mayoría son dos por semana. El proceso terapéutico se divide en dos fases donde se integran técnicas cognitivas, conductuales, experienciales y del manejo en la relación terapeuta-paciente. La primera parte es de evaluación y educación, la segunda parte se centra propiamente en el tratamiento, por lo que se le conoce como la fase del cambio.

En general, este modelo es integral donde se vinculan patrones actuales de la vida del paciente junto con experiencias infantiles y familiares dando una explicación “histórica” al problema del paciente. De este modo, a diferencia de la propuesta de Beck la intervención es más prolongada y utiliza más técnicas del tipo emocional, además, Young no utiliza tanto el descubrimiento guiado ni la confrontación (Rodríguez-Vílchez, 2009).

La “Terapia Icónica para la Estabilización Emocional” propuesta por Soledad Santiago se recomienda mucho para el TLP ya que ayuda a una persona impulsiva a reflexionar y evocar recuerdos de las sesiones terapéuticas en segundos, logrando anticiparse a la conducta impulsiva debido a que este modelo se enfocó en tratar la inestabilidad emocional. Lo que se hace en esta terapia es utilizar el distanciamiento emocional y promover la objetividad acerca del problema, se recogen pensamientos positivos para utilizarlos ante situaciones difíciles, también se utilizan como herramientas la competencia social, las auto verbalizaciones, solución de problemas, esquemas cognitivos y aprendizaje de errores (Caballo, 2004; Escribano, 2006; Costa, 2012).

La terapia se divide en tres etapas, la primera es la educativa donde se enseña a identificar ciertas características desadaptativas clasificadas en tres categorías: una de ellas se refiere a las conductas primarias inadaptadas (conductas autoagresivas o de escape); otra se centra en las conductas secundarias o compensatorias (idealización de las relaciones interpersonales y del sí mismo de forma dicotómica, manipulación para evitar el abandono) y la otra clasificación trata factores de vulnerabilidad que propicien las sensaciones de vacío (baja autoestima, dependencia, pensamientos dicotómico, esquemas cognitivos negativos).

La segunda fase de la terapia comprende el entrenamiento del modelo terapéutico en sesión dedicado al control de impulsos, esto se hace mediante consultas individuales y terapia de grupo. Se fomenta la autoeficacia y autoestima con preguntas estructuradas

específicas, con refranes y metáforas, así como con la utilización de iconos. Su herramienta principal es la iconografía que contempla reconceptualizar cogniciones disfuncionales facilitando la evocación, asimilación y generalización de los conceptos terapéuticos y las estrategias de afrontamiento.

La última etapa corresponde a la labor de la propia persona en su vida cotidiana con el fin de poner en práctica lo que se le ha enseñado en la terapia; esto mediante sesiones personales de seguimiento. Las consultas en general son una por semana, el número de sesiones va de 12 a 16, de 75 a 90 min cada una (Costa, 2012; Gardeta, 2008).

Los tres modelos anteriores se pueden considerar dentro del área cognitiva y cognitivo-conductual. A su vez, Escribano (2006) afirma que, en cuanto a la orientación cognoscitivo-conductual, parece ser que la terapia dialéctica conductual de Linehan es el tratamiento mejor estudiado y sobre el que hay mayor evidencia sobre su eficacia clínica.

Esta teoría se enfoca específicamente al TLP; se basa en la Teoría Dialéctica y la Teoría Biosocial. La palabra *dialéctica* como terapia de conducta, conceptualiza la naturaleza de la realidad como: una totalidad y como algo no estático, es decir, como fuerzas oponentes entre sí; esto se relaciona con la personalidad limítrofe debido a la característica de irse a los extremos. También se entiende como un cambio, esto es, que la función principal de la terapia no es modificar el ambiente, sino más bien, enseñar a la persona a adaptarse y sentirse bien con el cambio. De acuerdo con esto, el TLP podría ser un fracaso, pues los fundamentos de esta no concuerdan con las características del trastorno.

La Teoría Biosocial mantiene que el principal problema del paciente con trastorno límite es la desregulación emocional, la cual es producida por:

- a) La interacción del contexto y cierta disposición biológica durante la etapa del desarrollo.
- b) Porque el individuo cuenta con una vulnerabilidad emocional alta, es decir, porque es extremadamente sensible, lo cual le dificulta volver a un estado de emoción base normal.
- c) Por un mal uso de estrategias para modular los sentimientos, siendo desadaptativas e inadecuadas.
- d) Haber tenido un “ambiente invalidante”, lo cual es considerado por Linehan como la causa principal. Esto se refiere a que durante las etapas de crecimiento la persona sufrió el que no se valorara adecuadamente su expresión emocional, donde no se respondía de una forma apropiada a la experiencia subjetiva del niño, ya sean

pensamientos o emociones; especialmente, fueron insensibles ante estas vivencias privadas.

De acuerdo con esta teoría, el ambiente invalidante provoca de manera sustancial la desregulación de la emoción en la persona, ya que seguramente esto hizo que el individuo de pequeño no aprendiera a identificar, nombrar, controlar y modificar su malestar, ni a ver estas experiencias como algo válido a lo que tenemos derecho los seres humanos, tampoco aprendió que es natural sentir una emoción, sea desagradable o no. Es por esto que las conductas impulsivas y autodestructivas, aunque son desadaptativas, se vuelven eficaces a corto plazo para la persona con TLP, pues les sirve para regular sus emociones ya que reportan disminuir su ansiedad y demás malestares después de realizar estas acciones.

La base de la TDC es enseñar al paciente habilidades psicosociales y a validar sus capacidades combinando esto en terapia individual y grupal, esta última para tratar con las herramientas sociales. En cuanto a la terapia individual, el psicólogo ayuda al cliente a utilizar estrategias de control para situaciones de crisis y abarca problemas motivacionales. Así, este tratamiento se orienta a tratar conductas de riesgo para el paciente, fomentar el entrenamiento de acciones adaptativas y a reducir comportamientos que ponen en riesgo la eficacia de la terapia, tales como las inasistencias o el abandono de las sesiones de terapia.

Por último, cabe destacar que este tratamiento dura por lo general entre 6 meses y un año, dependiendo de la gravedad del trastorno, si es grave, pasan dos veces por el módulo de ocho semanas de duración (Navarro-Leis y Hernández-Ardieta, 2013).

Las intervenciones cognitivo-conductuales se han centrado en cuestiones impulsivas y de ira, integran métodos muy diversos como estrategias para modificar esquemas y técnicas conductuales como el entrenamiento en solución de problemas y el mejoramiento de las relaciones interpersonales, considerando la relación terapéutica como vía principal para el tratamiento.

Otras intervenciones dentro del enfoque cognoscitivo-conductual y que fueron clasificadas como terapias de conducta de tercera generación, denominadas así por su aparición en cuestión cronológica, son la “Terapia de Aceptación y Compromiso”, la “Psicoterapia Analítico Funcional” y la “Terapia Cognitivo Conductual Dialéctica”; de esta última ya se habló previamente, a continuación, se describe en qué consisten las otras dos.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) fue diseñada para combatir patrones evitadores de la conducta, hablando específicamente del Trastorno de Evitación Experiencial (TEC) el cual ha sido muy ligado al TLP. Este trastorno se presenta cuando un individuo hace todo lo posible por no tener contacto con experiencias que le han sido aversivas, estas pueden ser tanto situaciones, como personas, recuerdos, sentimientos

pensamientos, etc., lo que hace que se comporten extremistamente para disminuir la frecuencia de que esto suceda, pues no están dispuestos a volver a experimentarlo, por lo que su vida personal se vuelve limitada.

Los comportamientos evitadores son las diversas formas problemáticas o no adaptativas de comportarse, por ejemplo, abusar o depender de sustancias, someterse a autolesiones y conductas autolíticas en general, ya que cumplen con la función de evitación experiencial. Es por esto que la “evitación experiencial” juega un papel importante en los trastornos de la personalidad, sobre todo en el TLP, pues se caracterizan por tener comportamientos que tienen como objetivo el manejar, regular o evitar situaciones adversas. Ejemplo de esto serían las personas que prefieren beber alcohol o consumir alguna droga para “no sentirse mal” o para “olvidarse de sus problemas”; los sujetos que se cortan el antebrazo para “no sentir su dolor interno” o para “disminuir su ansiedad”, los que tienen intentos de suicidio para “ya no seguir sufriendo”. De este modo, las autolesiones se entienden como conductas de regulación emocional, pues en la evitación experiencial se lleva a cabo el reforzamiento negativo (reducir el malestar o el estímulo aversivo, incrementando la conducta de evitación).

En la ACT se pretende hacer un cambio en su entorno para que los contenidos psicológicos se den, alterando la función discriminativa de las conductas problemáticas por evitación y obteniendo como resultado el incremento de la flexibilidad en el comportamiento, ya que el paciente no se condicionará a elegir la evitación como conducta de escape ante eventos desagradables, sino que, optará por actuar con respecto a sus valores, aunque esto provoque algo de dolor a corto plazo.

Este tipo de terapia tiene como objetivo principal fomentar la aceptación psicológica, es decir, aceptar nuestras emociones como seres humanos que somos, estar dispuestos a sentir una condición aversiva si y solo si, esto lleva a la persona a comportarse en dirección valiosa para sí misma. Con esto, el cliente aprende que puede lidiar con sus circunstancias, a que puede relacionarse con ese malestar que es inevitable, a que sus pensamientos, emociones y recuerdos solo son eso, no barreras, desarrollando así un distanciamiento con ellos.

Por lo tanto, en la ACT se implementa el clarificar valores personales (este es el componente principal de la terapia) y métodos para la generación de la distancia con eventos traumáticos o molestos para la persona.

En cuanto a la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP), se emplean los principios de Skinner sobre el moldeamiento del comportamiento a través del reforzamiento contingente, aplicándolos a la conducta verbal y a la relación terapéutica. En la FAP se enfatizan las



acciones reforzantes y evocadoras por parte del terapeuta para poder manejar las situaciones contingentes y relevantes con respecto al problema del paciente y que son propiciadas o simplemente se dan dentro de la relación de terapia. Es por esto que este modo de terapia se dirige en específico a sujetos que tienen problemas interpersonales, lo cual, es básico de los trastornos de la personalidad en general.

En la FAP, las conductas que se presentan dentro de la sesión de terapia y que son relevantes para los objetivos de esta se les denominan “conductas clínicamente relevantes” (CCR), las cuales se subdividen en tres:

1. CCR1: Son las conductas problemáticas desembocadas dentro de la sesión, son equivalentes a las que el paciente presenta generalmente fuera de la terapia.
2. CCR2: Comportamiento que demuestra que el cliente está mejorando en sesión.
3. CCR3: Se refieren a las interpretaciones que hace el individuo con respecto a su conducta problemática, es decir, analizar bajo qué situaciones se origina o qué es lo que lo desencadena.

Así, la labor del terapeuta es identificar estos comportamientos, revisar cuáles de sus propias conductas son las que están reforzando las del paciente, premiar las buenas actitudes de él y propiciar la mejora de esto (Navarro-Leis y Hernández-Ardieta, 2013).

También, varios psicólogos han recurrido a utilizar formas alternativas de terapia, tales como la enseñanza en técnicas de relajación, terapia de artes expresivas y la terapia musical; esto con el fin de tener estrategias complementarias, sobre todo para el combate de los síntomas de depresión y ansiedad. Las técnicas de relajación se utilizan para que la persona mantenga una sensación de calma y control en su vida, manejando así los arranques impulsivos y los estados de ansiedad. La terapia de artes plásticas abarca en general la utilización del arte como la danza, música, pintura, psicodrama, etc. para trabajar con la autoexploración, promover vías alternativas de autoexpresión y fomentar la buena autopercepción. De manera particular, la terapia musical ha sido recomendada para tratar síntomas asociados con el abuso sexual, trastorno por estrés postraumático y abuso de sustancias, los cuales se presentan en el TLP (Millon, 2006).

A continuación, en los recuadros se presentan los principales enfoques utilizados para tratar el TLP.

Tabla 8:
Diversos procedimientos utilizados para el tratamiento del TLP.

PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO		
ENFOQUE	TÉCNICA	OBJETIVO
Psicodinámico	Psicoterapia centrada en la transferencia (Kernberg)	Señalar e interpretar los actos defensivos. Poner límites a la agresión de manera verbal. Análisis y uso de la transferencia negativa y positiva. Utilización de la asociación libre modificada (Pérez, 2011).
	Terapia cognitiva de Beck	Cuestionamiento de los patrones de pensamiento disfuncional
Cognitivo- Conductual	Terapia de esquemas de Young	Modificar los esquemas tempranos desadaptativos. *El TLP es consecuencia de haber dejado solo, en un mundo malévolo, a un niño del que se ha abusado. Young describe los “modos de los esquemas”.
	Terapia Cognitivo-Conductual dinámica de Turner.	Estrategias que implican acción, utilizan la imaginación, estrategias de codificación y procesamiento de la información.
	Formulación clínica de caso de Turkat	Tratamiento basado en la solución de problemas.
	Terapia dialéctica conductual de Linehan	Mejorar la eficacia interpersonal, regular las emociones, aumentar la tolerancia ante el malestar e incrementar el autocontrol.
	Terapia Cognitivo – Interpersonal de Safran	Se combinan los enfoques cognitivos y de relaciones interpersonales (influido por Sullivan y Bowlby). Se menciona que la rigidez conductual característica del trastorno se debe al sentido limitado de la persona sobre lo que tiene que hacer con tal de mantener las relaciones. En terapia se busca no confirmar los pensamientos del paciente (Wesler, 1993).
	Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler y Hankin-Wessler	En esta terapia evalúan al TLP con base en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II y en un cuestionario sobre la historia de vida, esto junto con la entrevista clínica (Wesler, 1993).
Farmacológico	Sales de litio, ácidovalpróico, carbamazepina, gabapentina, lamotrigina o verapamilo.	Estabilizantes del estado de ánimo.
	Antidepresivos serotoninérgicos, bupropion IMAO.	Para tratar la depresión, irritabilidad, hostilidad, miedos obsesivos, ansiedad y autolesiones.
	Antipsicóticos a dosis bajas (de preferencia atípicos)	En caso de paranoia, pensamientos irracionales y desorganización del pensamiento leve.
	Ansiolíticos (dosis bajas).	Ante los cuadros de ansiedad.

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

Tabla 9:

Terapias de intervención cognitivo-conductuales por año y autor.

AÑO	TERAPIA	AUTOR/ES
1962	Racional emotiva	Albert Ellis
1963	Cognitiva	A.T. Beck
1971	Autoinstrucciones	Meichenbaum
1971	Gestión de la ansiedad	Suinn
1971	Solución de problemas	D´Zurilla y Goldfried
1973	Inoculación al estrés	Meichenbaum
1974	Reestructuración Cognitiva	Goldfried
1974	Ciencia personal	Goldfried
1975	Racional comportamental	Matulsby
1977	Autocontrol	Rem
1983	Psicoterapia estructural	Guidano y Liotti

Nota Fuente: Hernández, L. & Sánchez, S. J. (2007). *Manual de psicoterapia cognoscitivo conductual para trastornos de la salud* (p. 19 y 40). 1ra edición. Libros en red.

En las Tablas 8 y 9 se resumen los diversos modos de intervención que han surgido, incluso se incluyen algunos que no habían sido mencionados previamente.

Según Escribano (2006), aunque existen diversos enfoques para el tratamiento psicoterapéutico, los objetivos generales de todos son que el paciente logre mejorar sus relaciones interpersonales, que disminuya la intensidad y prevalencia de conductas autodestructivas, que logre controlar su comportamiento impulsivo así como una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales, también se pone especial énfasis en tomar en cuenta la alianza terapéutica, observando la relación terapeuta-paciente.

Derivadas de las terapias cognitivo-conductuales, surgen varias técnicas de intervención, por ahora, sólo se mencionarán algunas referentes a este enfoque (unas orientadas a la parte conductual, otras a la cognitiva y otras a la parte inicial o final de la terapia), en el siguiente capítulo se detallarán cada una de ellas junto con otras que funcionan para el TLP.

Para cuando va comenzando el proceso terapéutico, se recomiendan realizar herramientas como la entrevista inicial, evaluación multiaxial, aplicación de pruebas psicológicas y psicoeducación; también habilidades del instructor para la alianza terapéutica,

promover la fase de desahogo que incluye escucha activa, validación de la emoción y empatía, también hacer uso de intervención en crisis y establecimiento de límites.

Las principales técnicas y términos utilizados en el conductismo y que se utilizan en la TCC son la *desensibilización sistemática* creada por Wolpe en los años 50's, modelo derivado de la *extinción de la conducta* y la *saturación*. De este último se creó la *terapia implosiva*, así mismo, se encuentran el *condicionamiento aversivo*, *modelo de aprendizaje operante*, *extinción* y *castigo*, refuerzo positivo, coste de respuesta, *aprendizaje imitativo*, *aprendizaje social*, *modelación interna*, *ensayo conductual*, *autocontrol*, exposición en vivo, exposición con imágenes, contratos conductuales y role play.

Dentro de las terapias conductuales que se han aplicado a los trastornos psicoemocionales y que se consideran desde un punto de vista del aprendizaje social, se encuentran el condicionamiento operante, el condicionamiento clásico y el aprendizaje observacional (Hernández & Sánchez, 2007).

Otra de las técnicas conductuales es el entrenamiento asertivo y en habilidades sociales. La conducta asertiva puede interpretarse como el ser capaz de expresar honesta, directa y oportunamente los deseos, pensamientos y sentimientos al establecer contacto con otras personas, al igual que permitirse cometer faltas y saber decir "no".

Las personas con TLP tienen una particular característica de interactuar con los otros y generalmente su conducta es difícil de comprender para la mayoría de las personas que conviven con ellos, ya que sus relaciones suelen ser intensas e inestables, presentan dificultades en el mantenimiento de vínculos íntimos y manifiestan duda emocional con notables cambios. Generalmente esto produce que sean rechazados obteniendo menos apoyo del que necesitan, lo que hace que desarrollen sentimientos de desconfianza y hostilidad frente a los otros. Estas características pueden asociarse con un déficit de asertividad ya que ésta es importante para el mantenimiento de relaciones interpersonales adaptativas y está vinculada con patrones de comunicación adecuados. Así, los pacientes con TLP pueden ser personas demasiado pasivas o agresivas, con una interacción social inapropiada (Ordaz y Villegas, 2001).

Otro modelo de intervención para los pacientes con TLP, también enfocado al aspecto conductual, es el análisis funcional basado en la evaluación funcional. La aplicación del análisis funcional de la conducta en psicología clínica no ha comenzado a generalizarse hasta la década de los años noventa; en la actualidad se ha documentado su utilidad en trastornos generalizados del desarrollo, abuso de sustancias, comportamientos bizarros, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y trastornos psicóticos, entre otros. Este procedimiento de evaluación permite realizar intervenciones orientadas a modificar las

variables que se relacionan funcionalmente con los comportamientos problemáticos del paciente; esto supone una alternativa no excluyente respecto a las estrategias terapéuticas tradicionales (Virues, 2004).

Con respecto a la técnica de entrenamiento en relajación, cabe aclarar que más que una técnica conductual, es considerada una técnica fisiológica, lo cual también se toma en cuenta dentro del enfoque (Caballo, 2004).

En cuanto a las técnicas cognoscitivas se encuentran los autoregistros, reestructuración cognoscitiva, técnicas de reatribución, entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum, desvelar esquemas subyacentes y tarjetas educativas.

De las herramientas para abordar el área emocional están el entrenamiento en empatía, las técnicas experienciales como reescritura del pasado y “role play” histórico, técnica de la silla vacía, experimentar emociones y la imaginación que también se puede usar para el tratamiento de los recuerdos de la primera infancia.

Una técnica que es tanto conductual como cognitiva es el entrenamiento en solución de problemas, en éste se sugiere implementar también las siguientes técnicas: 1) entrenamiento en formación de conceptos, 2) manejo de la categorización (no evaluar las cosas en cuestión de extremos) y 3) manejo de la velocidad de procesamiento para aumentar la velocidad de este (Caballo, 2004). En esta misma línea se encuentra el entrenamiento de inoculación del estrés de Meichenbaum.

Por último y casi para cerrar con este tema, es importante precisar que según Caballo (1991), las técnicas cognitivo-conductuales implican:

- ⊗ La *autoobservación*, para aumentar el darse cuenta de los mecanismos psicológicos que están funcionando.
- ⊗ *Identificación* de los lazos entre la cognición, el afecto y la conducta.
- ⊗ El *examen de la evidencia*, a favor y en contra de los pensamientos automáticos con el fin de sustituirlos por otros más funcionales.
- ⊗ *Experimentos* para comprobar pensamientos automáticos.
- ⊗ *Determinación* de las principales *actitudes disfuncionales* que están operando, basándose en los pensamientos automáticos identificados, que predisponen a una persona a distorsionar las experiencias.

Así mismo, Hollon y Beck (1986) presentan tres mecanismos básicos en el cambio dentro del proceso terapéutico, en donde incluyen al análisis racional, la repetición, la

evaluación de la lógica y la práctica; por lo que también se recomienda que el terapeuta lo considere y lo lleve a cabo.

Otro punto a tomar en cuenta es lo que mencionan García López et al. (2010), ellos señalan que una vez que se designó el tipo de tratamiento idóneo, es necesario elegir cómo se evaluarán los resultados; para esto se pueden utilizar diversos métodos que igualmente serán propuestos al final de este trabajo. No obstante, cabe comentar que no hay muchas referencias sobre esto, lo cual reafirma lo complejo que es diseñar el tratamiento integral y realizar estudios que los avalen.

Con esto, podemos ver que son muy diversas las técnicas utilizadas por este enfoque de terapia, por lo cual, fue elegido para realizar la guía de tratamiento que se propone en este trabajo. Posteriormente serán descritas con más detalle las que fueron elegidas para el mismo.

Ahora sí, para finalizar con este capítulo, se hace la revisión de la fundamentación teórica de por qué las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas en terapia son funcionales y han sido eficaces para abordar al TLP.

3.3 Eficacia de las técnicas y el modelo Cognoscitivo-Conductual.

En la actualidad, se ha creado la necesidad de tratar los problemas psicológicos con mayor éxito, a partir de los trabajos desarrollados en el ámbito de la psicología clínica con metodologías de análisis de datos y técnicas experimentales. Por lo tanto, se buscan tratamientos eficaces para que permitan no solo a los usuarios lograr un bienestar psicológico subjetivo, sino que también, se espera la garantía de que el terapeuta que lo trate esté implementando un programa efectivo y con sólidas bases científicas que lo avalen como tal (Livacic-Rojas, 2004).

En la literatura existen muchos trabajos que evalúan los diversos tratamientos para el TLP, donde se ha tratado de comparar una determinada psicoterapia con un placebo, por ejemplo la “no intervención” (ya que esto ha llegado a considerarse una forma de intervención pero no se ha tomado como psicoterapia estándar), sin embargo, ha representado dificultades, por lo que se ha considerado mejor hacer la comparación entre enfoques de psicoterapia para determinar cuál es más eficaz (García López et al., 2010).

También algo que se hace, dentro del mismo enfoque (o diversos) es hacer una comparación entre las técnicas de intervención, ya que puede que algunas funcionen solo para ciertos tipos de pacientes o trastornos.

En este aspecto, Foa y Meadows (1997) describen los estándares para evaluar los resultados de los estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos. El primero sería definir claramente la sintomatología objetivo del tratamiento; el segundo, explicitar la confiabilidad y validez de los instrumentos seleccionados que evalúan la severidad de los síntomas; el tercero, el uso de evaluadores ciegos, los cuales son un requerimiento para un estudio de tratamiento confiable; cuarto, los evaluadores deben ser entrenados exhaustivamente con el propósito de prevenir errores; quinto, los programas específicos de tratamiento deben ser manualizados y replicables; sexto, es necesaria una asignación aleatoria de los sujetos al tratamiento; y último, es de suma importancia una valoración de la adherencia al tratamiento. Las autoras señalan la importancia de manuales específicos de tratamiento detallados, lo que permite lograr dos grandes metas: asegurar la consistencia en la aplicación de las técnicas y evaluar la efectividad del tratamiento; también señalan que los tratamientos deben ser replicables.

Es por esto que hoy en día el psicólogo debe realizar intervenciones de manera que más personas resulten beneficiadas, ya sean tanto los pacientes como los profesionales de la salud (Valderrama & Trujillo, 2008).

Así mismo, Navarro-Leis y Hernández-Ardieta (2013) confirman que para poder establecer que un tratamiento sea eficaz o no, se tiene que evaluar si el cliente logra modificar sus conductas desadaptativas así como sus principales síntomas.

Estos mismos autores dicen que aún ninguna terapia se le puede definir como “eficaz”, sin embargo, que los tratamientos cognitivo-conductuales sí han podido establecerse como *probablemente* “eficaces” para la intervención de los trastornos de la personalidad, en específico, del TLP.

Igualmente, Quiroga y Errasti (2001) declaran que no se han encontrado suficientes evidencias para avalar a un tipo de intervención como la mejor en cuanto a los trastornos de la personalidad, sin embargo, afirman que para el TLP la terapia cognoscitivo-conductual, así como la terapia de conducta es en donde se han visto mejores resultados.

Los trastornos de la personalidad han constituido una estimulante área de aplicación de los tratamientos cognoscitivo-conductuales. Ello se ha manifestado en un número creciente de investigaciones que demuestran la eficacia de tratamientos estandarizados como alternativa o complemento a las intervenciones farmacológicas, ambientales y/o psicoterapéuticas que pueden ser vistas como intervenciones “tradicionales” (Virues, 2004).

Las técnicas que se han desarrollado desde esta perspectiva, en general, han demostrado gran eficacia en el tratamiento de diversos problemas psicológicos y de la conducta (Virues, 2004; Hernández & Sánchez, 2007); tanto las técnicas cognitivas como



las comportamentales, se han utilizado de manera eficaz para transformar conductas, emociones y pensamientos (Vázquez, 2007). La terapia cognoscitivo-conductual ha sido una de las aproximaciones terapéuticas de mayor crecimiento y popularidad en la psicología, en la psiquiatría y en áreas donde existen profesionistas dedicados a la salud mental.

En México, este modelo de intervención ha ido cobrando gran importancia en los últimos quince años (Virues, 2004; Hernández & Sánchez, 2007), por lo que en nuestro país esta terapia también ha ido ocupando un mejor lugar en su uso comparado con otros enfoques predominantes, ya que ha demostrado ser aplicable a variados problemas de salud, tanto psicológicos como físicos, por lo cual se ha implementado cada vez más como una alternativa de tratamiento en instituciones públicas y privadas. De igual modo, son diversos los organismos tanto de educación pública como privada que ya han incorporado en sus planes y programas de estudio, temas, materias, seminarios, simposios, talleres, cursos, etc. para difundir y enseñar esta orientación.

De hecho, se ha visto que las tendencias actuales en el entrenamiento de los terapeutas, incluyendo el desarrollo de estrategias didácticas en intervenciones y prácticas cognitivo-conductuales, cada vez han tenido una mayor aceptación con lo que respecta a sus principios y a los métodos utilizados en la práctica, por lo cual la efectividad de sus aplicaciones ha llegado a ser reconocida. Este crecimiento se ha ido abordando en la aplicación y el análisis de la conducta; debido a los datos empíricos que ha arrojado este modelo a lo largo de la historia, se ha creado un cuerpo de teorías, técnicas y escuelas, dando paso a un sistema psicoterapéutico basado en una teoría científica de la psicopatología y a un conjunto de técnicas derivadas de la metodología experimental, las ciencias cognitivas, el aprendizaje social y la teoría de los sistemas.

En donde ha tenido un mayor auge esta terapia ha sido en el sector de salud gubernamental, ya que cumple con uno de los requisitos de mayor importancia en cuanto a los lineamientos de este tipo de instituciones, esto es, dar un mejor servicio de la manera más rápida. Así, el enfoque cognitivo –conductual se ocupa de manera directa a la solución del problema para poder mejorar inmediatamente el funcionamiento de la persona.

Como ya se mencionó, este procedimiento terapéutico cuenta con sustento en investigación. Así, existen estudios que han demostrado resultados favorables para el tratamiento de la depresión, el manejo de los ataques del pánico, de la fobia social, de desórdenes psicofisiológicos, de la bulimia y del abuso de sustancias (Hernández & Sánchez, 2007).

En lo que respecta a terapia con adultos, ha sido efectiva ya que se ha estimado que cuando se modifican las creencias o esquemas fundamentales de la persona, las posibilidades de recaída en el futuro disminuyen (Gomar et al., 2010).

En cuanto al TLP, Millon (2006) sugiere que ya que la categoría límite es poco homogénea en comparación a otros trastornos de la personalidad, el tratamiento se puede llegar a dificultar si se parte solo del diagnóstico, debido a que también hay personas con personalidad limítrofe que cuentan con habilidades sociales muy desarrolladas y una motivación intrínseca para el control de impulsos. No obstante, la eficacia de una intervención se verá reflejada cuando los pacientes se conduzcan de forma productiva en su vida por largos periodos y cuando logre tener una armonía interpersonal, ya que esto es el objetivo que pretende conseguir el terapeuta y por supuesto, el paciente.

El enfoque que más ha sido estudiado para el tratamiento del TLP y el que arroja mayores datos de efectividad en investigaciones clínicas controladas, es la Terapia Dialéctica Conductual (Navarro-Leis y Hernández-Ardieta, 2013).

En un estudio que realizó Linehan en 1991, comprobó la eficacia de su terapia dialéctica-conductual. La autora menciona que, aunque ya hay estudios que comprueban la funcionalidad de la intervención psicosocial para tratar conductas suicidas, no existe investigación que se centre en estudiar esto, pero solo para los que tengan rasgos del TLP. Es por lo tanto que junto con su grupo de investigación desarrolla su terapia, dentro del marco cognoscitivo-conductual, para aplicarla a mujeres con intentos de suicidio recurrentes y que hayan sido diagnosticadas con TLP. Los objetivos del tratamiento eran:

- ψ Reducir los comportamientos suicidas o conductas de alto riesgo para la supervivencia de la persona.
- ψ Disminuir la conducta que dificulta el proceso del tratamiento.
- ψ Reducir las pautas de comportamiento que obstaculizan seriamente la calidad de vida de la persona.

El éxito de la intervención radicaría en que se disminuiría la frecuencia y la duración hospitalaria durante la intervención. Fue un año de tratamiento con terapia individual, entrenamiento en habilidades sociales y terapia grupal psicoeducativa en donde los resultados mostraron una reducción significativa en el riesgo médico y la frecuencia del comportamiento suicida en comparación con mujeres que no recibieron este tratamiento; también hubo un efecto de adherencia a la intervención ya que fueron 24 pacientes y solo 4 abandonaron el tratamiento; asimismo, la hospitalización fue más corta para estas mujeres; y, finalmente, es importante mencionar que estos efectos ocurridos por el tratamiento se

presentaron aunque la Terapia Dialéctica Conductual no mostró una gran eficacia diferencial en la mejora de las pacientes que tenían depresión, pocas razones para vivir e ideas suicidas. Es por esto que reconocen que no saben bien cuáles fueron los factores de éxito, aunque señalan que el modo en el que se lleva a cabo la terapia, es decir, combinando las sesiones individuales y de grupo estructuradas, con la priorización de objetivos y apoyo terapéutico mostraron mejora en lo antes ya mencionado.

En general, se muestra la eficacia de la TDC ya que disminuyeron los ingresos hospitalarios, el consumo de sustancias, los intentos de conductas autolíticas, los sentimientos de desesperanza y ansiedad (Navarro-Leis y Hernández-Ardieta, 2013; Caballo, 2004).

Neacsiu, Lungu, Harned, Rizvi y Linehan (2014) realizaron un estudio donde compararon la efectividad de la TDC y el Tratamiento en la Comunidad de Expertos (CTBE) en pacientes con TLP, encontrando que ambas terapias son eficaces para tratar la expresión de emociones negativas como la vergüenza, la culpa y la ansiedad, pero la TDC tiene efectos únicos positivos para la evitación experiencial, el control de la ira y por tanto las conductas de alto riesgo, así como la aceptación de experiencias aversivas privadas.

De la misma manera, para poder avalar la validez de este modelo, se hicieron estudios de caso único. Por un lado, Shearin y Linehan en 1992 (citado en Navarro-Leis y Hernández-Ardieta, 2013) ejecutaron cuatro estudios clínicos, los cuales mostraron una mejoría notable en la disminución de comportamientos autodestructivos. Y por otro lado, Simpson et al. (Citado en Navarro-Leis y Hernández-Ardieta, 2013) realizaron 12 estudios de caso único con pacientes hospitalizados reportando que los síntomas propios del TLP disminuyeron con la TDC.

Con respecto a las terapias de tercera generación, su efectividad radica en la consistencia empírica en que se basan, ya que se apoyan de principios básicos como el condicionamiento operante y el análisis funcional de lenguaje; también, en que han sido de gran utilidad por las diversas técnicas que implementan, las cuales pueden ser aplicadas a varios problemas mentales y del comportamiento. Para la FAP, existe evidencia empírica de que ha funcionado en el tratamiento de personas con TLP y otros trastornos de la personalidad.

Asimismo, Sheariy y Linehan en 1994 (citado en Navarro-Leis y Hernández-Ardieta, 2013) compararon dos tratamientos para analizar su eficacia. En este estudio, 44 personas recibieron tratamiento con la ACT y a 19 individuos se les aplicó la combinación de la ACT junto con la TDC; la evidencia de eficacia favoreció a la combinación de las terapias.

Gratz y Gunderson (2006, citado en Navarro-Leis y Hernández-Ardieta, 2013) realizaron un experimento para la ACT con 22 pacientes que sufrían de TLP y conductas autolíticas significativas. Lo que se hizo fue implementarles dos condiciones de terapia: una consistió en el tratamiento usual por necesidades asistenciales de cada uno y en la otra se aplicó la ACT semanalmente durante 14 semanas añadida al tratamiento usual que ya habían recibido. Los resultados fueron mejores cuando se implementó la ACT de manera combinada, alcanzando niveles estadísticos significativos en la muestra en cuanto al funcionamiento normalizado de los clientes. Con esto, los autores indican que los elementos clave para la recuperación fueron tanto la implementación de conductas orientadas a valores personales como la aceptación emocional.

Con esto podemos ver que las terapias de tercera generación son compatibles, pudiéndose utilizar conjuntamente. Cabe destacar que la TDC llegó a incorporar procedimientos novedosos en cuestión de terapia, ya que en otros modelos no se aplica el implementar tanto la terapia individual como grupal de manera simultánea ni la posibilidad de que haya un contacto vía telefónica si una situación de crisis lo requiere.

No obstante, a pesar de lo ya mencionado, algunos llegan a afirmar que aún no hay mucha evidencia empírica en la ejecución con los trastornos de la personalidad debido a la dificultad de estos, y es que se ha mostrado poco interés en lo que respecta a la investigación y culminación de tratamientos, sobre todo conductuales, para los diagnósticos formales del DSM; esto debido a que desde una mirada conductista, la intervención se ha limitado a modificar comportamientos observables sin que se tenga la necesidad de categorizarlos, lo que ha dado como resultado el escaso bagaje de estudios para corroborar qué tanto han sido útiles para los trastornos de la personalidad, de acuerdo con las clasificaciones formales hasta el momento.

Aun se siguen haciendo investigaciones para acreditar a los tratamientos como eficaces y seguir incrementando la certeza con lo que respecta a estas terapias y sus técnicas de aplicación, incluso se pronostica que en los siguientes años habrá muchos más estudios para seguir confirmando esto, desarrollando a la par más estrategias de intervención (Navarro-Leis y Hernández-Ardieta, 2013).

Lo mismo sucede con el enfoque cognoscitivo-conductual en general, que aunque ya van varios estudios para mostrar su impacto, algunos autores opinan que aún no son datos muy fiables, recomendando realizar más investigación. Actualmente, mencionan que el TLP es el trastorno de personalidad sobre el que existen más datos de eficacia y tratamientos que se pueden aplicar; empero, con futuras y más investigaciones se podrá abordar mejor

este trastorno tan complicado y se obtendrá mayor información sobre qué tan fiables son los tratamientos, en particular, de la TCC (Caballo, 2004).

Hernández y Sánchez (2007), opinan que uno de los motivos por los cuales esta terapia no se ha desarrollado de manera más rápida es por falta de comunicación entre los profesionales que la aplican, lo cual ha provocado que no se conozcan los adelantos y trabajos tanto teóricos como prácticos de este marco psicoterapéutico que han hecho terapeutas en particular, por lo que quienes están interesados en aprenderlo no están muy bien informados respecto a en donde hacerlo.

El pronóstico de éxito de esta terapia en un futuro es prometedor, ya que cada vez es más aplicada y a diferentes problemas de salud, son más las investigaciones y los datos que se están llevando día con día para poder llevarla a cabo. Sin embargo, es importante mencionar que también es necesario que se difunda para qué tipo de personas es más efectivo este enfoque, debido a que ya existen muchas personas acostumbradas a ser “pacientes” en el sentido de que esperan que el psicólogo les resuelva sus problemas con sólo llegar y sentarse a la sesión de terapia (lo cual se implementa en psicoanálisis con un diván), esto dificulta que se cumpla el proceso requerido para un tratamiento cognitivo-conductual formal, debido a que en este tipo de intervención se requiere que el cliente realice las tareas que se le dejan en cada sesión, sin embargo, pueden acudir a terapia personas no realicen estas tareas o que no deseen arriesgarse a cambiar su forma de pensamiento y de comportarse.

De este modo, es sustancial reunir a los terapeutas que aplican la TCC para poder realizar proyectos de investigación, propuestas, difusión, etc., logrando que las orientaciones teóricas formen un solo grupo para el desarrollo de esta teoría.

Finalmente, estos autores afirman que muchos colegas entrevistados coinciden en que este tema y las investigaciones deberían emplearse a trastornos más específicos, ya que admiten que cada uno ha aplicado la teoría para diversos problemas muy específicos o generales sin estar reportando resultados como parte de una investigación. Conjuntamente, consideran que es necesario poner en marcha proyectos de capacitación e implementar planes de estudios en las universidades para enseñar a aplicar esta psicoterapia en problemas que competen a los profesionales de la salud y, así poder dar más solidez a las intervenciones y programas ya propuestos (Hernández & Sánchez, 2007).

Es por esto que, en este trabajo se pretende difundir una propuesta de cómo se pueden aplicar las distintas técnicas y estrategias de intervención propias de este enfoque que, de acuerdo con la teoría, han resultado ser probablemente las de mayor efectividad para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad.



Capítulo IV

Técnicas de intervención Cognitivo-Conductuales

“Las personas que creen que tienen la facultad de ejercer cierto grado de control sobre sus vidas son más saludables, más eficaces y más exitosas que aquellos que no tienen fe en su capacidad para llevar a cabo cambios en sus vidas.”

Albert Bandura -.

IV. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO

4.1 Objetivos del manual de técnicas de intervención y metas de tratamiento.

Con base en todo lo que ya se revisó hasta ahora y partiendo de que el tratamiento psicoterapéutico es el más adecuado para el TLP (de acuerdo con lo explicado en el Capítulo III), a continuación, se propone un plan de intervención basado en un conjunto de técnicas de acuerdo con el sistema cognitivo-conductual que, por lo ya descrito, cumple con las características para poder decir que es el tratamiento probablemente más eficaz hasta este momento para el trastorno.

El objetivo general de este manual es que el profesionista de la salud mental se beneficie de un procedimiento sistematizado basándose en diversas técnicas para el tratamiento de las personas que sean diagnosticadas con el Trastorno Límite de la Personalidad, que pueda implementar cada técnica basándose en lo descrito aquí y que el paciente²⁵ obtenga resultados satisfactorios. Los objetivos específicos se describirán en la ficha técnica de cada estrategia de intervención.

De este modo, se describen diversas técnicas que pueden ser utilizadas de acuerdo con el enfoque cognitivo-conductual clasificadas por área, es decir, se plasman un conjunto de herramientas para tratar aspectos cognitivos, y otras para trabajar con elementos tanto emocionales, como fisiológicos y conductuales. Lo que se propone es que el terapeuta elija cada una de acuerdo con el avance de cada paciente, ya que como se ha visto, el TLP puede llegar a ser impredecible y difícil de intervenir; además, se consideran también las diferencias individuales, las experiencias que van viviendo y el entorno de cada paciente en su evolución dentro de un entrenamiento terapéutico.

Si el terapeuta tiene duda sobre qué técnicas elegir, se recomienda que se base en las metas de tratamiento propuestas por Nezu et al. (2006). De acuerdo con estos autores, al trabajar con este trastorno, los resultados finales deberían ser disminuir la frecuencia e intensidad de las conductas autoflagelantes, disminuir los problemas comórbidos con otros trastornos del Eje I y Eje II, disminuir las hospitalizaciones, mejorar la autorregulación de estados emocionales y las relaciones interpersonales. Las metas del tratamiento deberían estar encaminadas a cumplir con esos objetivos, por lo tanto, ellos proponen las siguientes:

²⁵ “Paciente” es la denominación que se otorga a la persona que solicita un servicio de salud. En el extenso de este trabajo se refiere con este término al individuo que acude a terapia; no obstante, también es nombrado como *cliente* y *usuario*; debido a que también se les ha llegado a nombrar así en el mundo de la psicoterapia.



aumentar la adherencia y motivación terapéutica, disminuir conductas parasuicidas e ideación suicida, aumentar habilidades de autorregulación, mejorar la precisión cognoscitiva, aumentar habilidades de resolución de problemas y mejorar habilidades interpersonales. Para cumplir con cada una de estas metas sugieren implementar algunas técnicas de intervención, las cuales son mencionadas a continuación:

1. Aumentar la adherencia y motivación terapéutica.
 - ψ Psicoeducación.
 - ψ Estrategias de validación utilizadas en la Terapia Dialéctica Conductual.
 - ψ Manejo de contingencias.
 - ψ Terapia de aceptación y compromiso.
2. Disminuir conductas parasuicidas e ideación suicida.
 - ψ Reducción del comportamiento dañino con Terapia Dialéctica Conductual.
 - ψ Intervención en Resolución de Problemas.
 - ψ Reestructuración Cognoscitiva.
 - ψ Intervenciones basadas en la esperanza.
3. Aumentar habilidades de autorregulación.
 - ψ Meditación para ampliación de conciencia.
 - ψ Entrenamiento en Inoculación del estrés.
 - ψ Técnicas de relajación.
 - ψ Identificar y clasificar el afecto.
 - ψ Aumentar los sucesos placenteros.
4. Mejorar la precisión cognoscitiva.
 - ψ Reestructuración cognoscitiva.
 - ψ Terapia de procesamiento cognoscitivo.
 - ψ Resolución de problemas.
5. Aumentar habilidades de resolución de problemas.
 - ψ Terapia para la resolución de problemas.
 - ψ Terapia dialéctica conductual.

6. Mejorar habilidades interpersonales.
 - ψ Entrenamiento en habilidades de comunicación.
 - ψ Entrenamiento en comunicación asertiva.
 - ψ Habilidades de actividad y placer.

Como una meta adicional sugiere implementar estrategias para, en caso de ser necesario, disminuir el abuso de sustancias y abordar trastornos comórbidos específicos.

Para este manual, fueron desarrolladas en forma de descripción a detalle algunas técnicas de las ya mencionadas y se agregaron otras que también cumplen con el objetivo de las metas, de este modo, se obtuvieron un compendio de estrategias ya propuestas y revisadas por la literatura. Ahora, en el punto 4.2 se colocan de manera general las técnicas elegidas situadas en este capítulo para la intervención terapéutica del TLP; así mismo, se dan algunas recomendaciones al terapeuta para el orden de las sesiones y algunas cuestiones a considerar durante la terapia.

4.2 Estrategias y Técnicas para la Intervención Psicoterapéutica

Como ya se mencionó en repetidas ocasiones, las técnicas elegidas de abordaje se basan en el enfoque cognoscitivo-conductual, no obstante, también se incluyen algunas de otros abordajes que funcionan para tratar síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y/o fisiológicos, por lo que las consideramos de este enfoque por sus fines prácticos.

A la TCC se le denominó así debido a que las principales vías por las que se interviene al cliente es o por la conducta o por el pensamiento, ya que alterando alguno de estos dos elementos el estado emocional cambiará, provocando que también lo hagan los otros aspectos integrales de la persona y del enfoque, es decir, que las reacciones fisiológicas el pensamiento y/o la conducta influyan en el otro modificándolo. Es por esto que en esta guía se plantea intervenir los cuatro aspectos del modelo: respuestas fisiológicas, emoción, comportamiento y pensamiento; implementado de manera fundamental y principal las técnicas de tratamiento para transformar lo cognitivo y lo correspondiente a la conducta.

Son muchas las técnicas que se pueden elegir, sin embargo, para esta guía de tratamiento se proponen las siguientes debido a la efectividad mostrada con respecto al TLP:

Tabla 10:

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

Técnicas Base	Análisis Funcional
	Alianza Terapéutica
	Validación Experiencial
	Motivación al cambio
	Psicoeducación
	Habilidades Básicas de Conciencia
	Manejo del suicidio
Aspectos cognoscitivos	Identificando el concepto "pensamiento"
	Demostrando la relación entre pensamiento, emoción y conducta
	Reestructuración cognoscitiva
	Localizando "Cogniciones ocultas"
	Detección de pensamientos automáticos
	Clarificando lo aprendido
	Autoregistro
	Identificando creencias nucleares y creencias intermedias
	Flecha descendente
	Stop a los pensamientos
	Combatiendo el pensamiento catastrófico
	Desarticulación del pensamiento absolutista y sobregeneralizaciones
	Búsqueda de pensamientos alternativos
	Suma de ventajas y desventajas de mantener la creencia
	Degradación y definición precisa de términos
	Personalización y autofoco
	Habilidades básicas de conciencia y habilidades para tolerar el sufrimiento.
Técnica del rechazo de "peros"	
Resolución de problemas y Toma de decisiones	
Aspectos fisiológicos	Relajación por entrenamiento autógeno
	Tensión-Relajación
	Respiración diafragmática-rítmica.
Aspectos afectivos	Educación Emocional
	Entrenamiento en inoculación del estrés

Continúa...



Aspectos comportamentales	Ensayo conductual
	Entrenamiento asertivo
	Adoptar puntos de vista diferentes
	Efectividad interpersonal

A través de la Tabla 10 se muestran las técnicas de intervención sugeridas en el tratamiento para el TLP, las cuales son desarrolladas en el siguiente apartado.

Así mismo, es importante considerar que a veces algunas personas cercanas al paciente funcionan como reforzadores de ciertos patrones desadaptativos, por lo que es necesario identificarlas para que también se trabaje con ellas en la medida que se pueda (Escribano, 2006).

En general, las técnicas clasificadas en el recuadro anterior son las que serán detalladas en la siguiente sección; no son acomodadas por número de sesión debido a que lo que se pretende en esta guía es que se implemente de acuerdo con las necesidades del cliente y del terapeuta, tomando en cuenta la evolución, las expectativas y los objetivos del paciente.

No obstante, dentro de esta propuesta, se recomienda que para todas y cada una de las reuniones terapéuticas se tenga como línea base una *orden del día*, lo cual facilita al psicólogo tratante abordar de una forma funcional y global al paciente; ésta se muestra en el siguiente recuadro:

Tabla 11:

Factores a considerar en todas las consultas de terapia.

1	Rapport
2	Explicación de la orden del día
3	Recopilación de los aspectos sucedidos en la semana
4	Revisión de tareas asignadas en sesión anterior
5	Explicación y aplicación de la técnica correspondiente a la sesión*
6	Tarea para la semana.
7	Cierre de sesión
8	Aplicación de reestructuración cognitiva, validación emocional y alianza terapéutica**.
9	Notas de evaluación semanal

*Se puede omitir o cambiar si el paciente lo necesita, ya sea por si se necesita contención emocional o por si lo sucedido en la semana requiere de otra técnica.

**Se recomienda aplicar estas tres técnicas como línea base para cada consulta.

En la Tabla 11 se presentan los puntos que son recomendados para aplicar en cada una de las sesiones de tratamiento que maneje el terapeuta. Se propone de esta manera ya que, además de lo ya dicho, se considera que es una forma accesible de intervención para todas las consultas que realice tanto el profesional de la salud como estudiantes o colegas que vayan comenzando a tener experiencia en este ámbito. Con “notas de evaluación semanal” nos referimos a que, terminando cada sesión, es importante que el psicólogo realice un resumen de lo visto en la sesión apoyándose de las notas que haya realizado, esto se anexa a su expediente y sirve para que en futuras sesiones pueda recordar de manera fácil lo que trató con la persona.

Es menester mencionar que para las primeras sesiones se sugiere contemplar la aplicación de las siguientes tácticas:

Sesión 1. Dar un buen énfasis en el *rapport* y apego a la terapia, esto es, reforzar la *alianza terapéutica* para que el usuario no abandone el tratamiento. Recabar datos de identificación del paciente como su nombre completo, información familiar y de formación, domicilio, edad, etc.; los cuales servirán para ir formando su expediente. Que el terapeuta permita la expresión *emocional*, ya que es muy común que la persona acuda por algún evento problemático emocional reciente o porque sienta que “ya no puede más”, por eso, antes de empezar con cualquier cosa, es muy efectivo que se le permita expresarse. Hablar sobre las expectativas del paciente y los objetivos terapéuticos, lo cual permitirá ir estableciendo el rumbo de la intervención. Comenzar a realizar preguntas para poder realizar un diagnóstico y finalmente, establecer el compromiso terapéutico sobre los horarios de las siguientes sesiones, por los menos, de la siguiente.

Sesión 2. De ser necesario, seguir indagando en el padecimiento o estado mental de la persona, ya sea mediante el apoyo de pruebas psicológicas, empleo de un análisis funcional y elaboración de la evaluación multiaxial. Generalmente se empieza la fase psicoeducativa para que el paciente vaya comprendiendo el porqué de su forma de ser y de sus malestares que lo llevaron a solicitar ayuda terapéutica. Se recomienda establecer el rumbo de la intervención donde se llegue a acuerdos de la frecuencia de las sesiones y a compromisos con respecto al modo en que se llevará la terapia.

Sesión 3 y Sesión 4. Empezar a hacer uso de la reestructuración cognoscitiva e identificación de pensamientos disfuncionales en el paciente, esto con apoyo de la psicoeducación donde se explique el modelo cognitivo-conductual y los tipos de pensamientos que existen. Así mismo, dependiendo del estado emocional del paciente, se

pueden incluir técnicas de regulación emocional y/o fisiológica, tales como la relajación por entrenamiento autógeno o herramientas de autocontrol.

Para las siguientes consultas, conviene seguir *la orden del día* de la tabla 11 e ir implementando las técnicas aquí propuestas. A referencia de esta línea, Keegan (2004) comenta que también hay que tener en cuenta que existen diferencias significativas en los tratamientos cognitivos que son para problemas emocionales o del eje I y los que son del eje 2, es decir, los trastornos de la personalidad; siendo estas diferencias importantes para el TLP. Particularmente, el abordaje cognoscitivo para los trastornos de la personalidad se basa más en los factores históricos y el cómo se fue desarrollando el padecimiento y se da más énfasis a la relación terapeuta-paciente, así mismo, el tiempo del tratamiento se prolonga, por ejemplo, en el *Center for Cognitive Psychotherapy* va de 50 a 150 sesiones.

Esto se menciona ya que en este trabajo se cree que debe ser considerado por el terapeuta que desee aplicar las herramientas establecidas en este material. También, este mismo autor afirma que una estrategia frecuente para la intervención de algún trastorno de la personalidad puede ser primero abordar la patología del eje I junto con la promoción de la alianza terapéutica, solidificándola con logros terapéuticos. El cambio de modalidad puede ser de manera gradual con base en los objetivos terapéuticos que se hayan acordado previamente con el paciente.

Concluido el tratamiento, se pasa a la fase de seguimiento de la cual se hablará en la parte final de este trabajo junto con la forma de evaluación de la terapia.

Por último, se recomienda al especialista consultar y basarse en la normatividad vigente para la elaboración de un expediente clínico (NOM-expediente clínico), el cual se puede ir haciendo con las notas de evaluación semanal, esto con el fin de tener un registro de la evolución del paciente.

A continuación, por medio de tablas y fichas descriptivas, se plasman con detalle y de manera estructurada las técnicas que fueron elegidas para el abordaje del trastorno límite de la personalidad.

4.3 *Fichas descriptivas de las técnicas y síntomas a tratar.*

A continuación, se encuentran una serie de tablas denominadas “fichas descriptivas”, las cuales contienen una o varias técnicas que tienen como objetivo orientar al terapeuta en la intervención del síntoma para el que esté dedicada la ficha. Es importante aclarar que muchas de ellas vienen descritas en femenino, esto porque en general, son más las mujeres que padecen este trastorno, sin embargo, eso no significa que su empleo solo se reduzca a las mujeres, por el contrario, se pueden utilizar tanto para el género femenino como para el masculino. Cada una se divide en: nombre de la técnica, área de dominio, síntoma a tratar, objetivo de la técnica, materiales, condiciones preparatorias, descripción de la técnica, cierre, recomendaciones y contraindicaciones y, bibliografía. Están clasificadas por el área de dominio con respecto al síntoma para el que está destinada la técnica: cognitivo, fisiológico, conductual y afectivo. También se encuentran algunas técnicas que se recomiendan utilizar tanto al principio como al final de toda la intervención a las cuales se les denominó “Técnicas Base”. Las técnicas fueron específicamente seleccionadas para tratar síntomas característicos del TLP, que aunque la mayoría de ellas no se crearon exclusivamente para el tratamiento de este trastorno, se toma en cuenta la eficacia de cada técnica de acuerdo con su fundamentación teórica para cada síntoma, que en este caso corresponda al TLP. De este modo, la utilización de estas estrategias también podrían ser implementadas para otros padecimientos psicológicos que posean el o los síntomas para el que se dedicaron las técnicas, solo hay que tomar en cuenta la posibilidad de adaptarlas específicamente a las características del trastorno mental que se esté tratando y por supuesto a las particularidades de la persona.

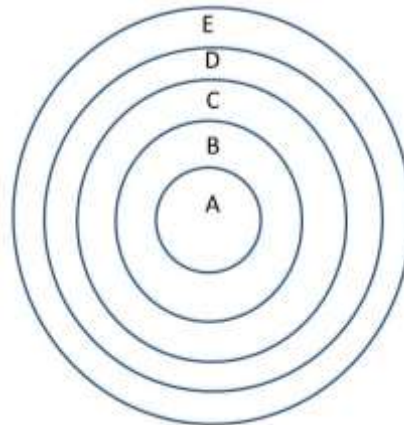
Una última recomendación para el terapeuta, antes de comenzar con la descripción de las técnicas, es que se sugiere que el cliente lleve una especie de libreta o diario que esté destinado a “Terapia Psicológica”, de modo que ahí pueda agendar las citas, anotar sus tareas y conceptos aprendidos durante las sesiones, lo cual puede ayudar tanto al paciente como al terapeuta a percibir los avances que se van teniendo con el tratamiento.



Nombre de la técnica
ANÁLISIS FUNCIONAL
Dominio (área)
De inicio
Síntoma objetivo
Elección o decisiones en el tratamiento
Objetivo
Realizar una entrevista conductual, obtener información del paciente y analizar los elementos que influyen en el trastorno de este.
Materiales
Tabla de madera para recargarse, bolígrafo, hojas.
Condiciones preparatorias
<p>Se le informa al paciente que se le harán una serie de preguntas para analizar un poco más a detalle lo que está viviendo, cuál es su relación con el padecimiento que posee y qué posible intervención se puede seguir con la información obtenida. Se le indica que es importante que sea sincero y que intente proporcionar la mayor información posible. Las indicaciones podrían ser las siguientes:</p> <p>“Hoy me gustaría que nos enfocáramos en las cuestiones involucradas con las causas por las que acudiste a terapia, o por lo menos las que te producen más molestia. Te iré haciendo algunas preguntas con el fin de encontrar información específica que nos puede ayudar a identificar mejor qué es lo que trabajaremos durante la intervención psicoterapéutica, ¿estás de acuerdo?”</p>
Descripción de la técnica
<p>El terapeuta establece la entrevista basándose en los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ϕ Identificar el <u>rango</u> de problemas: aquí se emplean una serie de preguntas para encontrar todo lo referente a la historia del paciente relacionado con sus problemas y que sean cuestiones relevantes, primarias y secundarias, obteniendo una <i>visión completa</i> de su persona. Algunos ejemplos de preguntas son: <ul style="list-style-type: none"> - Háblame de ti. - Háblame de los motivos por los que acudes a terapia. - ¿Qué problemas psicológicos crees tener? - ¿Por qué sientes que te sucede esto? - ¿Por qué tomaste la decisión de solicitar ayuda? - ¿Cuáles son todos los problemas que crees tener, que te gustaría trabajar en la terapia?

- Actualmente, ¿cómo te sientes en tu vida?
- En este momento de tu vida, ¿cuáles son tus intereses?
- ¿Qué tipo de palabras pasan por tu cabeza que son molestas para ti? ¿podrías describirlas?
- ¿Qué te estresa ahora en tu vida?
- ¿Qué circunstancias consideras que no son buenas para ti?
- ¿Qué elementos de tu vida consideras que no funcionan tan bien?
- Actualmente, ¿qué problemas te preocupan más?
- ¿Alguna otra cosa que te preocupe?

Algo a considerar en este punto, es que para algunas personas puede resultar difícil compartir información con el terapeuta, por lo que se recomienda que, si se da el caso, el planteamiento sea un tanto diferente. Una estrategia podría ser utilizar la técnica de “Círculos Concéntricos” en donde se proporciona un dibujo similar al siguiente:



En el círculo “A” se incluyen los aspectos más personales y en el “E” los aspectos más públicos; algunos ejemplos para ofrecer son que en el círculo “A” podría incluirse información como sentimientos de hostilidad, problemas sexuales y de infidelidad, esto es, todo lo que el paciente considere muy privado y, en el último círculo, aquello que no le cueste trabajo contar a los demás.

Otras formas de animar al paciente a proporcionar información son mediante la visualización o fantasía del problema pidiendo, por ejemplo, que repase los aspectos de sus problemas a modo de película en su cabeza.

⊗ Seleccionar y dar prioridad a cuestiones y problemas: es muy raro que el mismo cliente de a entender solo un aspecto a intervenir o que salga ese dato por sí mismo en la evaluación; lo común es que del problema inicial se deriven muchos más, es por esto que el terapeuta debe tener presente y buscar qué situación específica de conflicto seleccionará el cliente para comenzar a trabajar.

De este modo, se apoya al paciente para que elija los problemas a los cuales les quiere dar prioridad y con cual le gustaría comenzar. Ejemplos de preguntas guía para esto son:

- ¿Con qué problemática te gustaría que comenzáramos a trabajar?
- Enumera el orden en que te gustaría tratar los estados emocionales que te afectan.
- ⊗ ¿Cuál de las cosas que te producen malestar crees que es más importante para comenzar?

Se explica que dar prioridad y decidir sobre el rumbo del tratamiento es importante porque si se intentan ver distintos aspectos al mismo tiempo, el paciente se puede saturar, lo que puede provocar sentimientos de sobrecarga y ansiedad de modo que piense que no está logrando nada en la terapia. El área problemática a elegir es responsabilidad del paciente, no obstante, el terapeuta debe orientarlo para que tome la decisión más acertada. En sí, se recomienda comenzar con lo más “doloroso” y lo que puede poner en “riesgo” la seguridad del paciente; tomar en cuenta el problema por el cual el paciente decidió acudir a terapia; identificar el problema cuya resolución sea más significativo para él; también se puede comenzar con el que de mayor probabilidad de ser resuelto con éxito y que no implique un gran esfuerzo, de modo que el cliente reciba refuerzo por acudir a la terapia; se debe identificar si alguno de los problemas provoca otros más de modo que se haga una cadena, para atacar primero ese que es central. Algunas preguntas de ayuda son:

- ⊗ ¿Qué aspecto representa mejor la razón por la que acudiste?
- ⊗ ¿Con cuál de los problemas sentirías mayor satisfacción si fuera resuelto?
- ⊗ ¿Qué aspecto es más doloroso para ti?
- ⊗ ¿Cuál problema crees que podrías manejar de manera más fácil y con mayor éxito?
- ⊗ ¿Qué consecuencias tendría no trabajar con determinado problema?

⊗ Identificar los seis componentes de las conductas problema: en este paso se ayuda al paciente para que identifique los componentes que son, emocional, fisiológico, conductual, cognoscitivo, contextual y de relación. Es importante indagar en cada estado debido a que con esto se define operativa y objetivamente el problema, también, con esta información se puede seleccionar mejor a las estrategias y los enfoques del tratamiento.

Para esto, el terapeuta le pregunta al paciente sobre el último evento que le haya provocado un gran estado emocional. Basado en eso, comienza con las preguntas para indagar sobre cada uno de los componentes:

1. Contextual: muchas veces, el contexto que acompaña a la conducta problema suele determinar que este realmente sea un problema o no y si se analiza, esto puede influir en la intervención pues hay algunos episodios que solo surgen ante determinada situación. Así, se deben evaluar las creencias culturales, los lugares donde ocurre el problema, los momentos en los que no aparece, patrones de comportamiento o si algo genera una cadena de acontecimientos.

Se propone apoyarse de lo siguiente para la obtención de esta área:

- ⊗ ¿Qué fue exactamente lo que pasó?
- ⊗ ¿podrías describir el hecho?, en dónde estabas, qué había alrededor, cuál era el olor, qué hora era, etc. (las preguntas necesarias para que recuerde lo más exacto el evento).
- ⊗ ¿pertenece a algún grupo étnico?
- ⊗ ¿te sientes vinculado con alguna cultura en particular? ¿por qué?
- ⊗ ¿Cómo afectan tus valores en tu malestar emocional?
- ⊗ Generalmente, ¿en qué situaciones te sientes de ese modo?
- ⊗ ¿En qué momentos no se presenta la problemática?
- ⊗ ¿podrías señalar algún momento del día, ya sea mañana tarde o noche, en los que pudiera aparecer de manera regular el problema?
- ⊗ ¿este episodio suele presentarse en otros contextos?
- ⊗ Describe un día típico.

2. Emocional: se recomienda que el estado afectivo sea de los primeros componentes a indagar, ya que generalmente al paciente le resulta más fácil identificarlo. Es importante que después se analice el contenido del estado afectivo en términos de *agradable/desagradable* y el nivel de intensidad. Ejemplos de las preguntas que se pueden realizar son:

- ¿Qué fue lo que sentiste?
- ¿Qué emoción te produjo ese acontecimiento?
- ¿Qué tipo de sentimientos sueles tener cuando vives ese tipo de situaciones?

También se pueden hacer preguntas para indagar sobre *sentimientos encubiertos*:

- ¿Te has dado cuenta que cada que discutes con tu madre te duele la cabeza? ¿Qué sentimientos crees que acompañen ese malestar?
- He percibido que cada que hablamos sobre tu trabajo cambias de actitud o te pones seria, ¿qué sientes cada que piensas en eso?
- Mencionas que sientes “dolor” al recordar tu infancia, ¿qué nombre le pondrías a ese

sentimiento, qué emoción sería?

3. Fisiológico: este apartado es muy importante debido a que lo fisiológico se relaciona mucho con lo emocional. El terapeuta debe centrarse en obtener información sobre molestias físicas, nutrición, ejercicio, abuso de sustancias y otras sensaciones corporales relacionadas a la conducta problema. Algunas preguntas de apoyo son:
 - ⊗ ¿recuerdas qué fue lo que sentiste en tu cuerpo?
 - ⊗ ¿qué sensaciones tenían tu cuerpo?
 - ⊗ cuando ocurre esto, ¿eres consciente de alguna molestia corporal?
4. Cognoscitivo: este apartado es esencial, pues de aquí se deriva qué tanto debe trabajarse con la parte cognitiva y se buscan las ideas irracionales que pudieran estar más presentes. De este modo, se debe indagar sobre las ideas disfuncionales, analizando que “dicen” o “piensan” los pacientes para sí y como se relaciona eso con su problema. Se puede preguntar:
 - ⊗ ¿Qué fue lo que pensaste antes o mientras sentías esa emoción? Trata de recordar que pasaba por tu mente, no lo que sentías, más bien lo que pensabas.
 - ⊗ ¿en qué pensabas cuando viviste eso?
 - ⊗ Completa estas frases: mi pareja debería... mis amigos deberían... la vida debería... mi familia debería... mi jefe debería... yo debería...
 - ⊗ ¿Qué te dices a ti mismo cuando pasas por eso?
 - ⊗ ¿Qué te llegas a decir cuando no ocurre algo o cuando te sientes mejor?
5. Conductual: aquí se debe investigar sobre las acciones llevadas a cabo durante el episodio problema, tomando en cuenta tanto los excesos como déficits. Se sugiere poner atención sobre si realmente el paciente entiende lo que implica “conducta” pues muy frecuentemente lo llegan a confundir con el sentimiento. Las preguntas que ayudan para obtener esta información son:
 - ⊗ ¿A qué te refieres con “problemas con la gente”?
 - ⊗ Describe que haces cuando te enojas.
 - ⊗ ¿Cómo actúas cuando te dejas llevar por una emoción, qué es lo que haces?
 - ⊗ ¿Cómo me doy cuenta que esta triste?
 - ⊗ Describe las últimas veces que *estallaste*.
 - ⊗ Si una cámara hubiera grabado lo que hiciste cuando te enojaste en esa situación, ¿qué hubiera grabado?
6. Relación: en ocasiones, la problemática suele estar asociada a determinadas personas, ya sea a su presencia o ausencia; algunas personas pueden ayudar o perjudicar la situación. En el caso del TLP, este apartado es muy importante debido a su alta frecuencia de problemas interpersonales. Para indagar sobre como las personas que rodean al cliente refuerzan o no su

conducta problemática, se pueden hacer las siguientes preguntas:

- ⊗ ¿Qué efectos producen estas personas en tu vida?
 - ⊗ ¿Cómo influyen ellos en tu problemática?
 - ⊗ ¿Quién más estaría implicado en este problema?
 - ⊗ ¿Cómo reaccionarían si mejorarías tu situación?
 - ⊗ ¿De alguien aprendiste a pensar y/o actuar así?
 - ⊗ ¿Cuánto seres queridos importantes consideras que tienes a tu lado?
 - ⊗ ¿Quiénes de los seres queridos que actualmente están en tu vida tienen mejores efectos en ti?, ¿Quiénes tienen efectos negativos sobre ti?
 - ⊗ ¿Alguna persona significativa para ti vive la misma problemática que tú?
 - ⊗ ¿Quiénes de los seres queridos que actualmente NO están en tu vida tienen mejores efectos en ti?, ¿Quiénes tienen efectos negativos sobre ti?
 - ⊗ ¿Hay alguna persona que conozcas y respetes que maneje sus problemas como a ti te gustaría hacerlo?
- ⊗ Identificación de los antecedentes- empleando indicaciones para ayudar al paciente a identificar fuentes de antecedentes y su efecto sobre la conducta problema. Se debe evaluar qué variables preceden al problema, estas variables pueden ser los 6 componentes descritos en el apartado anterior. Por antecedentes entendemos a los estímulos ocurridos antes del problema que suelen hacer que sucedan, algunos pueden ocurrir inmediatamente antes del acontecimiento, pero otros pudieron haber ocurrido mucho tiempo atrás. Lo que aquí se debe indagar son las condiciones encubiertas o manifiestas que suceden antes de que ocurra el problema y aumenten su probabilidad de ocurrencia, cuáles disminuyen su probabilidad y cuáles se producen aun sobre el problema. Tomando en cuenta los seis componentes de las conductas problema, a continuación, se muestran algunas preguntas encaminadas a obtener información de este rubro:
- ⊗ Afectiva: ¿qué sientes antes de que te ocurra eso?
¿Qué emociones solías sentir antes en el pasado, que puedas asociarlos al problema?
 - ⊗ Conductual: ¿qué haces antes de que ocurra el problema?
¿Qué acciones llevabas a cabo antes que crees que pudieron influir en tu situación actual?
 - ⊗ Cognoscitiva: ¿qué pensamientos tuviste en el pasado que pudieran haber influido en tu problema de ahora?
¿Llevaste algún escrito como algún diario donde pudiéramos analizar lo que decías

sobre lo que vivías?

- ⊗ Fisiológica: ¿antes de que ocurra el problema, sientes algo en tu cuerpo?
¿Anteriormente, cuando tenías esa emoción, llegaste a notar alguna sensación en tu cuerpo?
 - ⊗ Contextual: ¿en qué situaciones sueles encontrarte antes de que ocurra?
¿Dónde y cuándo ocurrió por primera vez este problema?
 - ⊗ Relacional: ¿existe alguien que pudiera estar ocasionando el problema o sueles estar con alguien antes de que ocurra?
¿Alguien de tu pasado influyó en que pasaras por esto?
- ⊗ Identificación de las consecuencias- del modo que se hace con los antecedentes también se puede hacer con las consecuencias, utilizando indicaciones para ayudar al paciente a identificar las fuentes de las consecuencias y su influencia sobre la conducta problema. Como su nombre lo sugiere, las consecuencias ocurren después del estímulo problema e influye en él ya sea como reforzador al fortalecer la conducta o como castigo al debilitarla y disminuirla. Algunos ejemplos:
- ⊗ Afectiva: ¿cómo te sientes después de que ocurre el problema?
¿Crees que alguna emoción influya en que se siga repitiendo tu conducta o por el contrario?
 - ⊗ Conductual: ¿qué haces después de que ocurre el problema?
¿Podrías identificar algún patrón de conducta que suela ocurrir después del evento y que pudiera estar influyendo en que tú quieras seguir haciendo lo mismo, o por el contrario?
 - ⊗ Cognoscitiva: ¿qué te dices a ti mismo justo después de que viviste esa situación?
¿Qué piensas que podría pasar (positivo y negativo) si resolvieras el problema?
 - ⊗ Fisiológica: ¿se presenta alguna sensación corporal placentera o molesta después del problema?
¿Crees que algo físico como ejercicio, dieta o enfermedad este asociado a esto que te sucede, cómo influye?
 - ⊗ Contextual: ¿Qué hechos suceden después del problema?
¿Podrías asociar algún lugar o momento particular que influyan en que te siga ocurriendo esto o al revés?
 - ⊗ Relacional: ¿alguna persona reacciona de manera particular y significativa a lo que te sucede después?
¿Podrías identificar si hay alguien que favorezca que se siga produciendo el problema o por el contrario?

⊗ Identificación de las ganancias secundarias- usando indicaciones para ayudar al paciente a identificar las variables controladoras que sirven como “recompensas” para mantener la conducta problema, de modo que se dé cuenta de las posibles variables que estén ayudando a que su problemática persista. Este es un punto importante y un elemento especial a prestar atención dentro de las consecuencias, debido a que son recompensas que pueden estar *encubiertas* y que difícilmente el paciente acepte. Se le puede explicar que a veces no somos conscientes de ello, pero a veces recibimos alguna *recompensa* por seguir manteniendo nuestra conducta desadaptativa y que esas recompensas se ven amenazadas cuando llega el bienestar, por lo que es muy importante identificarlas para poder trabajar con ellas; algunas preguntas que pueden ayudar en esto son:

- ⊗ ¿qué ventajas tiene seguir así?
- ⊗ ¿Cómo te ayuda este problema?
- ⊗ Lo bueno de esto es...
- ⊗ ¿Qué obtienes de tu situación actual que ya no tendrías si cambiara?
- ⊗ ¿Qué pasaría si esto mejorara?

⊗ Identificación de soluciones anteriores- empleando indicaciones para ayudar al paciente a identificar soluciones o intentos previos para solucionar el problema y su efecto posterior sobre el problema. Esto ayuda al terapeuta en el ámbito de evitar dar recomendaciones que al paciente le resulten poco probables de éxito y lo vea como “más de lo mismo”, también para saber si esos intentos de solución desencadenaron otros problemas. Se pueden hacer los siguientes cuestionamientos:

- ⊗ ¿Has acudido anteriormente a terapia para tratar de solucionar tu situación?, ¿me podrías decir que fue lo que sientes que te funciona y que no?
- ⊗ ¿Qué has hecho para resolver tu problemática?
- ⊗ ¿Cómo has intentado manejar este problema u otros relacionados? ¿a qué crees que se deba su éxito o fracaso?

⊗ Identificación de las habilidades de afrontamiento del paciente- utilizando indicaciones para ayudar al paciente a identificar conductas presentes y pasadas adaptativas o de afrontamiento, y cómo se podrían emplear dichas habilidades para trabajar con el problema actual. Esto es importante porque no solo se debe analizar a la patología, también se debe ver lo positivo, los

recursos con los que cuenta el paciente y que pueden ayudar al tratamiento; de este modo, el paciente podrá sentirse más esperanzado, podrá apreciar que no todo es malo y que también cuenta con posibilidades de generar un cambio. Se sugiere que el terapeuta indague en los valores y destrezas utilizados para la resolución de problemas, en las competencias cognitivas para el manejo de situaciones y las de autocontrol para soportar la frustración asumiendo responsabilidades. Para esto, se pueden hacer las siguientes preguntas:

- ⊗ ¿qué habilidades consideras que tienes que podrían ayudarte a resolver esto?
 - ⊗ ¿qué medios puedes utilizar para controlar esto?
 - ⊗ ¿qué te dices a ti mismo que te ayuda a sentirte mejor?
 - ⊗ ¿bajo qué condiciones consideras que te es más fácil llevar esto?
- ⊗ Identificación de las percepciones del paciente sobre el problema- utilizando indicaciones para ayudar al paciente a describir cómo entiende el problema. Esto ayuda al terapeuta a conseguir información que favorece la comprensión del problema, también para analizar cuál es la *posición* del paciente ante su problemática. Podemos investigar sobre este rubro a través de las siguientes interrogantes:
- ⊗ Si tu situación se proyectara en una película, ¿qué título le pondrías?
 - ⊗ Describe tu problema en una sola palabra.
 - ⊗ ¿Qué frase quedaría bien para describir tu problemática?
 - ⊗ ¿cómo entiendes tú esta situación?
 - ⊗ ¿Qué significa todo esto que vives para ti?
 - ⊗ ¿Cuál sería tu interpretación de tu situación?
- ⊗ Identificación de la intensidad del problema- usando indicaciones y/o la autoobservación por parte del paciente para identificar el impacto del problema sobre la vida del mismo, esto es, cuánto le afecta, incluyendo a) el grado de intensidad del problema y b) la frecuencia o duración de las conductas problema. Este sería un tipo de análisis multiaxial y favorece en la percepción de la evaluación del paciente con el tratamiento. Se pueden seguir las siguientes afirmaciones para la evaluación de este rubro:
- Grado de Intensidad:
- ⊗ ¿Cómo afecta este problema en tu vida?
 - ⊗ ¿Si no se resolviera, qué tanto afectaría tu vida en general?
 - ⊗ Dices que generalmente sientes tristeza y enojo, en una escala del 1 al 10, ¿qué tan

fuertes son estos sentimientos?

Frecuencia o duración:

- ⊗ ¿Cada cuando ocurre esto?
- ⊗ ¿Qué tan frecuente suele darse este problema?
- ⊗ ¿Cuántas veces te sucede eso?
- ⊗ ¿Cuánto dura ese sentimiento en ti?
- ⊗ ¿Durante cuánto tiempo permanece ese problema?

Con este último rubro se termina la entrevista. También se puede utilizar la siguiente guía (tabla) con fines de practicidad:

ANTECEDENTES	VARIABLES ORGÁNICAS	RESPUESTA	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Externos: <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Lugar ⊗ Situación ⊗ Persona ⊗ Internos: <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Pensamientos anticipatorios 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Historia de aprendizaje: competencias, creencias, personalidad. ⊗ Variables biológicas estables. ⊗ Variables culturales: grupo de referencia de la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Conductual: observable. ⊗ Cognitiva: pensamientos. ⊗ Fisiológica: corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Inmediatas: personales. ⊗ Corto, mediano y largo plazo. <p>¿Por qué sigue teniendo la misma conducta?</p>

Cierre de la técnica

Un poco antes de terminar con la entrevista, se le insinúa al paciente que ya casi está por terminar; justo en el último apartado, se le dice una frase como “ya por último...”

De ese modo, se da cierre a la entrevista dándole las gracias por su confianza e indicándole que es de gran ayuda toda la información proporcionada por él, pues así se puede establecer mejor el tratamiento. Se le invita a dar algún comentario y se le puede preguntar cómo se siente después de todo lo hablado.

Recomendaciones y contraindicaciones

Esta herramienta es un tipo de entrevista que ayuda al diagnóstico y sirve como base en la decisión de la intervención; la cantidad de tiempo o número de sesiones para la obtención de esta información varía dependiendo el paciente y su problemática ya que a veces basta con una sola sesión, pero también en ocasiones son necesarias de dos a tres o incluso más. No obstante, independientemente del número de sesiones destinadas para esto, se debe tomar en cuenta que ahí no acaba la recolección de información, sino como tal, durante todo el proceso de intervención se debe mantener el grado de evaluación del problema.

Es de considerarse que la guía de entrevista por si sola es insuficiente para la evaluación del problema, ya que también deben ser analizadas cada una de las respuestas del paciente. Para dar significado a estas, se sugiere utilizar herramientas como la síntesis, reflexión, confrontación y clarificación; esto último, es muy importante hacerlo (en caso de duda) antes de pasar alguna pregunta más.

Por último, es posible que al paciente se le dificulte recordar sus pensamientos, por eso es importante ayudarlo dándole ejemplos.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Caballo, V. E. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Tercera edición, Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores. p. 767-770.

Cormier, William H. & Cormier, L. Sherilyn (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Tercera edición. España: Descleé de Brouwer. p. 242-263.

Cormier, S. & Cormier, B. (1998). *Interviewing strategies for helpers: fundamental skills and cognitive behavioral interventions*. Fourth edition. USA: ITP. p. 183-198.

<p>Nombre de la técnica ALIANZA TERAPÉUTICA</p>
<p>Dominio (área) Adherencia y motivación para la terapia</p>
<p>Síntoma objetivo Alianza terapéutica</p>
<p>Objetivo Proveer al terapeuta de herramientas para fomentar una buena alianza en el proceso de terapia.</p>
<p>Materiales No son necesarios</p>
<p>Condiciones preparatorias</p> <p>Esta técnica está dirigida al terapeuta, se describen algunas recomendaciones para favorecer que se dé una alianza adecuada entre paciente y terapeuta. Por lo que se sugiere que sean aplicadas desde un inicio y durante todo el proceso de tratamiento.</p>
<p>Descripción de la técnica</p> <p>Existen algunos componentes que es recomendable que la persona dedicada a dar terapia psicológica posea, de modo que ayude para que se dé una alianza terapéutica adecuada, estos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Pericia. Se refiere a contar con la competencia para desarrollarse profesionalmente, esto implica a los estudios, certificados, título, cedula, experiencia, estatus, el entorno, el rol y la reputación. Conductualmente, son señales de seguridad, como fluidez verbal, atención, ser objetivo, uso de preguntas que estimulan el pensamiento y las interpretaciones. ⊗ Atractivo. Este punto tiene que ver con el aspecto personal, la apariencia y atractivo. Conductualmente, se observa en el buen uso del comportamiento tanto verbal como no verbal, que las autorrevelaciones sean moderadas y que estas tengan que ver con la estructura de lo que se está hablando. El atractivo físico e interpersonal, de inicio, contribuyen a la aceptación del cliente, a tenga una impresión buena del terapeuta, como alguien competente y fiable. Esto es muy importante durante las primeras sesiones, en lo que el terapeuta trabaja en el rapport y motivación para que el paciente continúe acudiendo a la intervención, conforme pasa el tiempo, estos aspectos se vuelven menos significativos pero comienzan a tener mayor peso las habilidades del terapeuta,

- ⊗ **Fiabilidad.** Este es el rubro más significativo, se refiere a la **confianza** que se tiene hacia el terapeuta, esto es, la opinión del paciente sobre si el terapeuta no le engañará o perjudicará. La fiabilidad se percibe a través del rol del terapeuta, ya que por lo menos al inicio, el cliente se deja llevar por el estatus social que tiene el terapeuta; también influye la reputación que tenga sobre su honestidad, tienen a considerar al consultor confiable si ya han escuchado buenas observaciones de él, sobre su conducta ética y profesional; también son tomados en cuenta aspectos verbales como su nivel de claridad y sinceridad. En realidad, la confianza es muy difícil de ganarse pero muy fácil de perderse, es por eso que se debe de trabajar con mucho esmero y recordar que requiere de tiempo y que depende de la actitud de ambas partes, por lo que debe solidificarse con conductas apropiadas; estas conductas incluyen la congruencia verbal y no verbal, a nivel no verbal, la aceptación y recepción de las revelaciones del cliente y, a nivel verbal, el uso del parafraseo objetivo, consistencia entre palabras y hechos, claridad, honestidad, precisión, reacciones no defensivas ante las pruebas de confianza que hace el cliente, la fiabilidad de la información y confidencialidad.
- ⊗ Por último, las **características individuales del cliente** también son importantes en este proceso, las variables que favorecen la alianza son la motivación, las expectativas, el sexo, raza, género y compromiso necesario para el cambio.

Otro aspecto fundamental para la alianza terapéutica, son las respuestas de **escucha** por parte del terapeuta, de hecho, esto es considerado como el cimiento de todo el proceso terapéutico. Para esto, se debe tomar en cuenta a las modalidades sensoriales que hace referencia el cliente en su discurso, es decir, si son del tipo visual, kinestésico o auditivo. Algunas palabras que usa una persona que es visual son *como, mira, claro, parece*; una persona auditiva emplearía *oye, dice, escucha, suena* y una persona kinestésica, *siente, toca, capta, sensación, etc.* Hay quienes lo hacen de manera mixta y hay quienes no utilizan ninguna modalidad. El terapeuta mostrará empatía si habla en el mismo canal que el paciente, por lo que debe percibir con qué modalidad se expresa, para poder hacerlo el también; si el cliente usa modalidades mixtas o no utiliza alguna, lo más conveniente es que el consultor utilice varios canales sensoriales. En general, el individuo que acude a terapia se sentirá comprendido y escuchado cuando percibe que el terapeuta realmente ha escuchado lo que le ha dicho, ha visto las cosas desde su punto de vista y ha sentido o entendido lo que él está experimentando. Para contribuir con esto, se sugiere tomar en cuenta y llevar a cabo las cuatro respuestas de escucha que son descritas a continuación:

1. **Clarificación.** Realizar una pregunta para precisar algún mensaje ambiguo del paciente, lo cual ayuda a comprobar si el terapeuta realmente ha entendido lo que está expresando el cliente. Algunos ejemplos son: *¿Con esto quieres decir que...? ¿Estás diciendo que...?*
2. **Parafraseo.** Esta herramienta es similar a la clarificación, pero en lugar de hacer una pregunta,

se repite parte del discurso del paciente, con el fin de que el terapeuta se centre en el contenido del mensaje y para subrayar el contenido cuando la escucha a los sentimientos es inmadura o autodefensiva. Por ejemplo: si una persona menciona “me siento desesperada, nadie me comprende, desde que soy niña ha sido así, pues siempre me abandonaban”; el terapeuta puede responder “desde que eres niña te han abandonado y no has sido comprendida”.

3. *Reflejo*. Es repetir los sentimientos que se encuentran en el discurso, la parte afectiva. Funciona para ayudar al cliente a que sea consciente de lo que está sintiendo y para animarlo a que lo exprese. Retomando el ejemplo anterior: si una persona menciona “me siento desesperada, nadie me comprende, desde que soy niña ha sido así, pues siempre me abandonaban”; el terapeuta puede responder “te sientes incomprendida y sola”.
4. *Síntesis*. Con este se unen dos o más paráfrasis y reflejos, se repiten dos o más partes del mensaje o mensajes. Sirve para que el terapeuta resuma lo que se está diciendo, enlace elementos del discurso, se identifiquen temas en común y se interrumpa cierta ambigüedad. Siguiendo con el mismo ejemplo: si una persona menciona “me siento desesperada, nadie me comprende, desde que soy niña ha sido así, pues siempre me abandonaban”; el terapeuta puede responder “te sientes incomprendida y abandonada desde que eres niña”.

Para finalizar, es importante tener una **estructuración** del proceso terapéutico, pero se recomienda seguir los siguientes puntos:

- ⊗ La estructura del proceso puede ser negociada, mas no impuesta, es bueno que el cliente tenga la oportunidad de participar en la estructura y su modificación.
- ⊗ Las limitaciones y restricciones particulares no deberían ser llevadas a cabo por cuestiones de castigo.
- ⊗ Es importante que el terapeuta siga una fundamentación teórica y que se la explique al paciente, sobre todo si este la pide.
- ⊗ El terapeuta debe guiarse por la disponibilidad del cliente en cuanto a la estructura, así como por el contexto de su relación y el proceso.
- ⊗ Mantener un equilibrio en el proceso terapéutico, ya que el exceso de estructura, que sea demasiado inflexible, intensiva y/o prolongada, puede exigir demasiado, tanto para el paciente como al terapeuta, lo que puede provocar sentimientos de frustración, resistencia por parte del cliente e interrupción de la continuidad en la terapia.
- ⊗ El que las reglas y sugerencias sean repetidas de manera innecesaria puede producir que se interprete como que al terapeuta le interesa más el procedimiento que ayudar a la persona, ya

que de hecho, un enfoque rígido en estructura habla de poca seguridad en uno mismo.

- ⊗ Es muy importante que la estructura vaya de la mano con factores de sensibilidad, flexibilidad y atención hacia el cliente, esto es, debe tomarse en cuenta la predisposición emocional, conductual y cognoscitiva del paciente.
- ⊗ Cuando hay exceso de estructuración, es posible que provoque que el terapeuta y el cliente se sientan obligados a continuar con una relación, aun si ya se decidió no continuar con el proceso.
- ⊗ La estructura no debe reemplazar a la competencia del terapeuta, ya que en sí, no es la solución a todo, solo es una herramienta complementaria para la relación y el proceso terapéutico.

Recomendaciones y contraindicaciones

Es de considerarse que los puntos tratados durante la técnica, son solo algunas recomendaciones para facilitar la alianza terapéutica y que es muy importante considerar las características individuales de cada paciente para el comportamiento que se tendrá. En el caso de las personas con trastorno límite, la alianza terapéutica es de suma importancia, por lo que desde la primer sesión se debe trabajar en ella.

Es menester mencionar, que la habilidad de escucha es crucial, ya que si el terapeuta no lo hace adecuadamente, se puede cometer el error de estructurar las sesiones a expensas del paciente, lo que indicaría que el terapeuta está tratando de cubrir sus propias necesidades y no las del cliente.

En cuanto a los cuatro tipos de respuesta de escucha, es de considerarse que no todos los clientes reaccionan igual ante ellas, con unos puede funcionar y con otros puede tener otro efecto, también dependen de las señales no verbales que los acompañan, por lo que es importante que se utilicen con cautela, haciendo las modificaciones pertinentes según las reacciones de cada paciente.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Cormier, William H. & Cormier, L. Sherilyn (2000). Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. Tercera edición. España: Descleé de Brouwer. p. 91-99 y 141-143.

<p>Nombre de la técnica VALIDACIÓN EXPERENCIAL</p>
<p>Dominio (área) Adherencia y motivación para la terapia</p>
<p>Síntoma objetivo Aceptación y validación de las experiencias del paciente</p>
<p style="text-align: center;">Objetivo</p> <p>Conseguir el cambio en la persona logrando que se sienta comprendido, creando un ambiente de confianza, estableciendo una relación terapéutica sólida.</p>
<p>Materiales No son necesarios</p>
<p style="text-align: center;">Condiciones preparatorias</p> <p>Se recomienda aplicar esta estrategia en todas las sesiones, cada que el individuo exprese lo que le está pasando, sobre todo en alguna situación donde sienta que no lo entienden y más en las primeras sesiones.</p>
<p style="text-align: center;">Descripción de la técnica</p> <p>Se sugiere que en cada consulta se mantenga un entorno de validación, esto es, que el paciente sienta que el terapeuta lo comprende y que lo que experimenta puede llegar a ser entendible. Así, el psicólogo debe comunicarle que tanto sus creencias, pensamientos, expectativas, conductas y reacciones emocionales son entendibles teniendo sentido en el contexto que se ha desarrollado el paciente.</p> <p>Frases que se pueden utilizar para esto son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ <i>Hasta cierto punto, es comprensible que actúe así, pues es lo que le ha funcionado en su vida hasta este momento.</i> ⊗ <i>Lo(a) entiendo (o comprendo).</i> ⊗ <i>Me imagino cómo debe sentirse.</i> ⊗ <i>Si a mí me ocurriera o me hubiera sucedido lo mismo, también reaccionaría de igual forma que usted.</i> ⊗ <i>Estoy con usted porque lo entiendo.</i> ⊗ <i>Estoy de acuerdo.</i>

∅ *Lo admiro por ...*

Por ejemplo, algo común que ocurre con los individuos con TLP son sus conductas autolíticas, en este caso, se puede aclarar que este es un pensamiento y conducta disfuncional que se debe cambiar, no obstante, que si volteamos a ver la vida que ha llevado y si en general ha sido un caos o ha sido desadaptativa generando intenso malestar emocional, entonces se puede suponer que no es tan desviada la idea de querer poner fin a su vida o de querer lastimarse a sí mismo, debido a que la manera en la que lleva su vida solo ha sido una fuente importante de sufrimiento.

Cierre de la técnica

Aunque se manifiesta la comprensión de la emoción, es importante volver a aclarar que no por eso se permite que lo siga haciendo, que tal vez la disminución de la emoción sea gradual y se dará poco a poco, sin embargo, tiene que trabajar para producir el cambio. Al final se le puede pedir al paciente que diga porqué es entendible su situación, porqué es importante que lo modifique y qué estrategia utilizaría para que así sea.

Recomendaciones y contraindicaciones

Utilizar un lenguaje cordial y asertivo manejándolo con cuidado, esto debido a que también el terapeuta funge como reforzador de las conductas del paciente, por lo que es primordial ser empáticos con la persona y a la vez objetivos, aclarándoles que está en sus manos cambiar la situación, por supuesto a su ritmo.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Navarro-Leis, M. &Hernández-Ardieta, M. L., (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad (Cognitive behavioral therapies for the treatment of Personality disorders). *Acción Psicológica*, 10 (1), 33-44. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>

<p>Nombre de la técnica MOTIVACIÓN AL CAMBIO</p>
<p>Dominio (área) Adherencia y motivación para la terapia</p>
<p>Síntoma objetivo Falta de motivación ante la terapia</p>
<p>Objetivo Hacer consciente al paciente de las consecuencias de su conducta para motivarlo a cambiar conductas.</p>
<p>Materiales No son necesarios</p>
<p>Condiciones preparatorias</p> <p>Se puede preguntar al paciente qué fue lo que le motivo a entrar a terapia y cómo se siente respecto a ello. También se indaga sobre cómo percibe el cambio y si realmente siente que puede cambiar su vida. Generalmente, los pacientes con TLP en un principio son algo renuentes al cambio y no logran percibir que sus acciones tienen consecuencias, también llegan a tener una percepción de desesperanza generalizada, pues seguramente ya han intentado solicitar ayuda en otros lugares sin obtener los resultados que esperan, ya que muchas veces no son diagnosticados adecuadamente, por lo que el tratamiento no tiene el éxito esperado. Además, se ha visto que estos pacientes suelen abandonar la terapia desde las primeras sesiones; es por esto que la aplicación de esta técnica es muy importante.</p>
<p>Descripción de la técnica</p> <p>La técnica consiste en hacer consciente al paciente de que su conducta tiene efectos en los otros; en la medida en que se dé cuenta de ello, será más probable que se modifique la conducta e incremente la motivación al cambio. Esto se puede hacer de dos formas: 1) ayudar al cliente a percibir las consecuencias ambientales durante el discurso de las sesiones y 2) con el paradigma del reforzamiento negativo.</p> <p>La primer forma se lleva a cabo cuando el paciente expresa algún suceso en donde no se haya dado cuenta que él influye en su entorno, lo que hace el terapeuta es que lo note. Por ejemplo, una paciente estando con su grupo de amigas expresa lo siguiente durante la sesión:</p> <p>Paciente.- mis amigas se pusieron de acuerdo para viajar y no me tomaron en cuenta, ya que no me invitaron.</p>

Terapeuta.- ¿les dijiste que tú querías ir con ellas?

P.- no debería decirles, ellas me tienen que invitar si se consideran mis amigas, fue de mala educación que no lo hayan hecho.

T.- ¿por qué crees que no te hayan dicho?

P.- porque son unas malas amigas, desconsideradas, seguramente ya no quieren ser mis amigas.

T.- ¿alguna otra razón?

P.- no creo... bueno... tal vez saben que trabajo y pensaron que no podré...no lo sé.

T.- repito la pregunta. ¿Tú no les dijiste algo?

P.- No.

T.- ¿crees que si les hubieras dicho lo que deseabas hubieran cambiado su posición?, es muy importante que te des cuenta que a veces las personas no se dan cuenta de lo que queremos ni de sus acciones, por lo que es bueno ... que tú se los digas, claro sin agredirlos ...

Otro ejemplo:

Paciente.- esta semana me sentí bien, hoy vengo tranquila.

Terapeuta.- cuéntame lo que te sucedió en la semana, sobre todo algo que sientas que te haya hecho sentir así.

P.- bueno, me gustaron las actividades que desempeñe en el trabajo. Me sentí bien desde que me pusieron hacer cosas nuevas.

T.- ¿y cómo es que sucedió eso?

P.- hable con mi jefe y le manifesté que necesitaba aprender más cosas y hacer actividades en el trabajo.

T.- ¡Muy bien! ¿Qué te contestó tu jefe?

P.- Me dijo que no era posible cambiarme todas las actividades, pero que podía empezar a realizar otras actividades, por lo que le pidió a un compañero que me enseñara a hacerlo.

T.- Eso me parece muy bien. Entonces, ¿qué fue lo que te hizo sentir bien?

P.- mmm ¿Qué estoy aprendiendo cosas nuevas?

T.- Sí, pero, ¿crees que también influye el hecho de que tú controlaste la situación, que tú promoviste que eso sucediera así al haber expresado tus sentimientos? ...

De este modo, el terapeuta puede insistir en hacerle ver al paciente que su conducta influye en lo que le pasa, que asocie el “si esto... entonces aquello”, con lo que se hace responsable de su comportamiento. La segunda forma va muy asociada a la primera y se refiere a evitar o quitar un estímulo aversivo con una conducta que se reforzará al notar que funciona. Se puede dar el siguiente ejemplo:

“Cuando has tenido dolor de cabeza, tomas una aspirina, lo que provoca que disminuya o se quite el dolor; cuando lo hiciste por primera vez no estabas seguro de si funcionaria o no, pero cuando te diste

cuenta que sí, aprendiste que tomándola puedes evitar ese tipo de sufrimiento. Lo mismo pasa con la terapia y las estrategias enseñadas en cada sesión, nos sirven para saber qué hacer ante las situaciones que nos producen malestar y, una vez que las llevas a cabo y funcionen, seguramente (espero) querrás seguir repitiéndolas”.

Cierre de la técnica

En realidad, esta técnica es para utilizarse cuando aparezcan sentimientos de desesperanza y cuando durante el discurso, el terapeuta se dé cuenta que puede aprovecharlo para hacerle notar al paciente el efecto de su conducta en el ambiente. También sirve para motivar e insistir en el paciente la importancia de la terapia sobre su trastorno. Para cerrarla, se puede pedir que diga un resumen de lo aprendido en la sesión y cómo lo aplicará en su vida.

Recomendaciones y contraindicaciones

Esta técnica es buena para los casos en los que el paciente no haya acudido por su propia cuenta a terapia o esté desesperanzado, nos podemos dar cuenta de ello si utilizan frases como “no importa lo que haga, no mejoraré o siempre será lo mismo”; sin embargo, también funciona para otros casos que se presenten, ya que al llevarla a cabo, el cliente percibe al terapeuta como un orientador y observador de su conducta, como alguien que lo ayuda a darse cuenta de lo que no está haciendo tan bien, lo cual afianzará la relación y muy posiblemente lo motivará a seguir acudiendo a las sesiones.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

McCullough, Jr. J. (2003). *Tratamiento para la depresión crónica: sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual*. México: Manual Moderno. p. 65-69.

<p>Nombre de la técnica</p> <p>PSICOEDUCACIÓN</p>
<p>Dominio (área)</p> <p>Intervención inicial</p>
<p>Síntoma objetivo</p> <p>Educación del propio estado psicológico</p>
<p>Objetivo</p> <p>Brindar al paciente la información necesaria con respecto a su padecimiento y al enfoque de tratamiento que se dará durante la intervención, para que este pueda mejorar, autoayudarse y se involucre de manera participativa en el tratamiento.</p>
<p>Materiales</p> <p>Pintarrón, plumón para pintarrón, libros con información del trastorno como los DSM y bibliografía para recomendar.</p>
<p>Condiciones preparatorias</p> <p>Se realizará desde el inicio de la sesión, una vez confirmado el diagnóstico.</p> <p>Se recomienda recibir al paciente de manera amable generando rapport, esto es, haciéndole preguntas generales fuera del tema de terapia, tales como “¿qué tal está el clima?, ¿cómo le fue en el camino?, ¿tuvo alguna dificultad para llegar?, etc.</p> <p>Una vez establecido un clima de confianza, se dará inicio a la técnica.</p>
<p>Descripción de la técnica</p> <p>Se le dice al paciente que de acuerdo con la evaluación que ya se le hizo y con las entrevistas hechas en la primera o primeras sesiones, ya se tiene un posible diagnóstico. Posterior a esto, se le pedirá dentro de la sesión que lea los criterios diagnósticos del DSM para el trastorno, indicando con cuáles concuerda su forma de ser; es muy probable que en la mayoría responda de manera afirmativa. Así, se llegará de manera conjunta a la conclusión de que padece TLP.</p> <p>La persona se dará cuenta que sus síntomas tienen un sentido, que son parte de un trastorno el cual tiene un nombre y también facilitará el que se rompan las posibles barreras que pueda tener con la terapia.</p> <p>Antes de comenzar a proporcionar la teoría, se puede utilizar la técnica de “lluvia de ideas” en el cual se le pregunta al individuo para él ¿qué significa cierta cosa? o que diga por qué cree que se convirtió en quien es. En apoyo a esto, se le explicará lo siguiente:</p>

- ⊗ Definición, es decir, qué es el trastorno.
- ⊗ Etiología, esto es, el por qué se formó su personalidad.
- ⊗ Signos y síntomas del problema.
- ⊗ Tratamientos para este trastorno, y los que han sido eficaces con otros individuos que han sufrido esto.
- ⊗ Las consecuencias y los riesgos por abandonar la terapia.

Inmediatamente, se le informará sobre:

- ⊗ El plan de tratamiento aplicado a él.
- ⊗ El enfoque en el cual está basado (enfoque cognitivo-conductual), describiéndolo tal como se ha propuesto en este trabajo.

De esta manera el cliente comienza a volverse un agente activo de su propio cambio, al conocer su problema y su tratamiento se hace partícipe, con lo cual logramos el compromiso para que se cumplan los objetivos de la intervención.

Es importante mencionarle y hacerle ver sus recursos y talentos con los que cuenta, sobre todo los que le servirán para afrontar su propia patología y evitar las recaídas.

Cierre de la técnica

Se pregunta al paciente si tiene dudas con respecto a lo que se vio en la sesión pidiéndole que realice una pequeña retroalimentación de lo que aprendió.

Se le puede recomendar consultar algunas páginas en internet, también se le puede proporcionar bibliografía informativa y de autoayuda.

Recomendaciones y contraindicaciones

Se recomienda que el terapeuta esté atento a las reacciones y posibles dudas por parte del paciente, ya que es necesario que le quede clara la información. Así mismo, es importante que sea empático, posea una escucha activa y trate con delicadeza la información, siendo asertivo.

Es de considerarse la escolaridad, la flexibilidad y el déficit cognitivo de la persona con respecto a la comprensión de la información, no obstante, el psicólogo deberá cuidar su lenguaje, de manera que lo utilice de la forma más sencilla para explicar con la finalidad de que sea comprensible.

El terapeuta puede tardarse más de una sesión con esta parte del tratamiento, los que sean necesarios para su buen funcionamiento y entendimiento del paciente; también se puede retomar la teoría en cualquier momento de las sesiones siguientes si así se requiere.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, AIAQS, (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Barcelona: Pla Director de Salut

Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. p. 78 – 80.

Nombre de la técnica

HABILIDADES BÁSICAS DE CONCIENCIA

Dominio (área)

Línea Base

Síntoma objetivo

Comportamientos impulsivos y dependientes del estado de ánimo

Objetivo

Aprender a tener control sobre los estados cognitivos propios

Materiales

Hojas de papel y bolígrafo

Condiciones preparatorias

Es manifestada la intención de empezar por enseñar ciertas habilidades denominadas “de conciencia”, se explica por qué y su importancia, para esto se le dice que adquiridas las habilidades, podrá tener un mejor control sobre su mente, esto es, conocer a qué le presta atención y cuánto tiempo le dedica a cosas que le podrían estar causando problemas. De este modo, el terapeuta puede preguntarle en qué momentos ha sentido no tener el control sobre su atención y de qué modo le ha provocado problemas; también el mismo terapeuta puede dar ejemplos refiriéndose a pensamientos sobre el futuro, pasado o dolor emocional presente que impidan la concentración, también el no poder enfocarse por estar pensando en otra persona o, en general, tener la incapacidad de ser constante en una tarea derivado de las distracciones.

Descripción de la técnica

Comienza la técnica explicando cuáles son esas *habilidades de conciencia*:

“En psicología existen algunas teorías que describen que los seres humanos tienen tres estados mentales esenciales llamados *mente racional*, *mente emocional* y *mente sabia*. Cuando es utilizado el estado de *mente racional*, se es lógico, la atención permanece, la conducta es planeada y la reacción ante los problemas es fría; por el contrario, cuando se utiliza una *mente emocional*, la persona se deja llevar por su estado emocional y no le hace caso a la razón; la *mente sabia* es el equilibrio entre la racional y la emocional, se distingue porque las decisiones son tomadas de manera tranquila y se siente bien con la elección.

Así, las habilidades de conciencia tienen como objetivo llegar a dominar la *mente sabia*, son divididas en dos, las *habilidades qué* (referidas a qué es lo que se debe hacer) y las *habilidades cómo* (nos dicen cómo hacerlo), de cada una de ellas se derivan otras tres”.

Se confirma si hay alguna duda, si no, se continua con la explicación:

“Dentro de las habilidades *qué* están el *observar, describir y participar*, las habilidades *cómo* abarcarían tener una postura no sentenciosa, centrarse en una sola cosa en el momento y ser efectivo”.

Se describe de manera detenida cada una de ellas:

“Las habilidades *qué* deben llevarse a cabo una por una, no pueden realizarse al mismo tiempo. Con *observar* nos referimos a sentir o darnos cuenta de algo sin etiquetarlo, por ejemplo, darnos cuenta que ahí está nuestro dedo meñique del pie izquierdo”, en seguida, se realizan una serie de ejercicios para que al cliente le quede claro este concepto, se dan las siguientes instrucciones:

- ⊗ “Presta atención a lo que estas sintiendo ahorita en tu estómago”
- ⊗ “Siente tu codo derecho”
- ⊗ “Percibe la superficie sobre la que estas sentado”
- ⊗ “Experimenta si hay algún olor en este momento”
- ⊗ “Observa qué está pasando por tu cabeza en este momento, qué te estás diciendo”

A continuación se pregunta qué opina del ejercicio, si tiene alguna duda y cómo lo experimento. También debe aclararse que es importante observarse desde dentro, no como si se estuvieran viendo por fuera.

Ya que quedo claro este concepto, se explica la noción de *Describir*: “con este término nos referimos a expresar con palabras lo que se observó, por lo tanto, es la reacción después de observar y se etiqueta lo que se experimentó”; dados algunos ejemplos, debe asociarse a *describir* pensamientos, marcando la diferencia entre un pensamiento y un hecho, por ejemplo, decirle que no es lo mismo pensar que “soy inútil” a “ser inútil” en realidad. El ejercicio consistiría en hacer una lista para categorizar los pensamientos: pensamientos referentes a la propia persona, referentes a la familia, a los amigos, a la pareja, a la vida, etc. una vez realizada esta lista, el terapeuta ayuda a *describir* evitando juzgar, explicando que juzgar es etiquetar pero dándole un valor evaluativo y lo que se busca es evitar eso, solo describir el hecho y distinguir los pensamientos.

Ahora se pasa al tema de *Participar* mencionando que esto es centrarse totalmente en una actividad identificándose con ella, esto conlleva a tener una conducta espontánea pero también puede ser con conciencia; el terapeuta le puede preguntar qué actividades realiza el paciente donde se siente de este modo, donde incluso pierde la noción del tiempo y puede referirse a alguna de ellas para hacerle notar que estas actividades son las que realmente disfruta

Ahora se explica la relación entre estos tres elementos, señalando que *Observar* y *Describir* son ejercicios que funcionan para comprender lo que se vive y mejorar en cierta medida el estado de ánimo y *Participar* incluyen actividades que nos llevan a la concentración, por ejemplo, una persona que ya tiene cierto tiempo manejando ya lo hace de forma automática, pero si quisiera aprender a conducir otro tipo de auto, tendría que incluir primero los ejercicios de observar y describir para que después lo pueda disfrutar al hacerlo con más habilidad. Otro ejemplo que podría estar más relacionado al control mental sería solicitarle al cliente que cuando tenga malestar emocional por alguna conducta de otra persona, se detenga a observarla y describirla sin juzgarla, esto ya vendría relacionado con las siguientes habilidades “cómo”.

Explicadas las primeras habilidades ahora se revisan las clasificadas en “cómo”:

1. No enjuiciar: explicar que es importante evitar sentenciar lo que observamos, describimos y hacemos, esto es, dejar de juzgar en la mayoría de las ocasiones. Especificar que juzgar es dar un juicio de valor a algo, por ejemplo, describir en términos de bueno y malo, de bonito y malo, de correcto o incorrecto, de si merece la pena; lo cual provoca problemas porque produce malestar emocional, por lo tanto es importante dejar de juzgar de este modo.

Para evitar realizar esta conducta, sirve solo fijarse en las consecuencias de la conducta y no en etiquetarla; es de considerarse dejar clara la diferencia entre juzgar lo que hace una persona como bueno o malo y describir las consecuencias que tiene lo que esa persona está haciendo, se pueden dar ejemplos como “es diferente decir *mi expareja es una persona mala a las acciones que tuvo mi expareja provocaron que yo me sintiera triste*, o *ese restaurante es malo a el servicio y la comida que sirven en ese restaurante no es de mi agrado ya que me enfermé del estómago*”. Se le puede pedir a la persona que de algunos ejemplos y corroborar si está comprendiendo el concepto. También se puede explicar la importancia de no juzgar mencionando que al hacerlo, las personas suelen olvidarse que cuando juzgamos describimos hechos y se quedan solo con el significado de los juicios, lo cual los puede herir y, además de ser dañino, no es estrictamente necesario hacerlo. Para evitar confusiones, es importante aclarar que hay ocasiones en las que sí es necesario etiquetar conductas, por ejemplo en el caso de los maestros que deben poner calificaciones a sus alumnos; también decir que hay algunas afirmaciones que podrían ser confundidas con juicios, para eso, es necesario analizar el contexto en el que se dicen, tal es el caso de una persona que afirma “estoy gorda”, pero si a esto añade algo como “por eso no le gusto a nadie”, en el segundo caso ya sería un juicio de valor. Se recomienda dar varios ejemplos y pueden hacerlos tanto de la vida del cliente como del terapeuta.

2. Centrarse en una sola cosa: se habla con el paciente acerca de que la conciencia se relaciona

mucho con concentrarse en las actividades, haciendo una sola cosa a la vez; se habla de la importancia de esto al manifestar que, generalmente, las personas que se enfocan en una cosa y la terminan, tienden a sentirse más satisfechas a diferencia de los que desean abarcar varias actividades al mismo tiempo y no completan con éxito ninguna de ellas, o solo unas cuantas. También se puede decir que mucha gente tiene la creencia que si hacen varias cosas al mismo tiempo tienen un mejor rendimiento, lo cual no es verdadero; no obstante, eso no significa que en ocasiones es oportuno cambiar de actividad para comenzar a realizar otra, finalmente lo importante es que cuando se está en una actividad, se enfoquen de lleno en ella. Otra cuestión a aclarar es que con hacer “dos cosas” al mismo tiempo, nos referimos a actividades tanto físicas como mentales, por ejemplo, hay quienes están en un curso pero están pensando en lo que tienen que hacer después, o tal vez en algo que les sucedió un día anterior. Para esto se sugiere asignar un tiempo para los momentos de reflexión, de modo que si el paciente, mientras está haciendo algo, se da cuenta que ya está pensando en otra cosa, en ese momento se frene y recuerde que su momento para reflexionar es en otro horario; otro recomendación que le puede dar el terapeuta al cliente es que en las noches, antes de dormir, escriba una lista de pendientes junto con su solución. Por último, también hay que esclarecer que lo explicado no quiere decir que no puedan hacer alguna actividad de mayor impacto que requiera de hacer actividades simultáneas complejas, más bien, el éxito de esta técnica es que pueda concentrarse totalmente en una sola cosa sin que tenga una atención dividida.

3. Ser efectivo: el objetivo de este ejercicio es reducir la tendencia de estar más preocupado por lo que está bien o mal que por lo que es práctico, para esto se sugiere utilizar habilidades para dar la respuesta más oportuna; por ejemplo, una persona que se enoja porque mientras maneja, delante de él va un conductor que maneja lento y en lugar de solo rebasarlo, le reclama y se pelean a golpes. Se describe al paciente que en ocasiones, las personas se orientan en lo que es justo o no, en lo que debería hacerse y en lo que no y, por hacer eso, deja de ser práctico al desgastarse y perder tiempo; entonces se le invita a que en lugar de enjuiciar una acción, mejor haga lo que funciona mejor y si tiene algún pensamiento que va en contra de eso, que lo detenga. Se le puedan dar ejemplos como: “una conocida está enojada con su pareja porque él no tiene tantas atenciones con ella, pero no se lo dice porque considera que el debería darse cuenta de eso, lo cual no es funcional porque pone por encima la exigencia que la conducta que la puede llevar a sentirse mejor”, otro ejemplo es “una empleada le gustaría recibir un aumento de sueldo, sin embargo, no lo expresa porque ella siente que se lo merece y su jefe ya debió haberlo notado; aquí gana el sentido de justicia que el de eficacia”. Así, conviene explicar que ser efectivo significa estar conscientes de los objetivos de uno, de la situación actual para accionar

de acuerdo con ella, de las normas del contexto y de, si la situación lo requiere, sacrificar nuestros propios principios para conseguir nuestra meta. Se proporcionan ejemplos para ello y también se le puede pedir al cliente que el dé unos cuantos, el punto es que quede claro que es mejor dar soluciones que enjuiciar el problema.

Para antes de terminar, es conveniente analizar junto con el paciente cuáles de estas habilidades se le facilitan y cuáles se le dificultan más.

Cierre de la técnica

Se hace un resumen de lo expuesto de modo que el cliente recuerde lo que ya se le explico, si quedan algunas dudas deben ser aclaradas en el momento. Para terminar se le deja de tarea al paciente que lo lleve a cabo en la semana, se le puede dar en una hoja las instrucciones o la explicación de cada una de las habilidades para que las recuerde y las vaya practicando, en la siguiente sesión se revisa cómo le fue con la implementación de estos ejercicios.

Recomendaciones y contraindicaciones

Esta técnica debe ser de las primeras en ser implementadas porque es muy importante que las personas con TLP aprendan estas habilidades; de igual modo, deben trabajarse de manera constante durante todo el tratamiento. Se recomienda llevarla a cabo una vez aclarado el concepto de “pensamiento”.

Es importante recalcarle al paciente la importancia de poner en práctica las habilidades aprendidas durante la sesión, explicándole que para aprender hay que practicar y que para que se haga un hábito es necesario hacerlo de manera constante, se pueden proporcionar ejemplos de esto.

De ser necesario, deben darse más ejemplos de los comunes a fin de que el paciente entienda los constructos.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. España: Paidós. p. 143 – 157.

<p>Nombre de la técnica MANEJO DEL SUICIDIO</p>
<p>Dominio (área) Intervención en crisis</p>
<p>Síntoma objetivo Ideas suicidas</p>
<p>Objetivo Prevenir que el paciente lleve a cabo sus ideas del suicidio.</p>
<p>Materiales No son necesarios</p>
<p>Condiciones preparatorias</p> <p>Esta técnica se aplica cuando el paciente manifieste deseos de ya no seguir con vida, cuando se muestre o se sienta extremadamente desamparado.</p>
<p>Descripción de la técnica</p> <p>La técnica reside en hacerle ver al paciente la importancia de lo que desea hacer y cómo afectará esto a su entorno, esto es debido a que la mayoría de las veces, las personas con ideación suicida no se dan cuenta del impacto ambiental que tiene hacer esto, ya que, aunque ellos se sientan desamparados, interpersonalmente no lo están para nada, por lo contrario, tienen un gran poder; esto se muestra porque al intentarlo, movilizan a una familia completa, al círculo de amigos o conocidos cercanos y, a los profesionales de la salud al ponerles extrema atención, como vigilancia las 24 Hrs. del día. Es por esto que, es importante hacerle ver todo esto al cliente, un ejemplo puede ser el siguiente:</p> <p>Paciente.- cuando me siento muy triste o enojado me desespero y siento que la única salida es morirme, podría suicidarme.</p> <p>Terapeuta.- ¿qué efecto crees que tendría eso sobre tu familia?</p> <p>P.- mmm no sé, supongo que ninguno, tal vez estarían más tranquilos.</p> <p>T.- ¿crees que tu papá, tu mamá, tus hermanas, tíos y primos te odien tanto como para que se sientan más tranquilos con tu muerte?</p> <p>P.- Bueno, no creo que sea tanto así... es que no sé, a veces siento que es lo mejor.</p> <p>T.- Yo sé que tal vez piensas que es la única salida, la única solución a tus problemas, pero imagina</p>

como nos sentiremos todos los que te rodeamos si lo haces. Antes de llevarlo a cabo o cuando pienses de ese modo, imagina lo desdichados que se sentirán tus padres, tal vez se sientan culpables y no les quede motivo en la vida, piensa en tus amigos y lo tristes que sentirán...

En caso de que el paciente se muestre renuente y esto no funcione, y solo si la alianza terapéutica ya ha sido fortalecida, se puede aplicar el siguiente método:

Paciente.- Ahora si me quiero morir, al fin de verdad creo que a nadie le importará.

Terapeuta.- Bueno, ¿qué efecto crees que tenga sobre mí si llevas a cabo el suicidio?

P.- Yo sé que lo alteraría un poco, pero con el tiempo se le pasará, me imagino que rápido.

T.- Por lo que dices, me doy cuenta que no me estimas demasiado.

P.- ¿Cómo, a qué se refiere?

T.- Ya hemos trabajado juntos durante un periodo de tiempo significativo, de verdad creo que no percibes el efecto que tendría sobre mi si lo hicieras, estas anulando mi reacción al creer eso, como si fuéramos desconocidos.

P.- Pero usted recibe entrenamiento para controlar este tipo de situaciones.

T.- Sigues anulando mi reacción, te lo volveré a preguntar porque como tal no recibí una respuesta, ¿qué efecto crees que tendría en mi tu suicidio?

P.- La verdad, no lo sé.

T.- Entonces lo diré, sería un golpe muy duro para mí, me daría coraje y angustia, sería un acumulamiento de sentimientos ya que no solo estaría enojado conmigo por no haber logrado apoyarte lo suficiente para que mejoraras, sino también tendría mucho enojo hacia ti por haber tirado todo así sin más, por no haber pensado en los demás y en cómo sufriríamos por ello. Ahora mismo estoy enfadado, me gustaría que respondieras una pregunta y me gustaría una respuesta seria, pues yo lo estoy siendo, ¿por qué me harías algo así? ¿Por qué me lastimarías de ese modo?

P.- No es que quiera lastimarlo, nunca lo había pensado así...

T.- ¿por qué me amenazarías de esa manera?

P.- Pues yo creo que no le importo a nadie, nunca creí que esto le importara a alguien, lo dice como algo muy personal.

T.- Porque es personal, ya que ahora mismo está teniendo efectos sobre mí su pensamiento, hablemos sobre ello, ¿le parece bien?

Esta última táctica ya sería en caso extremo y, si aun así, no tiene éxito, es indispensable que se piense en hospitalización. Además, el enojo no debe ser actuado, pues es imprescindible que el paciente perciba el efecto de su amenaza hostil, siendo la sesión de terapia el lugar más seguro para trabajarlo.

Cierre de la técnica

La técnica se termina una vez que el paciente se sienta más tranquilo. Se le solicita que mencione lo que aprendió durante la plática de la sesión. El terapeuta debe estar atento y analizar si el paciente realmente ya percibe los efectos de su conducta. Se puede terminar diciéndole que se le apoya y se confía en él, que si las ideas de suicidio vuelven a aparecer y son recurrentes, es importante que lo manifieste con el fin de poder ayudarlo.

Recomendaciones y contraindicaciones

La opción de la técnica dónde el terapeuta expresa su enojo, no debe ponerse en práctica si no hay un buen vínculo con el paciente, solo debe ponerse en marcha si la alianza terapéutica es muy sólida.

Es de suma importancia que el terapeuta esté alerta, durante todo el tratamiento, de amenazas suicidas o acciones potenciales de riesgo suicida, las cuales deben ser intervenidas de inmediato de forma vigorosa, tanto con la psicoterapia como con medicamentos. El consultor se puede dar cuenta cuando, ya sea que el paciente lo exprese abiertamente o que el terapeuta le haga la pregunta directa sobre si ha pensado en suicidarse; sin embargo, hay algunos marcadores que también pueden estar indicando riesgo suicida, estos son: ansiedad recurrente, crisis de angustia, insomnio constante, abuso o dependencia de sustancias como el alcohol, presencia de algún plan formal para llevar a cabo el suicidio (lo cual ya sería más grave y como tal obstaculiza la práctica de esta técnica) y, pérdida de interés y placer por actividades y/o personas.

En general, la técnica debe ser llevada a cabo con extremo cuidado.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

McCullough, Jr. J. (2003). *Tratamiento para la depresión crónica: sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual*. México: Manual Moderno. p. 239-241.

Síntomas Cognoscitivos



<p>Nombre de la técnica</p> <p>IDENTIFICANDO EL CONCEPTO “PENSAMIENTO”</p>
<p>Dominio (área)</p> <p>Cognoscitiva</p>
<p>Síntoma objetivo</p> <p>Psicoeducación</p>
<p style="text-align: center;">Objetivo</p> <p>Ayudar al paciente a que comprenda el término de “pensamiento”, diferenciándolo de “emoción” y “situación”, con la finalidad de que durante las sesiones se pueda establecer una mejor comunicación terapeuta-paciente. Así mismo, que el individuo pueda hacer esta separación en su vida para que pueda autoayudarse para controlar sus síntomas.</p>
<p>Materiales</p> <p>Hojas y pluma</p>
<p style="text-align: center;">Condiciones preparatorias</p> <p>Se le indica al paciente que siguiendo con la fase psicoeducativa y para poder trabajar mejor en las siguientes sesiones, se profundizará en lo que ya se vio sobre el modelo cognitivo conductual, ya que una de las primeras tareas clínicas es que el paciente distinga entre pensamientos, estados de ánimo y conductas.</p>
<p style="text-align: center;">Descripción de la técnica</p> <p>El terapeuta puede apoyarse de las mismas quejas del paciente en sesión donde se intente separar ante él situaciones, pensamientos y emociones. Las situaciones suelen ser más fáciles de identificar haciendo preguntas con referencia al contexto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ ¿Qué hacías en ese momento? ⊗ ¿Dónde te encontrabas? ⊗ ¿Quién estaba ahí? ⊗ ¿Cuándo fue? ⊗ ¿Qué sucedió? <p>Después, se le hacen preguntas como “¿Qué sentiste en ese momento? y ¿Qué hiciste?” para poder</p>

localizar a la emoción y la conducta.

El siguiente paso sería aclarar qué entendemos por “pensamiento”. Se puede definir simplemente como aquello que “pasa por la cabeza” (palabras, afirmaciones, imágenes y/o recuerdos) o “todo aquello que nos decimos a nosotros mismos”. Con base en el ejemplo que se esté trabajando, se le pregunta a la persona “¿Qué pensabas en ese momento?”.

Se le explica que es así como nosotros podemos identificar los componentes que son esenciales para analizar nuestro estado de ánimo, recomendándole que cada que tenga un episodio de poco control emocional, lleve a cabo estas preguntas e incluso que si puede lo escriba, para que así examine la fuente de sus emociones y posteriormente pueda llevar a cabo estrategias para sentirse mejor.

Cierre de la técnica

Para finalizar, se le puede dejar una sencilla tarea para casa: en una hoja de registro, puede anotar estados de ánimo intensos o especiales diariamente durante una semana, indicando los componentes ya descritos. También en el registro se le puede pedir que marquen la intensidad de la emoción en una escala de 0 a 10. Se recomienda comenzar el autoregistro identificando la emoción ya que puede resultar más fácil para las personas.

Se le puede explicar al paciente que la elaboración de estas tareas pueden ayudarle a diferenciar mejor sensaciones y emociones, ya que para muchos ser “depresivo”, estar “enojado”, tener “ansiedad” o sentirse “culpable” pueden tener un significado diferente que no coincida necesariamente con el del terapeuta, por lo que hay que poner especial atención a estas posibles discrepancias para poder conducir al paciente hacia el uso adecuado de los conceptos.

Recomendaciones y contraindicaciones

Con frecuencia existen dificultades en el llegado inicial del registro, p.e. existen personas que solo pueden identificar emociones negativas dotándolas de una intensidad extrema o hay quienes confunden estas con ideas filosóficas sobre el mundo; esto es importante tomarlo en cuenta debido que pueden ser pistas valiosas para el terapeuta sobre algunos problemas relevantes del evaluado.

Es de suma importancia verificar que el paciente entendió correctamente el ejercicio y le quedaron claros los conceptos, por lo que el terapeuta debe prepararse para explicarlo de manera clara y adecuada; teniendo paciencia en caso de que se tengan que proporcionar mayores ejemplos.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. p. 52 a 54.

Nombre de la técnica	
DEMOSTRANDO LA RELACIÓN ENTRE PENSAMIENTO, EMOCIÓN Y CONDUCTA	
Dominio (área)	
Cognoscitiva	
Síntoma objetivo	
Psicoeducación	
Objetivo	
Proporcionar al paciente mayor información para la adecuada comprensión de la relación entre las emociones, conductas, pensamientos y situaciones.	
Materiales	
Preguntas con situaciones, formato “Ejercicio para ayudar a distinguir situaciones, pensamientos y consecuencias (tarea para casa)”.	
Condiciones preparatorias	
Se le explica al paciente que como parte de la fase psicoeducativa y de acuerdo con lo que han visto anteriormente sobre el modelo cognoscitivo-conductual, durante esta sesión trabajarán con algunos ejemplos para demostrar la relación y diferencias entre los componentes ya revisados.	
Descripción de la técnica	
<p>Ya que se mencionó lo anterior, el terapeuta continúa diciendo que una dificultad común en las personas es confundir una situación con la emoción o la conducta; es por esto que es muy importante analizar que no se estén confundiendo.</p> <p>Se expone que una <i>situación</i> se refiere a lo que nos sucede, solo la descripción del puro hecho; las interpretaciones que inmediatamente se hacen de lo que nos pasa son generalmente pensamientos automáticos. Por ejemplo, una situación es “estaba en una fiesta”, pero no “la gente parecía reírse de mí en una fiesta”; en realidad, coloquialmente estos componentes suelen entremezclarse y suele ser normal, es por esto que resulta difícil discriminarlos. Por ejemplo, en la lengua castellana solemos decir “sentí que le caí mal” cuando sería más apropiado decir: “pensé que mi forma de ser no le gustó y eso no me agradó”. Como estos, pueden agregarse más ejemplos, incluso tomando este último, se le puede decir que el “eso no me agradó” se refiere al sentimiento que experimentó; otro sería: “estaba en mi carro cuando recibí una llamada (situación), lo primero que se me vino a la cabeza es que se trataba de una noticia mala (pensamiento), pero cuando me dijeron que a mi esposo ya lo iban a dar de alta del</p>	

hospital (situación) me sentí muy feliz (emoción)".

En seguida, se le pide al paciente que proporcione algunos ejemplos, primero generales y después de su vida; el terapeuta analizará si estos son correctos, retroalimentando para modificarse o aplaudírseles.

Cierre de la técnica

Para facilitar el aprendizaje de que las interpretaciones y sus consecuencias son esenciales para explicar variaciones en el estado de ánimo, para terminar, se le puede brindar al paciente la siguiente tarea: dar una serie de frases para que en ellas señale qué es la situación (A) y qué es la consecuencia (C). Posteriormente, buscar cuál es el pensamiento que puede estar conectando A y C y escribirlo:

- ⊗ Situación 1: Mayte se encontraba en la sala de espera, vio a dos chicos que la miraron riéndose y se sintió molesta.
- ⊗ Situación 2: María terminó su relación de noviazgo, se siente muy deprimida, no sale de casa y duerme más de lo común.
- ⊗ Situación 3: en el trabajo, José cometió un error por lo que su jefe le llamo la atención, más tarde el siente tristeza.
- ⊗ Situación 4: Carla viajaba en transporte público y de repente comenzó a sentir que no podía respirar junto con taquicardia, se asustó e inmediatamente fue al área de urgencias del hospital más cercano.
- ⊗ Situación 5: Javier y Sara tuvieron una discusión, Javier siente culpa y no sabe qué hacer.

Junto a esta tarea se le pide que registre una serie de 4-5 ejemplos de su vida en donde pueda identificar qué pensamientos concretos provocaron que se sintiera o reaccionara de cierto modo sentirse (en un sentido positivo o negativo).

Por último, se menciona que todo esto le beneficiará para que mejore su lenguaje (que como proceso cognitivo influye también en la emoción), para que comience a utilizar conceptos que después serán de gran ayuda en terapia y, eventualmente, para que pueda percibir posibles dificultades al responder las preguntas que fuerzan una diferenciación que no siempre es fácil.

Recomendaciones y contraindicaciones

Como ya se mencionó, la conexión pensamiento-conducta no es tan evidente, por ejemplo, pueden asegurar que su "situación" es muy mala y son las "circunstancias, pasadas o presentes", las que provocan su estado de ánimo. Es por esto que, dedicar incluso una sesión inicial entera a este tema puede ser muy útil, pues mucha gente tiene teorías implícitas erróneas o simplistas sobre esto, como creer que los hechos (o el cerebro, o la genética, o la educación o la infancia) *determinan* nuestro ser y/o lo que sentimos.

Cuando se trata de conductas impulsivas agresivas, resulta más difícil percibir las cogniciones asociadas

a la acción; en estos casos, o incluso en otros en los que existan problemas para encontrar los pensamientos relevantes, se necesita hacer un doble esfuerzo para identificar a las *cogniciones ocultas*. Así mismo, esta técnica puede aplicarse en conjunto con alguna de las anteriores, dependiendo de la evolución del paciente y de la decisión el terapeuta.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pp. 54, 55 y 59.

Ejercicio para ayudar a distinguir situaciones, pensamientos y consecuencias (tarea para casa)

A la mayor parte de los individuos se les facilita identificar lo que les pasa (hablando de emociones indeseables, síntomas psicológicos, problemas, etc.), pero es más difícil percibir lo que produce el problema y aún más identificar las creencias y actitudes que los promueven y/o mantienen.

El objetivo de este ejercicio es ayudarlo a identificar los tres elementos que son indispensables para analizar de donde viene el problema: eventos (A), pensamientos y actitudes (B) y, consecuencias emocionales y comportamentales (C).

1. Emoción (C). Acuérdesse de la emoción (miedo, temor, ansiedad, tristeza...) más intensa que haya experimentado en este día y enfóquese en ella.
2. Situación (A). Haga todo lo posible por recordar a qué hora sucedió exactamente, qué hacía justo antes de que se sintiera así; si no logra identificar la hora exacta, puede ir repasando hacia atrás lo que hizo desde que despertó y pensar en si ya estaba así desde que se levantó y si sucedió algo antes de notar algún cambio en su estado de ánimo. Por ahora no plasme pensamientos, céntrese solo en la situación, puede hacerse las siguientes preguntas: ¿Dónde se encontraba? ¿había alguien con usted? ¿qué había a su alrededor? ¿a qué olía? ¿cuál era su panorama?
3. Pensamientos (B). Ésta sección puede resultar un poco complicada, pero se puede apoyar de las siguientes preguntas: cuando experimentó esa emoción ¿qué paso por su cabeza? ¿la situación le hizo recordar algún otro hecho? ¿qué imágenes pasaron por su mente? ¿qué se dijo a sí mismo? ¿tuvo alguna idea o creencia en ese momento? Ahora intente anotarlo para que le vaya resultando más fácil. Un tip para reconocer pensamientos, es que tenga presente que estas ideas suelen ser creencias que, si alguna otra persona las hubiera tenido, probablemente se hubiera sentido igual que usted.

Nota. Repita esto por varios días e intente identificar, cada vez que experimente una emoción especialmente intensa, la secuencia A (situación), B (pensamiento), C (consecuencias) y analizar si esto le ayuda a encontrar la fuente de su malestar.

Si gusta puede anotarlo para que se trabaje con eso durante las siguientes sesiones, así se irán examinando las secuencias con el fin de mejorarlas y/o modificarlas.

<p>Nombre de la técnica</p> <p>REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA</p>
<p>Dominio (área)</p> <p>Cognoscitiva</p>
<p>Síntoma objetivo</p> <p>Pensamientos desadaptativos</p>
<p>Objetivo</p> <p>Modificar pensamientos de modo que sean más adaptativos</p>
<p>Materiales</p> <p>No son necesarios</p>
<p>Condiciones preparatorias</p> <p>Se considera que el uso de esta técnica se realice en momentos específicos cuando el terapeuta se dé cuenta de que el paciente está manifestando una creencia irracional.</p>
<p style="text-align: center;">Descripción de la técnica</p> <p>Existen diversas estrategias para reestructurar cogniciones que el terapeuta puede ir empleando durante toda la intervención; estas pueden ser con elementos verbales del mismo paciente o al generarle imágenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ψ <u>Resumen</u>. Se dice que esta es una herramienta estándar de la intervención y básica en la terapia cognitiva. Lo que se hace es que el terapeuta parafrasea o da un resumen de lo que ha entendido sobre lo que expresa el paciente y/o sobre algún aspecto ocurrido durante la sesión. Esto sirve tanto para el paciente como para el terapeuta ya que se clarifican y redefinen aspectos, también con esto se le muestra al sujeto un modo diferente de interpretación en donde se puedan separar emociones, situaciones y pensamientos. ψ <u>Reencuadre</u>. Esta técnica también es clásica en la terapia cognitiva. Consiste en que el psicólogo da una interpretación alternativa u otra visión de modo que el cliente decida si la acepta o no. Por ejemplo, si el paciente menciona “nadie me quiere”, el terapeuta puede responderle “yo no pensaría eso debido a que he notado que tu madre y tus hermanos te traen a terapia mostrando interés en ti, además, en una ocasión mencionaste que tu amiga te compró un regalo, ¿ese no sería una muestra de afecto?”. ψ <u>Descubrimiento guiado</u>. Muy posiblemente este sea el método más frecuente e importante para reestructurar creencias de modo verbal. Lo que se hace es guiar el pensamiento de la persona con

ciertas preguntas que son sencillas, tales como “¿y entonces?”, “y qué pasaría si...?”, “¿qué supondría eso para ti? ...”, “¿qué le dirías a un ser querido si estuviera viviendo lo mismo que tú? ...”. Esto servirá para que se exploren los significados sobre los acontecimientos y más que ser un dialogo abierto, es dirigido, esto con base en la *hipótesis* que tenga el terapeuta sobre cuál es la naturaleza de la problemática, la cual pueda verificar y hacerla consciente al paciente. Un ejemplo sería:

Terapeuta: ¿Qué sucedería si vas a la reunión?

Paciente: ¡No, no podría!

T: ¿Qué es lo que podría suceder si fueses?

P: Seguramente estaré solo, porque nadie me va a hablar.

T: ¿Y qué pasaría entonces?

P: Me sentiría muy mal.

T: ¿y?

P: Me sentiría fracasado y jamás me gustaría volver hacerlo.

T: ¿Esa sensación de fracaso qué es para ti?

P: Que soy nada y que no valgo la pena.

Cierre de la técnica

Cada uno de los métodos se cierra cuándo el paciente ha cambiado su pensamiento; esto se puede mostrar con expresiones como “es verdad”, “tiene razón”, “ahora entiendo todo” o simplemente que mencione tal cual el nuevo pensamiento.

Como opción se le puede pedir que mencione qué aprendió durante la sesión y cuál cree que fue la relación de lo que estaba sintiendo con los pensamientos que tenía.

Recomendaciones y contraindicaciones

Aunque estas técnicas suelen ser muy usuales y útiles, no se recomienda usarlas en exceso.

Cuando se apliquen, es importante que el lenguaje sea empático, directo y basado en las hipótesis que el terapeuta tenga con respecto al origen del trastorno o del pensamiento disfuncional.

Algunas sugerencias, aparte de las ya mencionadas, sobre cómo llevar a cabo esto son:

- ⊗ Establecer preguntas directas, específicas y concretas.
- ⊗ Cuestionar cuando sea adecuado.
- ⊗ Resistir la tentación de responder a las preguntas del paciente. El paciente ha de responderlas por sí mismo y a su paso.
- ⊗ Evitar hacer preguntas de modo que parezca “interrogatorio”.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pp. 93-95.

Nombre de la técnica

LOCALIZANDO "COGNICIONES OCULTAS"

Dominio (área)

Cognoscitiva

Síntoma objetivo

Pensamientos irracionales automáticos y/u ocultos

Objetivo

Proporcionar otra forma para encontrar pensamientos disfuncionales que puedan estar ocultos o que sean difíciles de percibir.

Materiales

No son necesarios. Si el terapeuta lo prefiere puede apoyarse de música o sonidos relajantes como el de una fuente, por ejemplo.

Condiciones preparatorias

Solicitar al paciente que se siente en una forma cómoda para él, con el fin de comenzar un estado de relajación. Dar las indicaciones pertinentes para esto (respiración rítmica o diafragmática, relajación de músculos, disposición cognitiva, etc.)

Descripción de la técnica

1. Ya que se dio una breve introducción para relajar y estando todavía el paciente en este estado, se le solicita que enfoque su atención en alguna situación relativamente reciente donde haya tenido una conducta problema (como insultar a alguien o automutilarse). Para facilitar el recuerdo del suceso, el terapeuta puede apoyarse de técnicas de imaginación auxiliares.
2. En seguida, se le pide que mencione qué pensamientos asoció en ese momento. Si no encuentra algún pensamiento, se le puede apoyar proporcionándole ejemplos de pensamientos típicos que estén ligados a la conducta problema, tales como:
 - ⊗ "esto es injusto"
 - ⊗ "se lo merecía" o "no merezco esto"
 - ⊗ "me desespera"
 - ⊗ "no puedo creer que esto esté sucediendo"
 - ⊗ "¿¡qué es lo que piensa!?"
 - ⊗ "¡No puedo controlarme!"
 - ⊗ Deseo olvidarme de todo.

3. Ya que se localizó el pensamiento, se le pide al paciente que vuelva a recordar el suceso pero que ahora imagine que en ese momento tuvo otro pensamiento, opuesto al anterior. A continuación, se le pregunta si con este nuevo pensamiento su reacción hubiera sido la misma; si la respuesta a esta pregunta es No, significa que seguramente ese es el pensamiento oculto que buscan. Por ejemplo:

El paciente recordó en la boda de su hermana que cuando se sintió triste fue porque pensó “mi familia me va abandonar siempre”, en el momento que cambió su pensamiento por “ellos no me van a abandonar”, se sintió de la misma forma, es decir, melancólico; esto quiere decir que el pensamiento acerca del miedo al abandono es el que se está buscando.

Cierre de la técnica

Si el paciente tiene duda, se pueden facilitar algunos ejemplos más tomando como referencia situaciones de él o ajenas. Por último, se le solicita que el de un ejemplo y un resumen de lo que aprendió en la sesión.

Recomendaciones y contraindicaciones

Verificar que al paciente le haya quedado clara la técnica, con los ejemplos necesarios para que así sea.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. p. 56

Nombre de la técnica	
DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	
Dominio (área)	
Cognoscitivo	
Síntoma objetivo	
Pensamientos automáticos disfuncionales	
Objetivo	
Brindar y practicar herramientas para la identificación de pensamientos automáticos.	
Materiales	
Se pueden utilizar pintarrón, plumón para pintarrón, hojas y plumas para la explicación de lo aprendido.	
Condiciones preparatorias	
En la misma sesión, el terapeuta debe estar atento a las mismas quejas del paciente y aprovechar la situación donde haya tenido especial malestar para ahí indagar en la cognición.	
Descripción de la técnica	
A continuación, se describirán cinco herramientas para descubrir pensamientos automáticos:	
1. <i>Preguntas directas</i>	
Estas se hacen durante la sesión terapéutica y suele ser lo más común, ya que se puede obtener mucha información así y al mismo tiempo trabajar para mostrarle al paciente cómo se puede identificar de manera correcta estos pensamientos. Se pueden hacer preguntas como ¿en ese momento qué pasó por tu cabeza? ¿Qué pasó por tu mente cuando hiciste eso?, de este modo el paciente puede ir aprendiendo que se puede preguntar así mismo en futuras ocasiones.	
También se pueden apoyar de autoregistros, diarios personales u materiales escritos que se hayan dejado de tarea.	
2. <i>Descubrimiento guiado</i>	
En ocasiones las preguntas directas no suelen ser suficientes para encontrar a los pensamientos automáticos, es por esto que resulta necesario acudir a un procedimiento de descubrimiento guiado/inducido o bien, cuestionamiento “socrático”; un ejemplo sería:	
Terapeuta: ¿Qué pensaste cuando decidiste salirte y aventarte del carro mientras discutías con tu pareja?	
Paciente: Creo que nada, solo me sentía muy triste, enojada y desesperada.	
T: ¿No percibiste si algo pasó por tu cabeza? ¿Te dijiste algo a ti misma?	
P: me parece que no, solo me sentí muy mal, quería que algo malo me sucediera.	

T: ¿Por qué fue tan mala esa sensación?

P: porque no es la primera vez que hago algo así, solo quería calmar el dolor, olvidarme de todo sin importar nada ni nadie, finalmente no creo que a alguien le importe si me pasará algo...

T: Así que, posiblemente, ¿pudo pasar por tu mente la idea de que a *nadie le importa si a ti te pasa algo*, o simplemente que a *nadie le importas*?

P: sí, creo que sí...

Algunas preguntas que pueden ayudar en esto son:

- ψ ¿Qué pasó por mi cabeza o qué me dije a mismo justo antes de que me empezara a sentir así?
- ψ ¿Qué dice de mi si eso es verdad?
- ψ ¿Qué me está diciendo esto sobre mi vida o mi futuro?
- ψ Si eso a lo que le tengo tanto miedo pasara ¿qué es lo peor que podría suceder? ¿qué es a lo que realmente le temo?
- ψ ¿Esto qué me dice sobre que sienten o piensan los otros sobre mí?
- ψ ¿De qué me habla esto sobre las otras personas en general?
- ψ A cerca de eso que viví, ¿Qué imágenes o recuerdos tengo y de qué tipo son?
- ψ ¿Me estaré culpando de algo que no puedo controlar en su totalidad?

3. *Aprovechar momentos emocionales durante la sesión*

Es bueno que si el paciente llegase a tener algún momento de desahogo emocional (p.e. tensión, sobresalto, llanto) durante la sesión o incluso situaciones de duda o inquietud, el terapeuta se sirva de aprovecharlo para en ese instante preguntarle lo que está pensando tratando de seguir la secuencia A-B-C, esto es, analizar y hacer verle que esos pensamientos están teniendo una consecuencia tanto emocional (tristeza, por ejemplo) y conductual (llorar).

4. *Asignar y evaluar tareas conductuales*

Cuando se deja una tarea, el paciente produce pensamientos, por lo mismo esto también es una ventana para analizarlos. Por ejemplo, si no la realiza pudo haber sido por asociar cogniciones negativas como “no voy a poder”, “no me servirá de nada”, “no tengo animo de hacerlo”, etc. Si por el contrario si la completó satisfactoriamente, posiblemente fue por decirse a sí mismo “es importante hacerlo para que mejore”, “es bueno aprender esto”, “me servirá para aprender”. Con esto se puede estudiar junto con el paciente la asociación de pensamientos, emociones y conductas.

5. *Contabilización de pensamientos*

Puede resultar útil que se le pida al paciente que cuente y anote cuántos pensamientos negativos tuvo al día o hacerlo por secciones (mañana, tarde y noche) o cada cierto tiempo (cada dos o tres horas), dependiendo de cómo resulte más sencillo para el paciente y práctico para el terapeuta. Esto sirve para profundizar en los contenidos repetidos, analizar la frecuencia con la que aparecen, de qué modo

impactan en el individuo y para que el mismo paciente perciba su estilo de pensamiento.

Después de esta fase, se le puede solicitar que ahora cuente sus pensamientos positivos, esto para que vea que también tiene la capacidad de pensar en positivo, con esto también se induce a que el paciente lo haga.

Cierre de la técnica

Preguntarle al paciente cómo se siente después de descubrir estos pensamientos, si siente que le ha ayudado y que de una pequeña conclusión de los visto en la sesión.

Recomendaciones y contraindicaciones

Hay que tomar en cuenta que, para lograr el objetivo de esta técnica, la herramienta principal es la entrevista debido a que es cuando resulta más fácil identificar a las cogniciones, es decir, ideas, recuerdos, imágenes y/o autoverbalizaciones que estén provocando malestar en la persona.

Ahora, la intervención clínica en general no debe centrarse en identificar o corregir cualquier sospecha de creencia disfuncional, sino más bien, ayudar para detectar y hacer conscientes aquellos pensamientos que puedan ser relevantes para el problema y, sobre todo, que provoquen emociones negativas. De este modo, es importante que el terapeuta asuma su tarea como guía para identificar productos mentales desadaptativos y clínicamente relevantes evitando indagar cualquier síntoma de irracionalidad. Así, la intervención cognitiva no se enfoca en ayudar a “pensar mejor”, sino más bien en pensar de un modo que no produzca tanto daño, centrándose en los pensamientos que dan como resultado mayor insatisfacción en el sujeto.

Otro punto a tomar en consideración es que la propia naturaleza del pensamiento automático hace que sea más difícil, en muchas ocasiones, su identificación por parte del paciente; esto es porque los pueden considerar como algo “natural” y no como algo patógeno. Inclusive el terapeuta puede cuestionarse así mismo para comprobar si las creencias son las que verdaderamente están originando problemas al individuo. Estas preguntas pueden ser:

- ⊗ ¿Este pensamiento es consistente con el este tipo de emoción?
- ⊗ ¿Es este pensamiento consistente con la intensidad de dicha emoción?
- ⊗ Si otra persona tuviese esa misma creencia, ¿se sentiría así de mal?

Por último, hay que tomar en cuenta que de modo general, el procedimiento del descubrimiento guiado requiere de mucha sensibilidad y escucha activa por parte del terapeuta sobre la problemática, el estilo de pensamiento y de afrontamiento del paciente, para ir descubriendo sus patrones cognitivos.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pp. 61-65, 69 y 70.

<p>Nombre de la técnica CLARIFICANDO LO APRENDIDO</p>
<p>Dominio (área) Cognoscitivo</p>
<p>Síntoma objetivo Dudas</p>
<p>Objetivo Proporcionar al terapeuta tips para ayudar a demostrar el impacto del pensamiento en la emoción y para clarificar las explicaciones al paciente.</p>
<p>Materiales No son necesarios</p>
<p>Condiciones preparatorias Estas técnicas son un apoyo al terapeuta para que las utilice cuando la misma situación en sesión lo requiere, por ejemplo, cuando al paciente no le esté quedando muy claro lo que el terapeuta está explicando.</p>
<p>Descripción de la técnica</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Proporcionar ejemplos de la propia historia:</i> en el procedimiento de alguna técnica o argumento durante la sesión, ayuda más recurrir a la historia del paciente que a ejemplos ajenos. Puede ser que se le pida que recuerde de manera minuciosa algún momento donde haya experimentado un gran malestar, animándolo a que lo describa detalladamente, manifestando qué fue lo que pensó, sintió e hizo en esa situación; después se promueve el análisis de por qué ahora en el presente ya no le afecta, qué fue lo que cambió, si su pensamiento se ha modificado desde aquel entonces, qué tanto significó para él en el pasado y ahora y, si le volviera a pasar ¿su reacción sería la misma? Se recomienda también contar historias reales de otras personas y si es necesario, del mismo terapeuta. <i>Dependiendo del color con que se mire el cristal:</i> Otra manera de hacer ver al paciente el impacto del pensamiento en lo que nos sucede es manifestarle que aun en una misma situación, las consecuencias pueden ser diferentes si cambian los pensamientos, por lo que el modo de interpretar la realidad es crucial en nuestro sentir; se pueden poner algunos ejemplos del mismo paciente o no, para demostrar las consecuencias que se obtienen dependiendo del tipo de pensamiento que tengamos.



Cierre de la técnica

Solicitar al paciente que describa (verbal o de manera escrita) lo que aprendió en la sesión y cómo lo va aplicar durante la semana.

Recomendaciones y contraindicaciones

Proporcionar los ejemplos necesarios sin exceder en ellos, ya que puede tornarse aburrido. Así mismo, que de preferencia estos sean en función del paciente de modo que pueda ver su aplicabilidad y funcionalidad.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. p. 58.

<p>Nombre de la técnica AUTOREGISTRO</p>
<p>Dominio (área) Cognoscitivo</p>
<p>Síntoma objetivo Pensamientos disfuncionales</p>
<p>Objetivo Detectar ideas irracionales así como pensamientos automáticos con apoyo de una herramienta estructurada.</p>
<p>Materiales Formato “Modelo estándar de autoregistro de pensamientos disfuncionales”, anexo en seguida de esta técnica.</p>
<p>Condiciones preparatorias Esta técnica se explica durante la sesión mencionando al paciente que es importante para que se esfuerce y se centre en analizar su tipo de pensamiento y qué tan recurrentes son las ideas desadaptativas.</p>
<p>Descripción de la técnica La explicación de esta técnica consistiría en lo siguiente: el registro de pensamientos se hace en este formato (previamente elaborado, formato “Modelo estándar de autoregistro de pensamientos disfuncionales”). Para tener un mejor recuerdo es importante poner la fecha y la hora de cuándo ocurrió el evento; a continuación en la siguiente columna, describir lo más detallado posible, la situación; posteriormente escribir qué emoción sintió en ese momento y en qué intensidad; por último, anotar cuáles fueron los pensamientos que surgieron. Ya explicado, entre los dos pueden llenar uno con ejemplos prefabricados o con experiencias del mismo paciente. En el siguiente modelo se presenta una muestra:</p>

<u>Fecha / hora</u>	<u>Situación</u> <i>¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba y qué sucedía?</i>	<u>Emoción (es)</u> <i>¿Qué emociones (tristeza/ansiedad/ira/etc.) sintió en ese momento? ¿Cómo fue de intensa en una escala de 0 a 10?</i>	<u>Pensamiento (s)</u> <i>¿Qué le vino a la cabeza en ese momento (ideas, recuerdos, imágenes...)? ¿En qué grado de 0 a 10 pensó que esos pensamientos eran ciertos?</i>
25Nov, 13:00 Hrs.	En casa mientras descansaba en el sillón.	Incomodidad (8) Poca energía (9) Miedo (9)	Mi esposo me va a pedir el divorcio porque ya no le gusto (8) No quiero saber nada de la vida (7)
26 Nov, 20:00 Hrs.	En el transporte público de regreso a casa.	Nerviosismo (8) Tristeza (9) Desesperación con taquicardia (9)	Me siento tan triste que supongo es mejor morir (9) Este mundo será mejor sin mi (8)
28 Nov, 09:00 Hrs.	En el transporte público, casi llegando al trabajo.	Culpa (9) Enojo (6) Tristeza (10)	A lo mejor mi esposo hoy estuvo con alguna amante y por eso me va a dejar (7) Lo malo que me pasa es porque soy mala persona y lo merezco (8.5) No puedo con este dolor (9)

Cierre de la técnica

Se deja de tarea que lo vaya llenando para retornarlo la siguiente ocasión en la que se reúnan.

Recomendaciones y contraindicaciones

Es pertinente tomar en cuenta que los autoregistros se utilizan de manera muy común en la clínica; ya sea por la misma naturaleza del problema o por las características del paciente (evitadores, obsesivos, con un nivel intelectual bajo, manipuladores, etc.). Sin embargo, hay quienes opinan que a veces existe una preocupación excesiva por parte de los terapeutas por llevar a cabo este procedimiento a pesar de no ser el único que puede servir para identificar pensamientos. Claro que esta técnica, si es bien llevada por el paciente, es de gran ayuda para la intervención terapéutica, no obstante, el simple hecho de ir llenando un registro puede resultar complicado en ejecución o interpretación para algunas personas, ya sea por falta de tiempo o por un mal manejo de las instrucciones; esto puede dar como resultado sentir frustración innecesaria en ambas partes.

Entonces, es de considerarse que los autoregistros son una herramienta que no es necesaria y muchas veces tampoco suficientes para llevar a cabo la reestructuración de creencias desadaptativas y, en ningún caso, debe ser un requisito de la intervención.

Ahora, cuando los registros no son completados por el paciente, se recomienda negociar con él para que elija momentos específicos del día en los cuales pueda ocuparse de esa tarea (sobre todo con

pacientes muy ocupados o estresados); también hay que comprobar si el hecho de no terminar con la actividad forma parte del mismo problema del individuo (p.e. tender a postergar las cosas, trastorno por déficit de atención, ser desafiante hacia las peticiones de otros incluyendo la autoridad, etc.). Finalmente, si no lo hicieron debido a que su malestar es intenso, se les sugiere que lo hagan ya que tengan un estado emocional tranquilo (minutos u horas después).

Se invita al terapeuta a ayudar a clarificar conceptos no entendidos y a dar ánimo al paciente mostrándole que existen otras personas a las cuales se les ha dificultado la tarea, pero que logran hacerlo.

Por último, es de importancia mencionar que el autoregistro requiere de un análisis exhaustivo del llenado que emite el paciente, evitando dar por válido inmediatamente cualquier contenido que haya generado.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pp. 65-68.

MODELO ESTÁNDAR DE AUTOREGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES

Fecha / hora	Situación <i>¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba y qué sucedía?</i>	Emoción (es) <i>¿Qué emociones (tristeza/ansiedad/ira/etc .) sintió en ese momento? ¿Cómo fue de intensa en una escala de 0 a 10?</i>	Pensamiento (s) <i>¿Qué le vino a la cabeza en ese momento (ideas, recuerdos, imágenes...)? ¿En qué grado de 0 a 10 pensó que esos pensamientos eran ciertos?</i>

Nombre de la técnica	
IDENTIFICANDO CREENCIAS NUCLEARES Y CREENCIAS INTERMEDIAS	
Dominio (área)	
Cognoscitiva	
Síntoma objetivo	
Creencias disfuncionales	
Objetivo	
Proporcionar herramientas al terapeuta para identificar ideas desadaptativas.	
Materiales	
No son necesarios	
Condiciones preparatorias	
Las técnicas descritas en esta sección son para aprovecharse en los momentos de discurso del paciente durante la sesión.	
Descripción de la técnica	
<p>A continuación, se enumeran algunas técnicas que tienen como objetivo encontrar creencias nucleares e intermedias desadaptativas:</p> <p style="margin-left: 40px;">ψ <i>Contenidos de reglas y normas</i></p> <p>Muchas reglas que son enseñadas por la cultura como los “debería” o los “tengo que” son evidencias de creencias nucleares del mundo y de uno mismo. Estos términos se refieren a una obligación física o moral reflejando imposiciones genéricas que son exigentes.</p> <p>Si el paciente las expresa en la terapia, es bueno detenerse a explorar su significado y sus consecuencias con el fin de ayudarlo a encontrar las creencias respecto a su vida que pueden estar muy asentadas y que posiblemente le estén generando problemas.</p> <p style="margin-left: 40px;">ψ <i>Análisis directo de verbalizaciones</i></p> <p>Una forma directa para revisar el significado implícito de las afirmaciones del individuo es preguntarle la importancia de lo que está diciendo y/o si en verdad cree que lo que dice es una verdad absoluta. Algunas preguntas que pueden ser útiles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ ¿Y entonces...? ⊗ ¿Por qué es importante para ti? 	

- ⊗ ¿Qué podría pasar si eso se cumple?
- ⊗ Si es así lo que mencionas, ¿qué dice eso de ti o de tu vida?

Con este tipo de cuestionamientos se estaría retando directamente a las ideas que podrían estar provocando problemas, además, el cliente puede aprender estas preguntas para que después el mismo se las haga.

Un ejemplo de cómo aplicarlo en sesión sería:

María es una persona con un temor fuerte por el abandono:

Paciente: Cada que mi pareja se enoja conmigo me preocupo demasiado, siento miedo y tristeza por lo que hago todo lo posible para que se le quite el enojo.

Terapeuta: ¿Qué te preocupa tanto?

P: Que siento que me va a dejar.

T: ¿y qué pasa si efectivamente lo hace?

P: que me sentiría muy mal porque me da mucho miedo quedarme sola.

T: ¿y por qué te hace sentir tan mal “quedarte sola”?

P: pues porque necesito que me amen, necesito estar con alguien. Yo sola no me sentiría bien, estaría vacía, no podría valerme por mi misma. No me gusta estar sola, porque es quedarme conmigo misma, lo cual *no me agrada porque no me gusta*. (Éste puede ser un punto de llegada para tratar algo que parece estar más en la base de su problema de miedo al abandono, la idea de que necesita estar con alguien más porque estar sola es quedarse con algo que no le gusta: ella misma.)

⊗ Ideas y refranes

Los refranes y dichos son un reflejo de ideas esquemáticas sobre el mundo, es por esto que, si el paciente los utiliza durante la sesión e incluso suele ser reiterativo, esto puede estar hablando de creencias solidas que pueden estar dándole problemas a la persona. Con esto, el terapeuta puede valorar la actitud del paciente hacia la vida y cómo afecta en su comportamiento, por ejemplo, decir “más vale estar solo que mal acompañado” o “piensa mal y acertaras”.

*La labor del terapeuta para las tres técnicas ya mencionadas, es poner especial atención en el discurso del paciente para cuando se puedan utilizar y, sobretodo, crear consciencia de lo que está diciendo y pensando, lo cual tiene consecuencias emocionales y conductuales. *

ψ *Búsqueda de valores*

El verificar cuáles son los valores del paciente identificando cuáles son los que intervienen en las emociones sirve para encontrar creencias disfuncionales.

Los valores son las expectativas, metas o “presiones” para actuar de cierta forma que ya está determinada, por ejemplo, “debería”. Para localizarlos, se pueden hacer preguntas como: ¿qué importancia le darías a ...? O ¿qué tan importante es para ti el trabajo, el hogar, el mundo, etc.? (algún elemento crítico); la jerarquía de valores se puede descubrir haciendo cuestiones como: ¿te inclinas más a ser o a mantener una relación estable?, ¿te gusta tener más tiempo para estar con tus amigos o para realizar actividades de manera solitaria?, ¿un trabajo bien pagado o un trabajo estable?, etc. También se le puede pedir que imagine que se le apareciera un mago y preguntarle cuáles serían los tres deseos que pediría y/o qué le gustaría cambiar y mantener de su vida.

También el terapeuta se puede apoyar de pruebas psicológicas que sirven para indagar en este aspecto. Entonces, al obtener estos sondeos se obtiene una escala de valores que auxilian en el análisis de las creencias y las conductas que podrían resultar incongruentes con la misma escala, dando como resultado insatisfacción o sentimientos confusos en el paciente.

ψ *Exploración de historias de vida*

Otra forma de explorar a los pensamientos y su significado es hacerle la pregunta directa al paciente sobre a qué le adjudica la procedencia de esas creencias. Por lo general, hacen la conexión de esto con recuerdos que podrían ser aparentemente poco significativos por ser detalles pequeños de experiencias, sin embargo, podrían estar arrojando información importante con respecto creencias más profundas. Por ejemplo, el paciente puede comentar que cuando era pequeño algunas veces le dijo a su madre que no tenía hambre por lo cual no deseaba comer (que, analizando este simple hecho, nos estaría hablando de asertividad), pero que ella cada que le decía eso le respondía “si tienes” y lo obligaba a comer, incluso hubo algunos episodios en los que le llego a regañar o golpear para que lo hiciera; esto nos estaría hablando de sentimientos de invalidación y castigo de comunicación asertiva. Otro caso es que la persona refiere tener recuerdos de su infancia sobre que su familia se olvidó recogerla al salir de su jornada escolar; a esto se asocian los sentimientos de abandono y de sentirse poco querido.

ψ *Lista de sucesos vitales personalmente significativos*

Otra herramienta es solicitar al paciente que realice una lista de los sucesos que él considera más importantes de su vida (tanto negativos como positivos); se sugiere que lo separe por columnas

asignadas por etapas (infancia, adolescencia y edad adulta) dependiendo de la edad del paciente. Esto ayudará a que el paciente vea el hilo conductor de relevancia con los hechos y su forma de pensar y ser actualmente, analizando qué pensamientos destacaron y/o siguen siendo importantes para trabajar con ellos, qué cambios ha tenido tanto para bien como perjudiciales y qué asuntos aún siguen siendo sensibles, generando todavía descargas emocionales en la persona (de hecho, esto último sirve como punto clave para identificar creencias centrales).

ψ *Autobiografía*

Otra estrategia parecida pero más completa a la anterior es pedirle al paciente que realice una *autobiografía*, esto es, decirle que escriba la historia de su vida tratando de que sea detallada, pero a su estilo, lo que él quiera compartir. Una vez entregada, en sesión se le pregunta que para qué cree que le sirvió ese ejercicio. Así, se ha visto que esto ayuda para que analicen cómo ha sido su vida, les sirve para revivir hechos que creían no relevantes y, por lo general, llegan a sentir satisfacción por haber hecho un recuento de sus vivencias.

Cierre de la técnica

Si el psicólogo explicó al paciente que lo que dice o piensa son ideas que pudieran ser desadaptativas, se le puede dejar de tarea que analice cuántas veces repite este tipo de cogniciones.

Se le pregunta si tiene dudas y por último se le solicita que explique lo que aprendió.

Recomendaciones y contraindicaciones

Se sugiere especial atención y cuidado por parte del terapeuta para ir anotando las cogniciones del paciente, así como encontrar el momento apropiado para informarle a este sobre la naturaleza y efectos de sus pensamientos.

Con respecto a la técnica de *búsqueda de valores*, es de considerarse que las respuestas del individuo puedan estar condicionadas por deseabilidad social, por lo que es de vital importancia que el psicólogo sea cauteloso y tome en cuenta su conocimiento sobre la forma de ser del sujeto.

Los ejemplos antes mencionados puede tomarlos el lector para utilizarlos con el paciente, de modo que le quede más clara la explicación.

La autobiografía puede resultar un tanto difícil para algunas personas, por lo que es posible que no completen el ejercicio o que no lo hagan; para esto se recomienda dar animo al paciente haciéndole ver los beneficios que conseguirá al cumplir con la tarea, pero dándole su espacio para que no se sienta presionado.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pp. 78-83.

<p>Nombre de la técnica FLECHA DESCENDENTE</p>
<p>Dominio (área) Cognoscitiva</p>
<p>Síntoma objetivo Creencias irracionales</p>
<p>Objetivo Identificar de manera progresiva pensamientos desadaptativos que puedan resultar difíciles de encontrar</p>
<p>Materiales No son necesarios</p>
<p>Condiciones preparatorias Esta técnica se aplica durante sesión aprovechando el mismo discurso del paciente</p>
<p>Descripción de la técnica</p> <p>Este procedimiento consiste en realizar preguntas sucesivas al paciente sobre el significado de sus afirmaciones; se le cuestiona progresivamente tras cada una de sus respuestas para ir accediendo a contenidos más centrales. Un ejemplo se encuentra en la figura que está al final de la técnica.</p> <p><i>Inducción y cuestionamiento de imágenes con flecha descendente</i></p> <p>Una variante de la flecha descendente es hacer el cuestionamiento en apoyo de imaginación y relajación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se inicia relajando por máximo 5 minutos. 2. Se le solicita que se enfoque en la situación que le preocupa (p.e. el abandono de su pareja), empleando el máximo de elementos sensoriales con el fin de que sea más vívido el recuerdo. 3. Ahora se le pide que se centre en las emociones que está sintiendo en ese momento, que las viva sin modificarlas o hacerlas más soportables. 4. Ahora se le pide que preste atención a los pensamientos que pasan por su cabeza, preguntándole qué es lo que se está diciendo en ese momento, qué imágenes vienen a su mente y qué cree que es lo que provoca que se sienta de ese modo. 5. Justo en ese instante se puede empezar a hacer las preguntas en cascada (“flecha descendente”) sobre el significado de esa creencia, por ejemplo, “bien, ¿qué pasaría si...?” <p>*El terapeuta puede ir haciendo anotaciones de lo que menciona el paciente para que posteriormente se pueda analizar y discutir con él esas ideas encadenadas.*</p>

Cierre de la técnica

Justo antes de cerrar, el terapeuta puede hacer uso del silencio para ver si el mismo paciente se da cuenta que su tipo de pensamiento no es funcional y que necesita cambiarlo. Si no es así, el psicólogo puede decir “te das cuenta que este tipo de pensamiento podría ser desadaptativo debido a que no tiene nada de malo esto...o a que no es conveniente generalizar...etc.” De este modo se estaría cerrando con la técnica, cuando el paciente logre identificar su tipo de pensamiento.

Recomendaciones y contraindicaciones

Es importante que este procedimiento se emplee con delicadeza para que el cliente no se sienta acosado o burlado.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. p. 83.

Situación: Caro y Manuel han acudido a terapia porque no pueden controlar el enojo en su relación. Caro se queja que Manuel es débil y malo con ella y éste dice que ella es muy impulsiva, tanto que le ha llegado a “pegar”, pero que no sabe cómo ponerle un alto.

Pensamiento automático: “ella es la que me maltrata, pero tengo que soportarlo.”

(¿Qué significa esto para ti? ¿Qué te dice sobre el mundo o sobre cómo funcionan las cosas?)



“Si los demás se enteran que me pega pensarán que soy poco hombre.”

(¿Y eso qué significa?)



“Pues un hombre debe defenderse pero no puede pegarle a una mujer, pero si le pongo un alto ella le dirá a los demás que soy poco hombre”

(¿Y...?)



“Pues eso, que si me defiendo es peor, pues todos se van a enterar que ella es la que manipula y lleva las riendas de la relación”

<p>Nombre de la técnica STOP A LOS PENSAMIENTOS</p>
<p>Dominio (área) Cognoscitiva</p>
<p>Síntoma objetivo Pensamiento rumiativo</p>
<p>Objetivo</p> <p>Detener cogniciones que inician automáticamente pero que suelen ser rumiativos, repetidos o redundantes.</p> <p>Demostrar al paciente que si existen métodos con los que se pueden cambiar o detener pensamientos que parecieran no detenerse, proporcionando una sensación de control y autoeficacia.</p>
<p>Materiales Pintarrón y plumón para pintarrón.</p>
<p>Condiciones preparatorias En sesión, antes de que se lleve a cabo la técnica el terapeuta deberá explicar cuál es el objetivo y en qué consiste la técnica.</p>
<p>Descripción de la técnica</p> <p>A este procedimiento también se le puede llamar “parada de pensamiento”, se puede utilizar con dos métodos: el Protocolo 1 es el básico y se emplea al principio cuando se quiere instruir como se lleva a cabo la técnica; ya que el individuo la comprendió, se puede introducir el protocolo 2, en éste se añade un pensamiento positivo alternativo, que sirve como autoafirmación o autoinstrucción positiva. A continuación, se ilustran cada uno de ellos.</p> <p>PROTOCOLO I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Información y descripción. El terapeuta describe claramente el objetivo de la técnica y explicará en qué consiste. 2. Demostración. <ol style="list-style-type: none"> a) Primero se detectan los pensamientos que provocan molestia y que son intrusivos en el paciente, una vez detectados, se selecciona aquel con el que se trabajará. Para la fase de detección sirve hacer un listado de preocupaciones que suelen ser comunes en sujeto donde se detalle en qué forma se presentan esos pensamientos, ya que a veces solo suelen ser frases tales como “me va a salir mal”, “mi vida es un fracaso”, “esto es mucho para mí”, “algo

malo me sucederá”, “no podré con esto”, etc.).

- b) Con ayuda de la relajación, promoviendo la concentración y la autofocalización, se encomienda a la persona que piense en una situación en donde probablemente experimente un pensamiento negativo y se le pide que, en este estado, se concentre en el pensamiento que pueda aparecer. Al principio suele ser más fácil enfocarse en pensamientos que producen ansiedad pero que no provoquen gran tensión.
- c) Ahora, con los ojos cerrados, se le dice al paciente que traiga a su mente algunos de los pensamientos que le acosan y que se concentre en estos.
- d) Justo en el momento que el individuo manifiesta que apareció uno, el terapeuta dice “¡Alto!” dando una palmada de modo que se refuerce este efecto interruptor.
- e) El siguiente paso es que ahora realizará lo mismo (puede ser con la misma situación imaginaria u otra), pero ahora el mismo se dirá la palabra “¡Alto!” justo cuando el terapeuta, ahora en silencio, dé una palmada en mitad del discurso rumiativo.
- f) Para lo que sigue, ahora sin intervención del psicólogo, el paciente tendrá que decirse en voz baja la palabra “¡Alto!”.
- g) Por último, se analiza en conjunto la eficacia de la técnica en cada paso; se pueden sugerir variaciones según los resultados de la prueba.

Como apoyo se pueden escribir en el pintarrón los pensamientos que invaden al paciente para trabajar con ellos.

3. Práctica. Se le solicita al paciente que ejecute este método varias veces al día pero, sobre todo, cuando esté experimentando pensamientos rumiativos o ansiógenos que puedan estar interfiriendo con alguna actividad o favoreciendo alguna emoción negativa.

**Nota:* En el caso de borderline, los ejemplos que se pueden proporcionar o las conductas sobre las cuales se pueden trabajar es cuando tenga emociones de ira, celos y depresión, con pensamientos como: “seguro esta con alguien más”, “no me puedo contener”, “esto no es justo”, “me va abandonar”, “esto no vale la pena”, “me lo merezco”, “no me lo merezco”, o algunos de los ya expuestos en capítulos anteriores.

PROTOCOLO II

1. Primero se eligen los procesos mentales recurrentes que son negativos.
2. En seguida se elige una palabra que sirva de detención, se recomienda que tenga significado emocional de modo que le sirva al paciente.

3. Aprovechando un estado de tranquilidad o relajación, se invita a la persona a que diga sus pensamientos mientras se propicia una situación que los pueda generar.
4. Cuando las creencias aparecen, el terapeuta aprovecha para decir la palabra de detención que puede ser “¡Alto!” e inmediatamente introduce un pensamiento alternativo.
5. Ahora, con la misma escena u otra, el mismo paciente es el que se dice “¡Alto!”, introduce el pensamiento alternativo y posteriormente evalúa la eficacia del procedimiento.
6. Por último, se va a repetir el paso anterior, pero se hará en voz baja.

*Nota: como pensamiento alternativo se pueden usar expresiones verbales neutras como “vamos”, “Ánimo”, “Adelante”, o algunas más positivas como “sí puedo”, “lo voy a conseguir”, “puedo controlarme”, “esto no me va a destruir”, “no me va a vencer nada”, etc., siempre y cuando se tenga la seguridad que sean creíbles para la persona.

Cierre de la técnica

Se analizan los resultados viendo ventajas y desventajas de lo que se ha realizado. Se deja como tarea practicarlo durante la semana para platicarlo durante la siguiente sesión.

Recomendaciones y contraindicaciones

Se recomienda que este procedimiento se lleve a cabo cuando exista la sensación en el paciente de estar desprotegido o de tener un desbordamiento psicológico.

Muy posiblemente, la parada de pensamiento tiene poca eficacia cuando los productos cognitivos son más graves, como ideas delirantes, ideas suicidas o de inutilidad personal debido a que son más elaboradas. De este modo, la aplicación de esta técnica requiere de una evaluación detallada de las creencias con las que se desea trabajar.

Debido a que este método suele ser de *escape* (ya que se enseña a detener y abandonar los pensamientos intrusivos cuando aparecen), se sugiere que no se utilice como procedimiento único, sobre todo cuando se desea que se *expongan* o confronten las imágenes que le inundan. No obstante, el efecto puede ser positivo en el sentido de que no solo es un escape, también es una puerta de aprendizaje a otras habilidades.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pp. 95-102.

<p>Nombre de la técnica</p> <p>COMBATIENDO EL PENSAMIENTO CATASTRÓFICO</p>
<p>Dominio (área)</p> <p>Cognoscitiva</p>
<p>Síntoma objetivo</p> <p>Pensamiento catastrófico</p>
<p>Objetivo</p> <p>Proporcionar al paciente herramientas adecuadas para detener su pensamiento catastrófico</p>
<p>Materiales</p> <p>Hojas, bolígrafo o lápices, pintarrón y plumón para pintarrón.</p>
<p style="text-align: center;">Condiciones preparatorias</p> <p>Explicar al paciente que cuando se tiende mucho a tener “pensamiento catastrófico” es porque normalmente la persona teme por algo que todavía no ha sucedido y desea detener esa fantasía en el momento que ocurre; generalmente anticipa de manera irracional con resultados abrumadores y no con resultados que sean más probables y lógicos.</p> <p>Ejemplos de las expresiones o pensamientos que se tienen y que son indicadores de pensamiento catastrófico son: “va a ser un fracaso total”, “seguramente pasará esto”, “va a destruir mi vida por siempre”, “si sucede aquello, no sé qué voy hacer”, “no voy a poder soportarlo”, etc., generalmente poseen contenido negativo.</p> <p>Algo frecuente que llegan a hacer los individuos para resolverlo es <i>no seguir pensando en eso</i>, a modo de escape, intentan parar las verbalizaciones con frases como: “¡esto es una tontería!”, “no, eso no va a pasar”, “¡tengo que quitarme esto de la cabeza!”, “ya, no te digas eso”, etc.; sin embargo, no funciona porque lo que se hace es cerrar prematuramente las cogniciones, lo que provoca que posteriormente vuelven a aparecer con igual o mayor intensidad.</p> <p>Con esto, se verifica si al paciente ya le quedó claro qué es este término, también se proporcionan ejemplos de él mismo y de aquí se parte para comenzar con la técnica.</p>
<p style="text-align: center;">Descripción de la técnica</p> <p>Existen diversas técnicas para tratar al “pensamiento catastrófico”, en este caso, se exploran las siguientes, el terapeuta puede elegir aplicar una o todas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ∅ <i>Estimación sesgada de probabilidades:</i> Se hace un análisis realista de probabilidades, de hecho, esta herramienta es muy frecuente en la reestructuración cognoscitiva. Entonces, lo que se hace junto con el paciente, apoyándose de algo en donde escribir, es una lista donde se separen las

posibilidades de las probabilidades, cuestionando las creencias que arroje el cliente y verificando si realmente podrían pasar. De este modo, aprende que sus cogniciones son interpretaciones de la realidad más o menos acertadas, pero no son verdad absoluta o la realidad misma, esto es, no son hechos sino afirmaciones probabilísticas.

Otro tipo de estimación sesgada es lo que se denomina *sesgo ilusorio*, en donde la persona se siente muy protegida pensando “a mí no me va a ocurrir”, “llevo mi amuleto de la suerte siempre para que me proteja”, etc. y con esto o con lo ya mencionado, lo que se propone hacer es una intervención psicoeducativa sobre el concepto de aleatoriedad.

En el caso de que existan predicciones catastróficas de eventos negativos *encadenados*, lo que se recomienda es analizar la probabilidad de que suceda cada uno y hacer ver la poca probabilidad real de que algo tan negativo llegue a pasar; por ejemplo, un paciente que tenga miedo de viajar en avión porque *seguramente* pueda tener un accidente fatal, se le puede decir que en realidad, la probabilidad de que exista un accidente aéreo es de 2 por un millón de despegues y que el accidente tenga consecuencias fatales es de 1 por millón.

En otras ocasiones, el problema se debe a que la persona tiene necesidad de tener todo controlado y poder predecir cualquier resultado posible; cuando esto sucede, se puede intervenir diciendo que no es posible tener todo bajo control y menos en un mundo donde muchas cosas suceden por azar y no hay una verdad absoluta, y que, en realidad, intentar tener todo bajo control puede ser una pérdida de tiempo que nos puede llevar a bloquearnos.

⊗ *Análisis lógico de consecuencias probables.* Como complemento a la técnica anterior o como segunda posibilidad, se puede trabajar en aceptar que aquello a lo que se le teme sucederá y entonces, cuestionar con delicadeza, en realidad cuáles serían las consecuencias y diferenciarlas con las que solo son *probables*. Un ejemplo sería alguien que tiene mucho miedo de ser abandonado por su pareja, el terapeuta le puede hacer varias preguntas:

- ⊗ ¿Qué sucedería exactamente si terminan su relación?
- ⊗ ¿Qué sería lo peor que puede pasar si te abandona?
- ⊗ ¿Crees que ya no hay un futuro si esa persona no está en tu vida?
- ⊗ ¿Piensas que podrías encontrar a alguien mejor?
- ⊗ ¿Crees que sea la única persona en el mundo capaz de valorarte o quererte?
- ⊗ ¿Consideras que existe algún problema peor?
- ⊗ ¿Crees que hay algún remedio para solucionar lo que pase o se va a mantener para siempre?
- ⊗ ¿Duraría para siempre tu sensación de abandono o tristeza?
- ⊗ ¿Crees que no se puede empezar de nuevo?
- ⊗ ¿Qué sucedería después?

⊗ *Exploración detallada guiada.* En el momento en que el paciente tiene una imagen que es catastrófica, el terapeuta le pregunta cuáles pueden ser los resultados de aquel hecho que esté imaginando solicitándole que los describa detalladamente, el terapeuta analiza de manera minuciosa. De este modo, entre los dos se pueden dar cuenta que en realidad lo que está ocasionando el malestar en el paciente pueden llegar a ser conclusiones irracionales ante un hecho que todavía no existe.

Es posible que estas imágenes catastróficas se generen solo justo antes de un evento que pueda ser negativo (por ejemplo, que a algún familiar lo vayan a operar y que por consiguiente el paciente imagine que el médico le está dando la noticia de que ha fallecido); en estos casos lo que se recomienda hacer es un repaso detallado durante la siguiente sesión de terapia donde se analice todo el contexto lógico, lo cual ayuda a impedir que se generen elementos de evitación cognoscitiva y también a descubrir y cambiar elementos improbables e irracionales.

⊗ *Análisis de recursos.* El encadenamiento sucesivo de preguntas del tipo “¿Y qué pasaría si eso sucede realmente?” o “¿Y entonces?” tiene por objetivo intentar demostrar que el resultado puede que no sea finalmente tan catastrófico, sino que, yendo más allá del punto terminal que supone el paciente (“Eso va acabar conmigo”, “No podré superarlo”), es posible encontrar alguna solución, alguna salida, o simplemente sugerir escenarios *alternativos* menos dramáticos. Esta técnica supone un reto para el paciente y hay que ser cuidadosos en su uso, pues el paciente puede sentirse acosado o no comprendido en sus sentimientos. Es decir, no se trata de cercar al paciente con preguntas repetitivas, lo que restaría credibilidad al terapeuta. Requiere utilizarla cuando ya se conoce relativamente bien al paciente y se juzga que su uso le puede ayudar a salir de situaciones de bloqueo psicológico reduciendo la sensación de catástrofe irreparable que le invade:

Paciente: No se me va de la mente la imagen de que Juan me abandonará. Le veo cogiendo las maletas y saliendo de casa. Me quedo en la puerta, viendo todo, impotente, y sabiendo que me deja por otra y yo me quedo allí, sola y abandonada.

Terapeuta: ¿Y qué pasa si te abandona?

P: pues que me quedaré sola.

T: ¿Y entonces?

P: ¿Qué quieres decir?

T: te quedarás sola. Hay mucha gente sola en el mundo y sale adelante, ¿no crees? ¿Por qué crees que vas a ser infeliz?

P: porque no voy a verle durante mucho tiempo.

T: Bien, ¿y?

P: pues que hasta ahora me he apoyado mucho en él me va a costar mucho hacer las cosas por mí misma.

T: ¿Qué cosas puede haber peor que el abandono?

P: nada.

T: ¿nada? ¿No sería peor estar además sin amigos y sin familia, que tú sí tienes? ¿No sería peor estar enfermo, cosa que tú no lo estás? ¿No tienes cosas estupendas a tu alrededor?

P: sí.

T: ¿Cómo te va a poder ayudar todo esto “el día después”?

Este procedimiento es una especie de *inundación* cognitiva y requiere dedicar al menos una sesión intensiva para trabajarlo.

El objetivo es comprobar si el paciente puede aceptar y afrontar la situación que teme, así como trabajar de manera estratégica para que el vea por sí mismo resultados realistas, siendo consciente de sus habilidades y potencialidades. Otro aspecto importante de esta técnica es que el terapeuta debe guiar al paciente para que sea consciente de que hay elementos de apoyo o de alivio para prácticamente cualquier escenario temido, *incluso aunque sí lo viva*, p. ej., una crisis de pánico, un ataque de llanto, un suspenso en una oposición, etc. También las propias sesiones pueden elaborarse para *dotar* a la persona de habilidades para afrontar y/o prevenir esos resultados catastróficos (p. e., con entrenamiento en respiración, en habilidades sociales, en relajación, en autoinstrucciones, etc.). Estas técnicas pueden complementarse con la práctica conductual que permita analizar la veracidad de dichas predicciones temidas.

Cierre de la técnica

Solicitar al paciente que haga un resumen de lo que aprendió en la sesión, cómo se sintió y cómo lo va aplicar, también se le pueden dejar tareas relacionadas a ejemplos de su vida para que fortalezca lo que aprendió y se pueda platicar en futuras ocasiones, de modo que se le de retroalimentación. Se verifica cómo se siente ahora que ha aprendido esto, si tiene dudas o si hay alguna técnica que se le haya complicado más y por qué; esto con el fin de poder trabajarlo posteriormente.

Recomendaciones y contraindicaciones

Es importante estar atento a los pensamientos catastróficos del paciente y a cuando utiliza etiquetas negativas para esto, por ejemplo, decir “esto es una tontería” “ya no voy a pensar en eso, solo son estupideces”, “esto parece infantil”, etc. ya que son indicadores de que la persona ha tenido intentos sin éxito de quitarse esas cogniciones, lo cual le resulta contraproducente debido a que provoca que piense aún más en aquello desastroso, que incremente el descontrol y la impotencia. También si el terapeuta

etiqueta la situación diciéndole que esas son cosas sin importancia o ideas absurdas, puede ser adverso ya que es eso mismo de lo que intenta autoconvencerse el paciente.

Otro punto para cuidar es si el miedo del individuo es muy grave, si es así, no se recomienda hacer un análisis tan lógico de consecuencias probables ya que es posible que no funcione.

La técnica de *análisis de recursos* es un reto para el paciente por lo que hay que ser delicados en su uso, pues es posible que el paciente pueda llegar a sentirse acosado o no comprendido en sus sentimientos, es decir, no es cuestión de llenar a la persona con preguntas repetitivas, porque restaría credibilidad al terapeuta; requiere utilizarse cuando ya se conoce relativamente bien al paciente y se determina que su uso ayuda a salir de situaciones de bloqueo psicológico reduciendo la sensación de catástrofe irreparable que lo inunda.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pag128.

Las cuatro técnicas que se exponen a continuación tienen como función desarticular diversos sesgos cognitivos²⁶, éstas son:

1. Desarticulación del pensamiento absolutista y sobregeneralizaciones.
2. Búsqueda de pensamientos alternativos.
3. Suma de ventajas y desventajas de mantener la creencia.
4. Degradación y definición precisa de términos.

Y con ellas se cierra la parte de técnicas dedicadas a intervenir síntomas cognoscitivos, para continuar con los síntomas fisiológicos.

²⁶ Un sesgo cognitivo se refiere a una interpretación de la realidad errónea, esto es, algún juicio o valor irracional o ilógico.

Nombre de la técnica	
DESARTICULACIÓN DEL PENSAMIENTO ABSOLUTISTA Y SOBREGENERALIZACIONES	
Dominio (área)	
Cognoscitiva	
Síntoma objetivo	
Sesgo cognitivo: pensamiento absolutista y sobregeneralización.	
Objetivo	
<p>Proporcionar herramientas para que el paciente identifique sus sesgos cognitivos, específicamente pensamientos absolutistas y de sobregeneralización y, de este modo, que los cambie por pensamientos más adaptativos.</p>	
Materiales	
No son necesarios	
Condiciones preparatorias	
<p>Tomando como base algún juicio o enunciado absolutista que pronuncie el paciente (por ejemplo, <i>nadie</i> me va a querer o <i>todos</i> los hombres son iguales), se puede comenzar a trabajar con la técnica, explicándole que ese tipo de pensamiento tiene como nombre “sesgo cognitivo”, concretamente, “pensamiento absolutista” y que es desadaptativo debido a que, cuando pensamos o hablamos de un modo en el que generalizamos, aunque muchas veces no nos demos cuenta, nos provoca malestar o problemas a nuestro alrededor.</p> <p>Se puede detallar diciendo que en general, es cualquier lenguaje relacionado a términos extremistas o demasiado globales, como todo-nada, siempre-nunca, todos-nadie, etc.</p>	
Descripción de la técnica	
<p>Durante el discurso en la terapia, en el momento en que el paciente emita expresiones verbales que se refieran a un todo o a nada, es decir, que sean extremistas y sobregeneralizadoras, el terapeuta interviene concientizándolo de que el tipo de pensamiento que está teniendo es irracional, primero haciéndole preguntas y después explicándole que son pensamientos y verbalizaciones absolutistas las que asume, las cuales le provocan descontento. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Paciente: Nadie me comprende. ⊗ Terapeuta: Si crees que no hay nadie que te comprenda, ¿crees que en <i>todo</i> el mundo no habrá alguien que si pudiera hacerlo? ⊗ P: No lo sé...no creo porque no conozco a nadie que lo haga. ⊗ T: ¿Entonces es más bien que todavía no has encontrado a la persona adecuada?, ¿en las 	

sesiones de terapia *jamás* te has sentido comprendida?, o ¿tal vez cuando platicas con tu amiga a la que le tienes mucha confianza?

⊗ P: Es verdad...bueno es que muchas veces si me siento incomprendida.

⊗ T: Exacto, pero eso no significa que *nadie* te comprenda. Me gustaría que vieras como puede hacer la diferencia decir “nadie me comprende” a “muchas personas no me comprenden”, ya que el generalizar las cosas pueden provocarnos mayor enojo o malestar, a este pensamiento le llamamos *absolutista* y se clasifica dentro de los irracionales...

El terapeuta puede trabajar durante la sesión haciendo registros e intentando cambiarlos sesgos por otros más adecuados que representen más fielmente la realidad. Casi en cualquier situación es posible que se puedan sustituir esos términos por “algunas veces”, “la mayoría de veces”, “algunas cosas”, etc.

Cuando se presentan sobregeneralizaciones se pueden hacer preguntas que ayuden a analizar el alcance universal de las conclusiones, p. e. “¿Simplemente porque una vez sucedió eso consideras que sucederá por siempre?”, “¿qué te hace pensar eso?”, “¿qué evidencia tienes”, “¿estás seguro (a)?”, etc.

Cierre de la técnica

Dependiendo de cómo se haya desarrollado la sesión y de cómo lo considere el terapeuta mejor, se puede dejar al paciente de tarea que haga un autoregistro de cómo cambió ideas absolutistas y de sobregeneralización durante la semana por otras expresiones más adecuadas. Al final, se indaga sobre posibles dudas y se le solicita que mencione cómo se siente ahora, así como qué fue lo que considera que aprendió.

Recomendaciones y contraindicaciones

Es indispensable que sea el terapeuta quien determine sí, en efecto, este sesgo está presente y si es importante que sea un objetivo activo de cambio.

Hay que tener cuidado con el tipo de ejemplos que se le proporcionen al paciente, considerando su susceptibilidad y eligiendo los que se acerquen más a su vida y que le puedan funcionar.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pp. 128 y 129.

<p>Nombre de la técnica</p> <p>BÚSQUEDA DE PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS</p>
<p>Dominio (área)</p> <p>Cognoscitiva</p>
<p>Síntoma objetivo</p> <p>Sesgo cognitivo de atribuirse la responsabilidad de lo que sucede</p>
<p>Objetivo</p> <p>Favorecer que el pensamiento aprenda a buscar diversas explicaciones a una situación dada.</p>
<p>Materiales</p> <p>No son necesarios</p>
<p style="text-align: center;">Condiciones preparatorias</p> <p>Tomando como base algún juicio o enunciado que pronuncie el paciente, se puede comenzar a trabajar con la técnica.</p> <p>Primero se le explica que otro de los sesgos cognitivos que poseemos es <i>atribuirse la responsabilidad de lo que nos pasa</i>, esto es, que nos culpamos por lo que sucede. Esto provoca muchos de los problemas psicológicos clínicos, ya que tender a inculpar o exculpar puede influir en nuestra manera de ver la realidad ocasionando conflictos en las relaciones sociales, reacciones de ira y/o depresión; los problemas se hacen más graves cuando se involucran características de la personalidad, por ejemplo, pensar que “nada me sale bien debido a que soy muy tímido” o que “siempre discuto con mi pareja por su forma de ser tan cerrada, lo cual nunca cambiará porque ya es así”. También, las explicaciones autoinculpatorias pueden realmente ser una visión desesperanzada de la vida.</p>
<p style="text-align: center;">Descripción de la técnica</p> <p>La técnica consiste en orientar y dirigir al paciente para que busque pensamientos alternativos. En el momento en que dentro de su discurso de alguna explicación culpándose a sí mismo (autoinculpatorio) o a los demás (exculpatorio) se hacen preguntas sugiriendo que trate de pensar en otras explicaciones. Por ejemplo.</p> <p>* Atribución causal exculpatoria</p> <p>Paciente: La culpa de lo que me pasa es porque mis padres me abandonaron mucho cuando era niño.</p> <p>Terapeuta: ¿consideras que <i>todo</i> lo que te sucede es por eso?, ¿no crees que lo que te pasa también se debe en parte a lo que viviste en tu escuela? ¿O tal vez las experiencias con tus amistades?, además hay mucha gente que ha sufrido mucho en su pasado y su forma de ser puede ser diferente. En fin,</p>

puede haber diversas explicaciones a eso, comencemos a buscar más...

* Atribución causal inculpatoria

Paciente: Mis amigos no me buscan porque no les agrada mi forma de ser.

Terapeuta: ¿Crees que sea la única explicación de por qué no te buscan?

P: No lo sé...tal vez no.

T: ¿Qué otras explicaciones crees que existan? Trata de buscar varias alternativas.

P: mmm bueno posiblemente no tengan tiempo, o estén muy ocupados, tal vez piensan que yo soy la que no quiere hablarles...

T: eso es, puede haber muchas explicaciones, no necesariamente es la peor. ¿Qué te parece que como tarea de la semana los busques y aclares la situación para que estés más tranquila?

Cierre de la técnica

Ya que el paciente entendió la importancia de buscar varias alternativas de explicación a un pensamiento, se cierra proponiéndole que lo siga aplicando en los diversos elementos de su vida. Se puede dejar de tarea que lo haga en la semana para retomarlo la siguiente sesión y también que realice una conducta para confirmar estos pensamientos.

Recomendaciones y contraindicaciones

En realidad, es importante combinar técnicas conductuales y cognitivas para lograr mejores resultados en el tratamiento de este sesgo, la técnica cognitiva es la explicada en este rubro.

Es imprescindible que sean el objetivo de intervención las atribuciones que se sitúen en un extremo de la internalidad, consistencia temporal y situacional, por ejemplo, "nada me sale bien debido a que no soy inteligente".

Una recomendación para encontrar otras posibles causas es indagar en diversos elementos, como la situación, la dificultad en la tarea, falta de intencionalidad, motivación, cansancio o estado físico, personas cercanas, etc. También es necesario separar cuando algo es "conducta" o se refiere a "persona" porque a veces se llegan a realizar sobregeneralizaciones o enunciados erróneos que producen malestar (ejemplo: "tener problemas en la *escuela* significa fracasar como *persona* o en la vida", cuando en realidad esto solo quiere decir que le ha costado algo de trabajo este rubro en su vida).

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pp. 131 y 132.

Nombre de la técnica
SUMA DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE MANTENER LA CREENCIA
Dominio (área)
Cognoscitiva
Síntoma objetivo
Sesgos cognitivos
Objetivo
Analizar las consecuencias tanto positivas como negativas de creencias irracionales para promover la elección del pensamiento adaptativo.
Materiales
Se puede utilizar hojas, plumas, lápices, algún cuaderno, pintarrón y plumón para pintarrón. No es necesario utilizar todos, se deja a elección del terapeuta.
Condiciones preparatorias
Una vez identificados los pensamientos disfuncionales de los adaptativos, se retoman algunos de los utilizados por el paciente para comenzar a trabajar en ello.
Descripción de la técnica
Se le propone al paciente hacer una lista, durante la sesión, de las posibles ventajas y desventajas a corto, mediano y largo plazo de mantener alguna de sus creencias. Si da tiempo se puede hacer con diversos pensamientos. Algunos ejemplos de creencias pueden ser: “tengo que hacer todo perfecto”, “nadie me quiere”, “debo gustarle a todos”, “me merezco todo lo malo que me sucede”, etc. Es importante analizar y sopesar el costo y las recompensas de mantener estos estadios mentales.
Cierre de la técnica
Para terminar, se solicita al paciente que de una conclusión de lo aprendido con esta técnica y se le deja de tarea que haga este ejercicio cada que tenga algún pensamiento que le produzca malestar, indicándole que no es necesario que lo escriba, lo puede hacer mientras lo está viviendo.
Recomendaciones y contraindicaciones
Realizar esta técnica hasta que el paciente ya tenga claro la diferencia entre pensamientos adaptativos y desadaptativos de modo que ya pueda identificar los suyos.
Medición de la efectividad/ Bibliografía
Vázquez, C. (2007). <i>Técnicas cognitivas de intervención clínica</i> . España: Síntesis. p. 140.

Nombre de la técnica	
DEGRADACIÓN Y DEFINICIÓN PRECISA DE TÉRMINOS	
Dominio (área)	
Cognoscitiva	
Síntoma objetivo	
Pensamiento dicotómico	
Objetivo	
Promover que la forma de pensar del paciente sea un tanto más flexible, de modo que no se vaya a los extremos.	
Materiales	
No son necesarios	
Condiciones preparatorias	
<p>Explicar qué es un pensamiento dicotómico y que se le van a enseñar dos técnicas para combatirlo.</p> <p>El pensamiento dicotómico es aplicar conceptos muy rígidos, extremistas y muy polarizados para interpretar la realidad. Se da cuando en ocasiones, los pacientes llegan a conclusiones radicales sobre ellos mismos o sobre la realidad exterior. Hacen juicios que oscilan entre lo blanco y lo negro, el fracaso y el éxito, lo repugnante y lo maravilloso; es decir, enunciados que no tienen términos medios.</p>	
Descripción de la técnica	
<p>Las dos técnicas que se exponen a continuación están encaminadas en dirección de lo extremista que es el pensamiento dicotómico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Gradación.</i> Si el pensamiento dicotómico no es muy fuerte, esta técnica sirve para enseñar un sistema de valores más flexible, por ejemplo. - <ul style="list-style-type: none"> Un paciente presenta quejas constantes y en su máxima expresión sobre su estado de ánimo (“No aguanto más, nunca me voy a recuperar, estoy peor que nunca”). En los registros de “Análisis funcional” muestra frecuentemente disforia en niveles muy altos sin que nada parezca reducirlo. Después de unas sesiones de terapia, se observa que el paciente es muy estricto en sus juicios, mostrando variaciones significativas en sus emociones: Paciente: Ya no puedo más. Estoy peor que nunca. Terapeuta: Si tuviéramos una escala de malestar de 0 a 10, ¿dónde te situarías ahora? P: En 9 o 9.5, incluso hasta podría ser 10. T: Oh eso parece ser demasiado, ¿tienes algún recuerdo del peor momento de tu vida? 	

P: Sí. Cuando murió mi madre.

T: Usando la misma escala, ¿cómo te sentías en aquel momento?

P: 10, por supuesto.

T: ¿Te acuerdas de alguna situación en la que no hayas estado triste?

P: Creo...sí, cuando nació mi hijo, hace 5 años.

T: Bueno, entonces digamos que, si ese día tu grado de tristeza fue de 0 y el día de la muerte de tu madre fue de 10, ¿qué número de la escala pondrías para tus sentimientos del día de hoy?

P: Bueno, "6" quizá.

También se puede hacer uso de juicios un tanto con sentido del humor: "...comparándolo con el fin del mundo, ¿cómo calificarías la experiencia que viviste?").

Ahora se le puede explicar que lo que se acaba de hacer es "regraduar las emociones" y en general los juicios, lo cual puede tener diversos efectos para la salud mental, como distanciarse de la importancia del estado actual y ser menos radical en el análisis de lo que sucede.

2. *Definición precisa de términos.* Esta es otra técnica para tratar al "pensamiento dicotómico" y también sirve para evitar hacer "etiquetamientos inadecuados" como *soy un..., la gente es..., esto es..., etc.*

Consiste en hacer que el individuo, al decir un término o juicio, lo precise o detalle lo más que pueda.

Terapeuta: Parece que piensas, por lo que me dices, que muchas personas o la mayoría de tu alrededor es "idiota", si utilizo tus palabras, ¿es correcto?

Paciente: Sí. Hay pocos que merecen la pena.

T: ¿te refieres a que sean inteligentes?

P: Sí.

T: Así que las personas se dividen en "inteligentes" o "imbéciles", sin término medio, ¿verdad?

P: Es que muchos al final te demuestran que no son tan buenos parecían.

T: Bueno, entonces los "inteligentes", ¿lo son siempre, en cualquier momento, haciendo lo que sea?

P: Claro, por eso son inteligentes.

T: Entonces alguien que no es "inteligente" si no lo contrario, "idiota", ¿también todo el tiempo es así?

P: Yo digo que sí.

T: Bueno, un día me dijiste que tu esposa es de esas personas que son “muy inteligentes”.

P: Sí.

T: Pero recuerdo que un día me dijiste que era muy despistada y a veces malhumorada.

P: mmm...sí, creo saber a qué quiere llegar.

T: Mi pregunta es, entonces si uno comete unos cuantos errores, ¿sería “idiota” por eso?

P: No como tal...

T: Y si tuviéramos una escala del 1 a 10, ¿Tu esposa cómo sería de inteligente entonces?

P: No sé. Un 8 o 9 supongo...

Como se muestra en el ejemplo, el terapeuta busca que el paciente defina muy bien lo que es “inteligente” y lo que es ser “idiota” y apoyándose de esto, mostrar que hay puntos medios y no generalizables.

Este análisis ayuda a revelar al paciente el uso de términos radicales no necesariamente van acordes con la realidad, pues son difíciles de mantener y no son ni precisos, ni justos y menos útiles. Es importante hacer hincapié en esto.

Cierre de la técnica

Por último, se pueden dar algunas observaciones sobre lo incorrecto que resulta hacer juicios radicales, resaltar que irse a los extremos no es siempre lo más sano y que buscar puntos medios nos ayuda a sentirnos mejor. También se le pueden decir frases reflexivas como “recuerda que hasta el gris es un color”.

Para cerrar, se le puede pedir que nos dé su opinión sobre lo que acaba de aprender y que nos proponga una estrategia sobre cómo lo va aplicar y de qué modo demostrará que sí lo ha hecho.

Recomendaciones y contraindicaciones

Algo a tomar en cuenta es que estas técnicas son de apoyo para el terapeuta, ya que muchas veces, los profesionales de la salud toman como determinantes los datos arrojados por los registros, pruebas y/o entrevista que se le hacen al paciente, cuando muchas veces solo con esto se puede encontrar sesgos cognitivos, entonces sería conveniente analizar si los juicios del paciente realmente son del “calibre” que dicen ser, y si no, se puede comenzar a trabajar sobre ello.

Estas técnicas son de gran relevancia debido a que abordan el “pensamiento dicotómico”, síntoma de gran importancia y mucha frecuencia en una persona con TLP.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pp. 129-131.

<p>Nombre de la técnica</p> <p>PERSONALIZACIÓN Y AUTOFOCO</p>
<p>Dominio (área)</p> <p>Cognoscitiva</p>
<p>Síntoma objetivo</p> <p>Descentramiento emocional y cognitivo de uno mismo.</p>
<p>Objetivo</p> <p>Restar emocionalidad a través del distanciamiento cognitivo.</p>
<p>Materiales</p> <p>No son necesarios</p>
<p>Condiciones preparatorias</p> <p>Es pertinente aplicar esta herramienta cuando la persona que se está atendiendo manifiesta pensamientos irracionales de manera constante ante uno o varios hechos y le provoca un fuerte malestar emocional. Es en ese momento cuando se actúa con lo que a continuación se explica.</p>
<p>Descripción de la técnica</p> <p>La técnica consiste en preguntar directamente al paciente sobre qué haría, pensaría o diría si alguien más estuviera en su situación. Por ejemplo:</p> <p>Paciente: me enojé tanto que aventé mi celular y lo destruí.</p> <p>Terapeuta: bueno, ¿tú qué opinarías si tu hermana hiciera eso?</p> <p>P: la verdad...le diría que está mal, que piense antes de actuar porque eso es algo muy absurdo.</p> <p>Paciente: me siento muy triste, mis padres me abandonaron desde que era niño y ahora creo que mis seres queridos quieren hacer lo mismo, no sé qué hacer.</p> <p>Terapeuta: entiendo que te sientas así, ¿qué le dirías a tu mejor amigo (a) si te dijera exactamente lo que me acabas de mencionar?</p> <p>P: le diría que es normal que se sienta mal, que yo estaría igual de deprimido porque ningún padre debe abandonar a sus hijos y, además, si sus personas allegadas quieren hacer lo mismo es más triste aún.</p> <p>T: ¿y qué más le dirías para apoyarlo, para que se sintiera mejor?</p> <p>P: bueno...le diría que tal vez no podemos controlar lo que nos ha pasado, que no sabemos cuál fue el verdadero motivo de que sus padres le hicieran eso, que tal vez fue lo único que podían hacer y que no los juzgue...que tal vez las personas no lo quieren abandonar y solo se está haciendo ideas, que no se sienta así porque siempre puede ser peor.</p>

Cierre de la técnica

Una vez aplicada la técnica, se procede a explicar que, por lo general, las personas empleamos un criterio para juzgarnos a nosotros mismo y otro para los demás, esto podemos evitarlo si analizamos y nos preguntamos si tanto ideas y conductas propias se podrían aplicar a otros. Se pueden dar algunos ejemplos para aclararlo, tales como “imagina que tienes una emoción fuerte, ¿Qué tal que alguien cercano a ti también pasa por lo mismo? ¿Lo considerarías aceptable? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?”; otros ejemplos se pueden enfocar hacia el futuro (“¿Qué vas hacer cuando te sientas bien en el futuro?”) o hacia el pasado (“¿Cómo hubieras reaccionado el año pasado, cuando te sentías bien?”). De igual forma, todos estos elementos ayudan a disminuir el sentimiento, debido a que se promueve que se vea en tercera persona una situación, que uno mismo se observe y analice desde “fuera”, logrando distanciarse o hacer que actúe más el pensamiento que la emoción. También se le puede comentar, si aplica, que también la técnica de buscar pensamientos alternativos ayuda a separar al paciente de su propio punto de vista, lo cual es un modo de reestructurar el pensamiento.

Se le pregunta si tiene alguna duda y se le pide que de un breve resumen de lo que aprendió durante la sesión.

Recomendaciones y contraindicaciones

Se sugiere aplicar esta técnica ya casi al cierre de la sesión, después del desahogo emocional. Por supuesto que si desde el principio se da la oportunidad es mejor, el punto es hacerlo ya que el paciente se ha desahogado un poco, de modo que no sienta las preguntas de golpe y puedan ser algo invasivas o desconcertantes para él. Es por esto que se recomienda manejar con cuidado esta herramienta.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pp. 133 y 134.

Nombre de la técnica	
HABILIDADES BÁSICAS DE CONCIENCIA Y HABILIDADES PARA TOLERAR EL SUFRIMIENTO	
Dominio (área)	
Cognitivo y conductual	
Síntoma objetivo	
Impulsividad	
Objetivo	
Hacer partícipe al paciente para que viva sus experiencias con <i>conciencia</i> de modo que el actuar con impulsividad vaya disminuyendo. Así mismo, que aprenda a aceptar y manejar el malestar.	
Materiales	
Pluma y hojas	
Condiciones preparatorias	
Una vez explicado el término y la función de la empatía, se le dice que es importante que “voltee a ver” sus propias acciones de manera consciente; se le invita a que lo realice explicándole que con esto poco a poco disminuirán sus conductas impulsivas.	
Descripción de la técnica	
Estas habilidades están inspiradas en la teoría del <i>Mindfulness</i> (se le puede recomendar que investigue o lea de esta teoría).	
Se implementan tres habilidades “Qué”:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar. 2. Describir. 3. Participar. 	
*Con estas, se le explica al paciente que es necesario que observe su propio ambiente, sus emociones, pensamientos y conductas en términos solo descriptivos (que detalle lo que realmente es, como si fuera una historia que le está contando a alguien más), pero que no intente desaparecer el malestar, pues se ha demostrado que el tratar de evitar el sufrimiento lo empeora, entonces que simplemente observe y que experimente el momento y sus experiencias subjetivas tal y como son, sin juzgarlas, sin intentar evitarlas ni cambiarlas.	
Luego se efectúan las tres habilidades “Cómo”:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. No enjuiciar: evitar hacer juicios de valor con respecto a lo que está pasando o juzgar a la 	

persona con la que está interactuando, por ejemplo, decir que ese momento “lo peor que le ha pasado” o que cierta persona “es muy mala”.

2. Centrarse en una sola cosa, en tiempo presente: vivir en el ahora, que intente no recordar otros momentos parecidos al que está viviendo y que no piense en qué va a suceder, solo que viva ese momento.
3. Ser efectivo: en las conductas que se están llevando a cabo, es decir, no centrarse en el “debería” actuar así, sino más bien, en la forma más funcional y adaptativa de reaccionar.

*Estas últimas sirven como guía, se les explica que cuando vivan una situación, sigan estos tres pasos, los cuales le ayudarán a llevar a cabo satisfactoriamente las habilidades *qué*.

Con esto, se le detalla que estas son una herramienta de supervivencia para afrontar las crisis y para que aprenda a aceptar la realidad tal y como es, ampliándole el panorama con otras cuatro estrategias de supervivencia para las crisis:

1. Distraerse.
2. Proporcionarse estímulos positivos.
3. Mejorar el momento.
4. Pensar en las ventajas y desventajas.

Todo esto lo puede ir anotando el terapeuta en una hoja o incluso le puede pedir al paciente que lo escriba el mismo.

Cierre de la técnica

Una vez explicado proporcionándole ejemplos, se le deja de tarea llevarlo a cabo durante la semana, pidiéndole que de preferencia anote los acontecimientos, su actuar y su sentir con esto.

Recomendaciones y contraindicaciones

Es importante verificar que realmente le quede clara la técnica, proporcionándole diversos ejemplos.

Hay que considerar el nivel cognitivo del paciente.

Es fundamental darle seguimiento a la técnica en las siguientes sesiones.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Navarro-Leis, M. & Hernández-Ardieta, M. L., (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad (Cognitive behavioral therapies for the treatment of Personality disorders). *Acción Psicológica*, 10 (1), 33-44. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>

Aramburú, F. B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología conductual*. 4 (1), 123-140.

Nombre de la técnica	
TÉCNICA DEL RECHAZO DE “PEROS”	
Dominio (área)	
Cognoscitiva	
Síntoma objetivo	
Pensamientos inhibitorios	
Objetivo	
Que el paciente encuentre un contra-argumento para sus ideas bloqueantes, que le produzcan malestar o lo inhiban a realizar una conducta positiva.	
Materiales	
Tabla de ayuda para plasmar ideas bloqueantes y contra-argumentos	
Condiciones preparatorias	
A veces surgen ideas obstaculizantes que impiden el progreso del paciente o llevar a cabo asignaciones de tareas (p. e., “para qué voy a intentar hacerlo”, “No me va a servir de nada” ...). Cuando el paciente se pone obstáculos mentales para avanzar, una técnica para explorar y combatir esto, además de las consabidas de analizar el peso de la evidencia o el análisis de pros y contras, es la técnica del “rechazo de peros”.	
Descripción de la técnica	
Una vez explicado para qué funciona esta técnica, durante la sesión el terapeuta y el paciente realizan una tabla de manera que en una columna anoten algunas de las ideas que inhiben la conducta del paciente o que le producen un estado emocional negativo. Ya que escribieron estas creencias, a continuación, en otra columna, se debe anotar de qué manera pueden combatir ese pensamiento. Un ejemplo sería el siguiente:	
META	
Invitar a alguien a salir o tener una cita.	
OBJECIONES Y “PEROS”	RECHAZO DEL “PERO”
1. Voy a quedar en ridículo.	1. ¿Qué sería lo peor que podría pasarme?
2. Tal vez no le agrado.	2. Si no le agrado no importa, no quedará en mí.
3. A lo mejor quiere, pero no puede.	3. Si no puede me lo dirá y podrá ser en otra ocasión.
	<i>Continúa...</i>

OBJECIONES Y “PEROS”	RECHAZO DEL “PERO”
4. No le agrada salir conmigo.	4. He salido con otras personas y si les ha gustado, he ido mejorando.
5. Me va a rechazar.	5. El “no” ya lo tengo, lo voy a intentar.

Se aclara que el argumento final es aquel en el que el paciente ya no encuentra objeciones y puede atreverse hacer algo más o se siente mejor con lo que está pensando.

De este modo, lo que se busca es encontrar una jerarquía en la que una creencia adaptativa prevalezca sobre la anterior y permita al individuo avanzar. Lo que se ve en la técnica es que son una serie de objeciones y contra objeciones, *peros* y *contra peros* que buscan combatir pensamientos inhibitorios de la acción o motivación, incluso se dice que se forma un dialogo dinámico en forma de un “zigzag”.

Cierre de la técnica

En el momento en el que el paciente conceptualizó la técnica y se llevó a cabo de manera adecuada, se le solicita que explique la utilidad que le encuentra y cómo lo va a aplicar, incluso se le puede motivar para que el mismo se comprometa a una tarea para la semana basándose en esta herramienta.

Recomendaciones y contraindicaciones

La tabla también se puede hacer en forma de “zigzag” de modo que sea más demostrativo. Es importante manejar diversos ejemplos para que le resulte más fácil comprenderlo al paciente. Se debe aclarar que, de preferencia, haga el esfuerzo por identificar cada que él mismo está poniendo un “pero” en sus pensamientos y trabaje para contra-argumentarlo. Para que la terapia tenga éxito, es indispensable que el ponga de su parte.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pp. 137 y 138.

Nombre de la técnica	
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES	
Dominio (área)	
Cognoscitiva	
Síntoma objetivo	
Precisión cognitiva e inhabilidad para resolver problemas	
Objetivo	
Enriquecer al cliente de herramientas para que tenga una mejor solución a sus problemas y mejorar la precisión cognoscitiva.	
Materiales	
Hojas de papel, bolígrafo o lápiz	
Condiciones preparatorias	
<p>Para antes de comenzar con la técnica y tomando en cuenta que las personas con TLP suelen tener dificultades para resolver problemas y tomar decisiones, dejándose llevar por la impulsividad, se puede dar la siguiente explicación:</p> <p>“Durante esta sesión, aprenderemos algunas estrategias para solucionar nuestros problemas de una forma más adecuada. ¿Generalmente sientes tener dificultades para resolver lo que te acompleja? ¿Cómo es que decides solucionar lo que te pasa? ¿Sueles dejarte llevar por lo primero que pasa por tu cabeza? Bien, me gustaría que vieras que todas las personas nos enfrentamos diariamente a ciertos problemas, pueden ser desde rutinarios como el elegir qué vamos a comer o cómo nos vamos a vestir, hasta algunos más graves como si vas manejando y chocas o si deseas seguir en tu relación de pareja. ¿Sientes que se te dificulta más a ti que a otras personas tomar decisiones, resolver conflictos? ... es por esto que hoy te enseñaré algunas técnicas para poder manejar mejor estas situaciones, ¿qué te parece? ¿Tienes alguna duda?”</p>	
Descripción de la técnica	
<p>Para empezar, el terapeuta le aplicará un ejercicio al paciente, para eso le proporciona una hoja y un bolígrafo o lápiz y se le pide que se concentre en lo que le va a describir, tratando de imaginar que realmente está en esa situación:</p> <p>“Imagina que ganaste un viaje para ir en un yate y solo puedes llevar a tres personas contigo, de modo que uno de los cuatro que irá al viaje deberá manejar el yate, esto es, irán solo ustedes cuatro en ese bote... las tres personas que elijas deben ser las que más amas en el mundo, las más importantes para ti... ¿ya las elegiste?... bien, anota sus nombres en la hoja y el parentesco que tienen contigo, todavía</p>	

no me digas quienes son. Ahora, van los cuatro muy contentos en el viaje, pero de repente comienza una tormenta y el bote se avería de modo que ahora solo puede aguantar el peso de tres personas y tienes que deshacerte de uno... ¿de quién te deshaces? ¿Quién ya no podrá continuar con el viaje?... ¿ya lo decidiste? Tacha su nombre de la hoja... bueno, lograron salvarse y ahora solo van tres en el bote... están a punto de llegar a su destino pero se dan cuenta que el yate no quedó bien y se sigue hundiendo, solo podrán llegar a salvo si solo continúan dos el viaje... ¿a quién decides salvar? Palomea los nombres en la hoja”. Se pregunta al cliente cómo se sintió y que le pareció el ejercicio, después se le pregunta a quién decidió salvar y por qué. De este modo, el terapeuta analiza la capacidad de resolución del paciente, en qué se enfocó y en qué se basó para decidir, se debe analizar si la respuesta del cliente fue racional o fue guiada por la emoción; de este modo, el terapeuta explica que muchas veces, nos dejamos guiar por lo que sentimos que por lo que sería lo más óptimo, se le puede pedir al paciente que de algunos ejemplos de cómo generalmente el resuelve sus problemas. Partiendo de esto, se le dice al cliente que la técnica de resolución de problemas tiene cinco fases, las cuales se deben ir describiendo poco a poco:

1. Orientación al problema: es importante que el cliente comprenda que lo primero, ante un problema, es dejarse guiar por la razón más que por la emoción, ya que si toma decisiones basándose en lo que siente, muy probablemente la solución no será la más exitosa. Se pueden dar ejemplos como “si tienes un accidente y chocas en tu auto, lo más óptimo es analizar qué medidas vas a tomar en seguida, tal vez verificar que las personas del otro automóvil estén bien, hablar al seguro y llegar a un acuerdo con la otra persona dañada; si en este caso lo primero que haces es gritar, enojarte e insultar a la otra persona, lo más seguro es que el otro reaccione de igual modo y lleguen a pelearse a golpes, lo cual no soluciona nada y genera frustración”. Otro punto muy importante de este paso es que el terapeuta le ayude al cliente a revisar qué estilo de afrontamiento tiene, hay dos, uno es el resolutivo facilitativo y el otro es el desajustado; el primero se refiere a que la persona no tiene dificultades para solucionar y se centra en eso ante un problema; el desajustado se caracteriza porque la persona suele culpar a los otros de lo que le sucede o se culpa de manera exagerada a sí mismo, si es esto último, el individuo generalmente siente que hay algo mal en él, llevándolo a sentirse deprimido e incompetente. El estilo desajustado se da en el caso de que la persona minimice los beneficios que existen por resolver problemas o que, por el contrario, reaccione de forma exagerada ante ellos, creyendo que no tienen solución o que es un problema demasiado fuerte que él no podrá con ello. De este modo, si el paciente tiene un estilo desajustado, el terapeuta le ayudará a ver que los problemas son normales en la vida y que sí tienen solución, es importante que lo motive a que sí desee ser un ente activo en la resolución de conflictos y que no es bueno dejarlos pasar, ya que muchas

personas prefieren evitar los problemas con la creencia de “el tiempo solucionará las cosas”; debe explicarse que a veces creemos que realizar conductas “sanas” ayudará a resolver el problema, cuando eso en varias ocasiones solo es evitar lo que está pasando, ya que el problema sigue ahí. Entonces, es imprescindible que el terapeuta inculque la expectativa de que uno sí puede manejar su vida, que se puede tener el control de la situación y podemos aprender la habilidad de resolver conflictos.

2. Definición y Formulación del problema: en esta fase se trata de obtener toda la información objetiva posible referente a la problemática para poder definirlo entre *modificable* y *no modificable*, ya que existen algunos problemas que no pueden modificarse. Retomando el ejemplo de la metáfora del yate, la persona primero debe definir el problema “hay una contingencia ambiental, es necesario que alguien ya no continúe el viaje para poder salvarnos los demás”, en este caso, lo que sí es modificable es que sí se pueden salvar, lo que no es modificable es que uno de ellos no. Se recomienda que los problemas definidos como modificables se centren en la meta, como ya se explicó en el punto uno, y los que no son modificables se enfoquen en la emoción, esto es, en las reacciones que tendrá la persona ante el problema; por ejemplo, si nos seguimos basando en la metáfora, lo primero sería centrarse en salvarse los más que se puedan y, para tomar la decisión, se debe analizar las soluciones (punto cuatro), ya tomada la decisión, la cual no es modificable, la persona decide cómo actuar ante esto de modo que sea lo más funcional. También se sugiere que se incluyan los dos tipos de metas ante cualquier problema, la emocional y la orientada al problema. Una vez definido el problema, ahora debe definirse la meta a la que se quiere llegar, esta debe ser alcanzable y realista, especificando las conductas a realizarse. También se pueden dar otros ejemplos basándose en lo vivido tanto por el paciente como por el terapeuta.
3. Elaboración de soluciones alternativas: en este punto se anima a que el paciente proporcione diversas soluciones ante el problema, es como un tipo de lluvia de ideas, y si tiene varias metas para un solo problema, se anima a que por cada meta se den alternativas. Entre las soluciones alternativas se sugiere que también se proporcionen las estrategias a llevarse a cabo. Por ejemplo, las alternativas en el caso de la metáfora, son primero analizar si hay otra solución como un bote salvavidas para que se puedan ir todos juntos, algún tipo de cuerda, que tan lejos están de la costa, si hay algún barco que pueda ayudarlos, y por último, ver a las personas con las que está; otro ejemplo, en el caso del choque, las alternativas podrían ser hablar al seguro y esperarlo, llegar a un acuerdo económico con la otra persona o irse y que cada quien arregle los daños de su carro. Se anima al paciente a que de varios ejemplos con alternativas de solución, aunque puedan parecer absurdas, pues de lo que se trata es que solo que se dé cuenta de las

opciones que tiene.

4. Toma de decisiones: en esta fase es cuando se evalúa cuál es la mejor solución, juzgando y comparando todas las opciones, tratando de ser lo más lógico y objetivo posible. Se explica que la mejor solución sería la más benéfica y con menos costes tanto a corto como a largo plazo. Se deben anticipar a los resultados que tendrá cada alternativa y, cada solución posible debe juzgarse apoyándose de las siguientes preguntas:

- ψ ¿El problema se solucionará?
- ψ ¿Cuánto tiempo y esfuerzo implicará la resolución del problema?
- ψ ¿Qué estado emocional provocará en el cliente?
- ψ ¿Qué efectos tendrá de acuerdo al bienestar general, social y personal?

Retomando el ejemplo, se puede analizar a las personas con las que estaba en el yate y ver quiénes tienen más posibilidades de salvarse y quiénes son los que más conviene que sigan vivos, tanto en la situación como para la sociedad. Ya que se evaluaron todas las soluciones, ahora se pueden hacer las siguientes preguntas:

- ψ ¿El problema puede resolverse?
- ψ ¿Es necesaria más información antes de seleccionar la solución y aplicarla?
- ψ ¿Qué solución o combinación de soluciones pueden implementarse para resolver la situación?

Si aun así, el problema no puede solucionarse, entonces debe redefinirse o recabar más información acerca de este. Si se resolvieron las tres preguntas satisfactoriamente, entonces quedará elegida la decisión, siempre y cuando esta vaya de acuerdo con la meta final planteada. Se puede abordar algún suceso problemático que el paciente esté viviendo.

5. Aplicación y verificación de las soluciones: en este estadio se ponen a prueba las soluciones seleccionadas analizando si funcionan o no. Existen cuatro pasos para verificar la eficacia de las soluciones.- el primero es, ya que se llevó a cabo la solución, observar si se presentaron obstáculos, estos pueden ser problemas conductuales, emocionales o cognitivos y, verificar si se adquirieron destrezas para solucionar estos obstáculos; el segundo se refiere a emplear técnicas de auto-observación para evaluar los efectos que tuvieron estas soluciones, se pueden valorar asignando una escala; el tercer paso es acerca de valorar si se lograron las metas deseadas; el cuarto es verificar si la solución cumple con todos los criterios y si el cliente logra autoreforzarse por haber arreglado el problema satisfactoriamente. Si no es resuelto, se deben analizar las áreas de conflicto y repetir los pasos de técnica; algunos detalles por los que el problema no pudo haberse resuelto satisfactoriamente son las reacciones emocionales que se producen, que el problema no sea definido correctamente y que la selección de las soluciones resulten poco

benéficas.

Ya explicados todos los pasos, es conveniente trabajar con algún problema que elija el paciente, que de preferencia ponga en práctica las soluciones durante la semana, de modo que en la siguiente sesión puedan revisarse los efectos de sus acciones. También es posible llevar la explicación junto con el ejemplo a tratar con el cliente.

Cierre de la técnica

La técnica se concluye ya que al paciente le quedaron claros los pasos de la resolución de problemas, que sea capaz de poner ejemplos. Se deja de tarea llevarlo a cabo de modo que practiqué esta estrategia.

Recomendaciones y contraindicaciones

Se sugiere manejar con cuidado el ejercicio de imaginación, en caso de que al paciente le afecte, dar apoyo. Antes de pasar a la fase de la estrategia resolutoria, es muy importante que se sienta motivado y orientado a sí querer ser activo en la resolución de problemas.

Durante los primeros cuatro pasos, el rol del terapeuta debe ser directivo, mientras que en el último punto un poco menos participativo, con el fin de que en esta última fase, se favorezca la responsabilidad e independencia del cliente. Es importante que el terapeuta preste atención a cuándo implementar otro tipo de estrategias para el cliente, dependiendo de sus características individuales.

Es de considerarse a esta técnica como complementaria, que involucra aspectos no solo cognitivos, sino conductuales y afectivos también. También hay que tomar en cuenta que es muy importante el rapport que se establezca con el cliente para que la técnica resulte efectiva.

Así mismo, es necesario considerar las siguientes pautas: esta estrategia no debe presentarse de forma mecanicista; debe ser aterrizada a la vida del paciente; la tarea para casa y la práctica de esta herramienta es fundamental; el terapeuta debe cuidar y ser empático con las experiencias subjetivas del cliente; un recurso para el terapeuta es utilizar el humor; el terapeuta debe fungir como alguien objetivo en la mayor medida posible; se debe animar al cliente a ofrecer soluciones y ser activo en esta cuestión; el rol del terapeuta debe ser educativo, orientando al paciente, resolviendo dudas y determinando algunos conceptos si es necesario, como en el caso de si la definición del problema debe centrarse en la meta, en la emoción o en ambas.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Cormier, William H. & Cormier, L. Sherilyn (2000). Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. Tercera edición. España: Descleé de Brouwer. pp. 459-464.



<p>Nombre de la técnica</p> <p>RELAJACIÓN POR ENTRENAMIENTO AUTÓGENO</p>
<p>Dominio (área)</p> <p>Fisiológico</p>
<p>Síntoma objetivo</p> <p>Reducción del enojo/ control de la ira</p>
<p style="text-align: center;">Objetivo</p> <p>Proveer al paciente de una herramienta para disminuir el nivel de activación fisiológica al obtener un estado de relajación generando sensaciones de calor y pesadez a través de afirmaciones sugestivas.</p>
<p>Materiales</p> <p>Formato de frases autógenas.</p>
<p style="text-align: center;">Condiciones preparatorias</p> <p>La técnica debe ser implementada en una habitación tranquila (consultorio). Antes de comenzar, se le explicará al paciente que se hará un ejercicio de relajación como una forma de ayudar al cuerpo cuando esta <i>hiperactivado</i>.</p> <p>Se le darán las siguientes instrucciones:</p> <p>“Así sentado (a) póngase (ponte) en una posición cómoda (sugiriendo la posición de “cochero”), si gusta, puede poner sus pies ligeramente abiertos, apoyando los antebrazos en la parte interna de los muslos y la cabeza caída hacia adelante.</p> <p>Ahora, intente tomar una actitud receptiva para perder un poco de control, dejándose llevar por las sensaciones que a continuación le describiré; no trate de evitar las sensaciones que el ejercicio provoca, si siente un ligero adormecimiento en el cuerpo, no se preocupe, es normal y puede hacer suaves movimientos para acomodarse. Solo intente disfrutar de las sensaciones que le ayudarán a sentirse tranquilo (a)”.</p>
<p style="text-align: center;">Descripción de la técnica</p> <p>Lea las siguientes frases (del “formato de frases autógenas”) de manera lenta, que la terminación de la frase sea larga como si se estuviera <i>cantando</i>; entre cada frase haga una pausa de 4 a 5 segundos y utilice un tono de voz firme (ni muy alto ni muy bajo).</p> <ul style="list-style-type: none"> ⌀ Me siento bastante tranquilo ⌀ Estoy empezando a sentirme relajado ⌀ Siento mis pies pesados y relajados

- ⊗ Siento mis tobillos, rodillas y caderas pesadas, relajadas, cómodas
- ⊗ Siento mi pecho y estómago relajados y tranquilos
- ⊗ Siento mis manos, brazos y hombros pesados, relajados y cómodos
- ⊗ Siento mi cuello, mandíbula y frente cómodos y suaves
- ⊗ Siento todo mi cuerpo pesado, cómodo y relajado
- ⊗ Estoy bastante relajado
- ⊗ Mis brazos y mis manos están pesados y calientes
- ⊗ Me siento bastante tranquilo
- ⊗ Todo mi cuerpo está relajado
- ⊗ Mis manos están calientes
- ⊗ El calor está fluyendo a mis manos, están calientes
- ⊗ Mis manos están calientes, relajadas y calientes
- ⊗ Continúo sintiendo mis manos calientes
- ⊗ Siento mi cuerpo quieto, cómodo y relajado
- ⊗ Mi mente está tranquila
- ⊗ Aparto mis pensamientos, me siento calmado y tranquilo
- ⊗ Me concentro en mis sensaciones de tranquilidad
- ⊗ En el fondo de mi mente puedo verme relajado, cómodo y tranquilo
- ⊗ Estoy alerta, pero siento una tranquilidad interior
- ⊗ Mi mente está tranquila
- ⊗ Siento una tranquilidad interior
- ⊗ Sigo gozando de estas sensaciones
- ⊗ El relajamiento está por concluir, el cuerpo entero se reactiva con una respiración profunda y con las frases siguientes:
- ⊗ Siento vida y energía fluyendo por:
Mis piernas...caderas...estómago...pecho
Brazos...manos...cuello...cabeza
- ⊗ La energía me hace sentir ligero y lleno de vida
- ⊗ Abra los ojos lentamente
- ⊗ Estírese

Cierre de la técnica

Preguntar al paciente:



- ψ ¿Cómo se sintió?
- ψ ¿Desea contarme su experiencia respecto a lo que experimentó?
- ψ ¿Logró relajarse?
- ψ ¿Qué dificultades tuvo?
- ψ ¿En qué cree que esto le pueda servir fuera del consultorio o en un futuro?

*Mencionarle que si olvido que estaba ahí o si se quedó dormido, es una buena señal de relajación. Lo importante es que deje llevarse por las sensaciones.

Agradecer su colaboración y explicarle (en caso de que haya tenido dificultades para relajarse) las posibles causas al porque no consiguió relajarse.

Recomendaciones y contraindicaciones

Si gusta puede utilizar otros medios sensoriales de relajación, como música tranquila o una pequeña fuente para escuchar el sonido del agua.

Si desea puede registrar los cambios en la temperatura de la piel, si aumenta significa que el estado de relajación es mayor.

Se deberán tomar en cuenta las variables extrañas como factores externos (ruido o interrupciones). *De preferencia, tanto el paciente como el terapeuta deberán tener su celular en silencio.*

Durante la implementación de la técnica, el terapeuta debe observar las reacciones del paciente y con base en esto regular el tono de voz, las pausas entre las frases o incluso modificar las frases.

Si el usuario se muestra ansioso, se puede sugerir que realice el ejercicio con los ojos abiertos.

Es importante revisar el motivo por el cual el paciente no logró relajarse.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Frases tomadas de: Schneider, Carol J. Wilson, Edgar, S. (1985). *Foundations of Biofeedback Practice*. Wheat Ridge, Colorado. Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback. p.196 (traducidas por Benjamín Domínguez y adaptadas y probadas por Benjamín Domínguez y Pablo Valderrama).

<p>Nombre de la técnica TENSION-RELAJACIÓN</p>
<p>Dominio (área) Fisiológico</p>
<p>Síntoma objetivo Tensión corporal y posibles confrontaciones.</p>
<p style="text-align: center;">Objetivo</p> <p>Enseñar al paciente una nueva conducta para reducir la tensión corporal, de modo que incorpore el método en su repertorio conductual. Con esto, que aprenda una forma de afrontar un conflicto de modo diferente, resolviéndolos sin agresión y haciendo uso de técnicas de relajación.</p>
<p>Materiales Formato de relajación Tensión-relajación impreso.</p>
<p style="text-align: center;">Condiciones preparatorias</p> <p>Para dar inicio a la aplicación de esta herramienta, se le dice lo siguiente al paciente: “Durante esta sesión trabajaremos con un modo de relajación, aprenderás cómo puedes relajar a tu cuerpo, pero antes me gustaría que me respondieras las siguientes preguntas. - ¿tú cómo defines el estar relajado?, ¿qué sientes cuando estas en este estado?, ¿si llegas a sentir tus músculos tensos, rígidos o duros, ¿qué haces? ¿Te estiras?, ¿después de estirarte, cómo te sientes, cómo está tu cuerpo?, ¿te sientes descansado? ¡Perfecto! Precisamente de este modo se puede relajar tu cuerpo (tensando y destensando).</p> <p>Generalmente, cuando una persona siente enojo, sus músculos tienden a ponerse duros; si uno aprende a identificar estos músculos y sobretodo en un momento de estado emocional alterado y logra “aflojarlos”, podrá sentirse mejor. Entonces a continuación, practicaremos esto, de modo que aprendas cómo puedes sentirte tranquilo al relajar tu cuerpo en un ejercicio de tensión-relajación. Lo ideal es que lo aprendas para que después tu solo lo puedas llevar a la práctica”.</p>
<p style="text-align: center;">Descripción de la técnica</p> <p>Se sugiere que el terapeuta lleve impreso a la sesión en un formato, los siguientes pasos:</p> <p>a) Sentarse para relajarse.</p> <p>El terapeuta da la siguiente instrucción al paciente: siéntate en la silla con tu espalda recargada el respaldo, sin cruzar piernas, pies o brazos; sitúa tus manos en los muslos (sin tensarlos); solo</p>

intenta descansar, que tu cuerpo esté cómodo. Ésta es la posición para poner tu cuerpo tranquilo.

b) Tensar y relajar músculos.

El terapeuta le indica a la persona que, para aprender esta técnica de forma adecuada, se comienza por tensar y después relajar cada musculo del cuerpo que se le vaya indicando.

Se hace un ensayo con las manos, la indicación es la siguiente: “aprieta tus manos lo más que puedas” ya que lo hizo se le pregunta ¿qué sientes? Y le dice “ahora ve soltándolas poco a poquito, ¿qué sientes cuando los músculos ya no están apretados?”.

Para las siguientes instrucciones, el terapeuta debe modelar y mostrarle al paciente cómo se hace. Se indica lo siguiente: “cada que te diga qué parte del cuerpo vas a *tensar* lo haré seguido de un número, si digo 5 significa que debes apretar lo más fuerte que puedas (se puede demostrar haciéndolo con una mano), si digo 4 vas a relajar un poco y así gradualmente hasta que lleguemos al cero, entonces, cuando lleguemos al número 1 tu músculo deberá estar completamente relajado y cuando diga 0, significara que en ese momento debes disfrutar de la relajación y tranquilidad que estés sintiendo.

Es importante aclarar que mientras este tensando-relajando alguna parte del cuerpo, lo demás debe estar relajado; que puede ser que al principio le pueda costar un poco conseguir la relajación adecuada pero que conforme la práctica le resultara más fácil conseguirlo.

Así, trabajarán con cada una de las partes del cuerpo, en el orden establecido a continuación:

Cara

Indicaciones: Vas a tensar el rostro, la frente...nariz...quijada...labios...siente cómo arrugas tu cara debido a la presión que estas ejerciendo. Sigue experimentando esa sensación, mantenla, analiza qué es lo que estas sintiendo al tensar esta zona de tu cuerpo. Muy bien, estamos justo en el número 5...ahora vamos a pasar al número 4, baja un poco tu tensión, ahora pasamos al 3...observa tu frente, nariz, quijada, ojos y boca como va disminuyendo esta presión, pasamos al 2. Ve relajando despacito tu frente, ahora tus ojos, tu nariz, pon “flojitos” los músculos de tu quijada y labios. Llegamos al número 1, tu rostro está totalmente relajado, cada parte que conforma tu cara se siente bien...ahora estamos en el número cero, disfruta de esta sensación. Muy bien, dime, ¿qué prefieres, sentirte tenso o relajado?

Cuello y espalda

Indicaciones: pasaremos a las zonas de cuello y espalda, vas a colocar tu cuello ligeramente hacia atrás, siente cómo tu espalda y cuello se están tensando...ahora apriétalas lo más que puedas,

estamos en el número cinco...pasa por favor al número 4...3...relaja un poco más, 2...ya casi vas a relajar completamente y 1, endereza tu cuello...disfruta de esa sensación, respira...

Brazos, manos y dedos de las manos

Indicaciones: siguiendo con la misma escala, ahora vas a extender los brazos, tensiónalos y cierra los puños; siente cómo se estresan tus hombros, tus brazos, manos y dedos. Estamos en 5, tensa tus brazos lo más que puedas, ahora disminúyelo poquito (4), pasaremos al nivel 3, para este abre los puños poco a poco, ahora soltarás tus manos y dedos (ya estamos en el nivel 2) ...por último, vas a soltar tus brazos llegando así al 1...ahora estamos en cero, siente esa relajación gratificante... Se hace hincapié en la sensación cuando esta tenso y en la de relajación, preguntándole con cual se siente mejor y las diferencias que percibe de estos dos estados.

Pecho y estómago

Instrucciones: ahora vamos a concentrarnos en el pecho y el estómago, primero vas a comprimir el pecho y enseguida la otra zona. Vamos ir desde el 5, e iremos graduando poco a poco hacia abajo, tienes que ir bajando la tensión, 5...4...3...2...1...y cero, continúa respirando...

Cadera, piernas, pies y dedos de los pies

Instrucciones: el siguiente bloque incluye a las piernas, la cadera, los pies y dedos de los pies. Primero concéntrate en tu cadera, ponla "dura", muy bien, haz lo mismo con los muslos...pantorrillas...pies...los dedos de tus pies...levanta las piernas un poco de modo que se pongan tensas sin descuidar la tensión en los dedos de los pies, las rodillas y la cadera. Voy a ir contando lentamente y poco a poco iras disminuyendo esa dureza en estas zonas de tu cuerpo...5...4 (poco a poco baja las piernas doblando las rodillas) ...3 (mueve lentamente los pies y sus dedos) ...2 (estira tus piernas para que estén más cómodas) ...1 (relájate) y...cero (respira y siente el placer de esa sensación).

Todo el cuerpo

Indicaciones: Ahora, ya que practicaste con cada una de las partes de tu cuerpo, ahora lo haremos con todo el cuerpo al mismo tiempo, siguiendo la misma línea, es decir, vas a tensar todo al mismo tiempo (cara, cuello, hombros, pecho, brazos, manos, estómago, espalda, cintura, cadera, piernas y pies), haremos la misma cuenta del 5 al 1 hasta llegar al estado de relajación de todo el cuerpo ¿está bien?, comencemos: 5...tensa lo más que puedas todo tu cuerpo, 4...ve bajando esa intensidad,3...observa como tu cuerpo siente un poco menos de tensión, 2...ya casi estamos

relajándonos por completo, 1...relájate y 0 goza de esa sensación.

Cierre de la técnica

Ahora se le pregunta al paciente:

- ψ ¿Cómo te sentiste?
- ψ ¿Deseas contarme tu experiencia respecto a lo que experimentaste?
- ψ ¿Lograste relajarte?
- ψ ¿Qué dificultades tuviste?

Basándonos en la respuesta del paciente sobre las posibles dificultades que haya tenido, se procederá a ensayar de manera consciente la técnica para verificar los puntos débiles de lo aprendido o ver si se adquirió este aprendizaje.

Ya que se hayan hecho algunos ensayos ahora se analizará si quedan dudas y se le solicita que nos diga qué piensa sobre cómo le puede servir esto fuera del consultorio o en el futuro.

Por último, se le menciona que es importante que deje llevarse por las sensaciones y las haga conscientes. Se le agradece su colaboración y se explica (en caso de que haya tenido dificultades para relajarse) las posibles causas del porque no lo consiguió.

Recomendaciones y contraindicaciones

Si gusta puede utilizar otros medios sensoriales de relajación, como música tranquila o una pequeña fuente para escuchar el sonido del agua.

Si desea puede registrar los cambios en la temperatura de la piel, si aumenta significa que el estado de relajación es mayor.

Se deberá tomar en cuenta las variables extrañas como factores externos (ruido o interrupciones). *De preferencia, tanto el paciente como el terapeuta deberán tener su celular en silencio.*

Durante la implementación de la técnica, el terapeuta debe observar las reacciones del paciente y con base en esto regular el tono de voz y las pausas entre las frases.

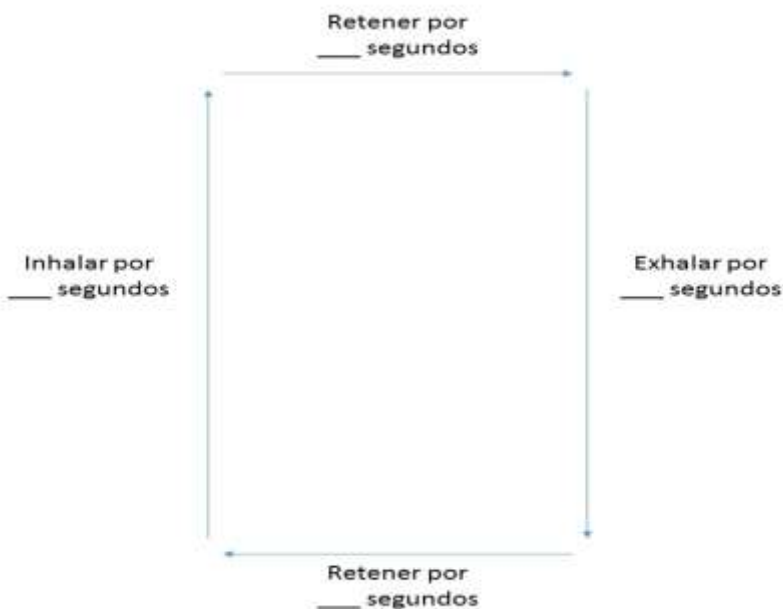
El terapeuta deberá reforzar lo que esté haciendo el paciente elogiándolo; por ejemplo, puede decir: ¡muy bien, lo estás haciendo muy bien!; ¿es muy fácil verdad?

Se le puede pedir permiso al paciente para tocar algunas zonas y corroborar que esté tensando y destensando correctamente, de este modo retroalimentarlo.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Mendoza, G. B. (2010). *Manual de autocontrol del enojo: Tratamiento Cognitivo-Conductual*. México: Manual Moderno. de C.V. pp. 32-35.

<p>Nombre de la técnica RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA - RÍTMICA</p>
<p>Dominio (área) Fisiológica</p>
<p>Síntoma objetivo Control emocional</p>
<p>Objetivo Que el paciente aprenda una nueva forma de respiración para poder usarla en momentos de inestabilidad emocional</p>
<p>Materiales Pintarrón y plumón para pintarrón</p>
<p>Condiciones preparatorias Preparar al paciente informándole que durante la sesión aprenderá una nueva forma de respirar. Se le pregunta si anteriormente ha sentido ansiedad a intentar respirar para relajarse, si la respuesta es afirmativa se menciona que con esta nueva técnica es posible evitar eso, si la respuesta no lo es, entonces se menciona que hay quienes sienten ansiedad y que con este modo de respiración se obtiene un mayor control.</p>
<p>Descripción de la técnica Se solicita al paciente ponerse en una posición cómoda, se pide que comience a respirar inhalando profundamente de modo que el aire llegue al estómago (respiración diafragmática) y después que exhale por la boca, se hace una repetición de 3 veces; se pregunta cómo se siente. Ahora, apoyándose del pintarrón, se le explica que va a respirar del mismo modo, pero en cuatro tiempos: Inhalar, retener, exhalar y retener. Se hace el siguiente dibujo que se encuentra al final de la descripción. De este modo, se hace un tipo de respiración por ritmos, la duración debe ser acordada con el paciente, se recomienda que sean de 3 a 4 segundos por tiempo. Se hacen varios ensayos hasta que al paciente le haya quedado claro el procedimiento y se sienta tranquilo.</p>



Cierre de la técnica

Se termina la técnica pidiéndole al paciente que utilice este tipo de respiración cuando se sienta con ansiedad, nerviosismo o enojo, lo cual le ayudará a relajarse. Se le pregunta si tiene dudas y si no, se le deja de tarea practicar esta respiración durante la semana en cada momento libre que tenga, puede ser mientras va en el transporte, está en un elevador, está sentado esperando a alguien, antes de dormir, etc.

Recomendaciones y contraindicaciones

Con este modo de relajación no es necesario cerrar los ojos ya que se ha demostrado que para algunas personas el cerrar los ojos le puede generar ansiedad.

El tiempo debe ser acordado con el paciente tomando en cuenta su capacidad de respiración y hasta que segundo se siente cómodo.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, M. I. (2001). Técnicas de relajación y respiración. España: Síntesis.

SINTOMAS AFECTIVOS



<p>Nombre de la técnica EDUCACIÓN EMOCIONAL</p>
<p>Dominio (área) Afectiva</p>
<p>Síntoma objetivo Malestar emocional</p>
<p>Objetivo Proveer al paciente de un entrenamiento para prevenir y modular sus propios estados emocionales extremos.</p>
<p>Materiales Pintarrón y plumones para pintarrón.</p>
<p style="text-align: center;">Condiciones preparatorias</p> <p>Se le recuerda a la persona lo ya visto en la fase de psicoeducación sobre el modelo cognitivo-conductual de las emociones.</p>
<p style="text-align: center;">Descripción de la técnica</p> <p>Una vez explicado el modelo, se le enseña la función que tienen las emociones, lo fundamental que son para los seres humanos y la identificación de cada una de ellas, sobre todo las que principalmente experimenta la persona y las cuatro básicas del ser humano (ira, miedo, tristeza y felicidad). Se pueden utilizar ejemplos basados en el modelo y frases tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ <i>Si no sintiéramos tristeza, no sabríamos qué es la felicidad.</i> ☉ <i>Lo dulce es más dulce si conociste lo amargo.</i> ☉ <i>Sentimos una emoción como parte de la supervivencia, son parte de nuestra adaptación, por lo cual es normal que las experimentes.</i> <p>Se le enseña a experimentar una emoción sin enjuiciarla, a vivirla, sentirla y expresarla de la manera más adecuada y libre (por ejemplo, que no “llore en silencio”); se enfatiza el aumentar la respuesta afectiva ante estímulos positivos e incrementar la frecuencia de estos.</p> <p>Se retoma la explicación de que la conducta está ligada a la emoción, es decir, al cambiar el comportamiento se cambia el estado emocional y viceversa; esto con el fin de invitar al cliente a que “actúe como si” de manera exagerada su emoción con expresiones faciales, ruidos y conductas en general para vivir la emoción.</p>

Cierre de la técnica

Se le deja de tarea poner énfasis a su manera de expresar su experiencia emocional y que observe su reacción ante esto, es decir, cómo se siente después de haberlo hecho y qué es lo que piensa al respecto.

Recomendaciones y contraindicaciones

Verificar que al individuo le quede clara la explicación de la técnica con diversos ejemplos y señalando la importancia de hacerlo.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Aramburú, F. B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología conductual*. 4 (1), 123-140.

<p>Nombre de la técnica INOCULACIÓN AL ESTRÉS</p>
<p>Dominio (área) Emocional</p>
<p>Síntoma objetivo Ansiedad, estrés y agresividad</p>
<p>Objetivo Proporcionar destrezas de manejo físico y cognoscitivo, previniendo el buen desempeño ante futuras situaciones estresantes.</p>
<p>Materiales Pintarrón, plumones para pintarrón, hojas de papel, bolígrafo.</p>
<p style="text-align: center;">Condiciones preparatorias</p> <p>Lo primero que se hace es explicar el procedimiento de inoculación al estrés al cliente, se puede expresar algo como lo siguiente: “Hemos visto a lo largo de las sesiones que llevamos, que en general tienes dificultades para controlar tu <i>mal humor</i>, ¿estás de acuerdo?, ¿sientes que te <i>estresas mucho</i>? ¿tienes problemas para controlar tu <i>ansiedad</i>?, bien con la técnica revisada durante la sesión aprenderás a dominar estos estados para que no actúes de forma descontrolada cuando los experimentes. Primero revisaremos la naturaleza de lo que sientes y cómo es que algunas situaciones provocan esto, después analizaremos los métodos para controlar estas emociones y sobrellevar las situaciones que te llevan a sentirte así y por último, elegiremos algunas situaciones para que puedas practicar lo que aprendiste, ¿estás de acuerdo?”</p>
<p style="text-align: center;">Descripción de la técnica</p> <p>Se le dice al paciente que la técnica conlleva un procedimiento cubierto por cinco pasos, los cuales son descritos a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Información. Se puede utilizar un pintarrón u hojas de papel para apoyarse en la descripción de esta información. A modo educativo, primero <u>se describe la teoría</u> que acompaña a los estados emocionales que alteran al paciente, específicamente el estrés. Se explica que éste es un estado en el que intervienen la activación fisiológica y los pensamientos que tenemos ante un suceso, los cuales pueden provocar ansiedad, agresividad o dolor. Se puede dar un ejemplo referido al enojo y la agresividad.- “recuerda lo que sientes cuando te enojas, seguramente experimentas reacciones en tu cuerpo como enrojecimiento de orejas y rostro, taquicardia, sudoración, etc. esta sería la parte fisiológica; también sueles tener pensamientos en el momento, aunque puedan ser automáticos y no

los recuerdos, tales como *esto no es justo, me la va a pagar, le voy a demostrar quién tiene la razón*; finalmente estos pensamientos llevan a tener conductas agresivas. Una vez descrito esto, se analiza los tiempos del nivel de activación de la persona, por ejemplo, quien siente tristeza o enojo suele describirlo como una reacción que dura mucho tiempo, con un inicio y un final, lo cual provoca que interprete su estado como muy complejo y con pocas posibilidades de poder cambiarlo. Después se explican los cuatro tipos de reacción ante una reacción estresante, lo cual ayuda al paciente a analizar su potencial para manejar sus sentimientos y a comprender la secuencia de las estrategias que aprenderán posteriormente, estos son: 1) preparación para la situación estresante o dolorosa, 2) enfrentamiento o manejo de la provocación, 3) manejo de los sentimientos de agitación durante la situación y 4) Autorrefuerzo después del estrés por haber puesto en práctica las destrezas de manejo de las tres primeras fases. A continuación, se exponen los tipos de destrezas para manejar los puntos críticos ante el estrés o experiencias de malestar, enfatizando que existen muchas estrategias por lo que es importante que el cliente elija la que más se acerque a su estilo. Hay dos tipos de destrezas, los de *acción directa* que funcionan para sobrellevar el estrés de manera inmediata y, los de *acción cognitiva*, encaminados a proveer de autoenunciados que permiten enfrentarlo de mejor manera; ambos deben ser empleados ya que son muy importantes, en las siguientes fases se explican a detalle.

2. **Adquisición y práctica de destrezas de acción directa.** En esta fase el terapeuta describe y modela las estrategias del control de estrés, de modo que el cliente pueda elegir cuáles le gustan más, para poder practicarlas y aplicarlas con ayuda del terapeuta. Las destrezas más usadas son:

- ψ Recoger información.- se menciona que analizar información de la situación estresante de manera objetiva ayuda a evaluarla con más realismo, de modo que se reduzca la incertidumbre de lo que está pasando. Por ejemplo, una mujer en proceso de parto, si se le explica que lo que está sintiendo son contracciones y más o menos cuánto durará, es posible que pueda tolerar más el dolor; una persona que le estresa perder el tiempo en una conferencia que considera no es buena, si analiza que el conocimiento que está recibiendo es aprendizaje, seguramente bajará su molestia; otro ejemplo, una mujer que se enoja porque su pareja no le contesta el teléfono y observa objetivamente que esto es porque él está en un lugar donde no puede contestar o porque dejó guardado su teléfono, es posible que su enojo disminuya.
- ψ Identificar rutas de escape.- se le dice al cliente que esta estrategia es para antes de que viva la emoción más intensa, analizando qué puede hacer para no estresarse tanto o para calmarse, por ejemplo, contar hasta diez, respirar o retirarse de la situación por un momento.
- ψ Estrategias paliativas de manejo.- son tres las estrategias que se pueden utilizar ante casos en donde no se puede evitar ni puede ser alterada la situación, como alguna enfermedad crónica.

Una es adoptar una postura diferente y positiva, examinando alternativas; otra es adquirir una red social de apoyo y por último, expresión de los sentimientos. Un ejemplo podría ser una persona con TLP que haya sufrido de acoso o abuso sexual, se le puede sugerir acudir a terapia grupal donde pueda convivir con otras personas que hayan sufrido lo mismo, de modo que se sienta comprendido, también se le puede recomendar acercarse con sus amigos y familiares para que pueda platicar acerca de cómo se siente y por último, que trate de pensar en el aprendizaje que le deja esa experiencia, que vea lo positivo (como que sigue con vida), etc.

ψ Relajación mental.- este tipo de relajación se refiere a utilizar tácticas que ayuden a dispersar la atención, como soñar despierto, hacer uso de la imaginación o fantasear, con el fin de dirigir la atención a un objeto y no a la sensación de malestar. Se le puede preguntar al cliente qué tanta facilidad para hacer uso de su imaginación tiene, invitándole a que no se detenga en fantasear cuando la situación lo requiera, ya que también ayuda a la mente a descansar.

ψ Relajación física.- se explica que en este rubro se utilizan las técnicas de relajación que han ido practicando, como el entrenamiento autógeno, respiración diafragmática, respiración controlada o el de tensar-destensar; si aún no lo practican lo pueden hacer en ese momento o decirle que posteriormente lo van a ir haciendo; si ya fueron vistas estas técnicas, se le puede pedir a la persona que las explique brevemente, para ver qué tan presente lo tiene y retroalimentar.

3. **Adquisición y práctica de destrezas de manejo cognitivas.** Esta técnica es muy parecida a la de reestructuración cognoscitiva, en la que el consultor explica y modela el manejo de pensamientos ante situaciones estresantes. Se describe al cliente que existen cuatro fases para esto: la primera es antes de la situación y se refiere a prepararse para ella; la segunda es durante el momento, donde se enfrenta y maneja la situación; la tercera también es durante la situación y es para superar los momentos críticos de ella; por último, es en la fase posterior a la circunstancia, se auto-recompensa por el manejo de ésta. Se pueden anotar estas cuatro fases en el pintarrón, de manera que el paciente también las pueda ir anotando en su cuaderno o en una hoja, con el fin de que posteriormente las practique. Ya explicadas, es importante que se den algunos ejemplos para su aplicación. En el caso de una persona con TLP, estos ejemplos pueden ser encaminados para el control de la agresividad y de la ansiedad, el terapeuta anuncia varios pensamientos que puede decirse el paciente durante las cuatro fases, de modo que el paciente los anote y después elija cuáles se acomodan más con su estilo:

ψ Agresividad.- 1) Preparación: “¿qué puedes hacer para resolver esto y no enojarte?”, “respira, no pasa nada”, “no vale la pena que te enojas por esto”, “puedes con ello” “sabes cómo regularte, todo estará bien”. 2) Enfrentamiento y manejo: “mantente calmado”, “usa la razón, no la emoción”, “no te lo tomes de manera personal”, “no vale la pena ponerte así”, “lo que dice la otra persona no

me preocupa”, “busca lo positivo de esto”, “me da pena esta situación y el comportamiento de la otra persona”, “en alguien tiene que haber la cordura y será en mí”. 3) Manejo del sentimiento crítico: “comienzas a sentirte tenso, respira y relájate”, “tengo derecho a enfadarme por esto, pero no le haré daño a nadie, me controlaré”, “no me servirá de nada perder los estribos”, “trata de escuchar, quizá los dos tengamos algo de razón”, “tal vez quiere conseguir que te molestes, pero no tendrá éxito”, “no todos pueden reaccionar como a ti te gustaría”, “ponte en su lugar, ¿estarías molesto?” “¿qué puedes hacer para solucionarlo?” 4) Auto-refuerzo: “lo has logrado”, “todo salió bien”, “no fue tan malo como lo esperabas”, “no entiendo de que sirvió todas las veces que no te controlaste”, “tuve el control de la situación, estoy avanzando”, “cada día lo haces mejor”.

ψ Ansiedad. 1) Preparación: “¿qué harás para que esto no se convierta en algo peor?”, “no te preocupes, mejor ocúpate”, “no pasará nada, piensa racionalmente”, “de nada sirve preocuparte”. 2) Enfrentamiento y manejo: “puedes manejar la situación”, “que no te detenga el miedo, solo has lo que tienes que hacer”, “no pienses en lo que sucederá, ocúpate del presente para resolver”, “respira hondo, tu puedes”, “esta ansiedad es normal, es el momento perfecto para practicar lo aprendido en terapia”, “relájate, ten el control”. 3) Manejo del sentimiento crítico: “no trates de eliminar el miedo que sientes, solo contrólalo”, “razona para que dejes de sentir esta emoción”, “haz algo para que se te olvide el miedo”, “describe la situación objetivamente”. 4) Auto-refuerzo: “muy bien, funcionó”, “me siento bien con este progreso”, “es algo para contárselo al terapeuta”, “voy muy bien y mejoraré más”, “aprovechaste el sentimiento a tu favor y no dejaste que te absorbieran tus ideas, que bueno que lo pudiste controlar”.

Ya que se modelaron estos ejemplos, es momento de que el cliente decida cuáles le funcionarán mejor, también puede sugerir algunos. En el caso de las personas con TLP, también se puede hacer este ejercicio pero para controlar ideas suicidas y momentos críticos como algún abandono. Es importante que esto se adecue al paciente y que sea un convenio entre el terapeuta y el.

Ya elegidos, es momento de que esto se practique en voz alta estos enunciados durante la sesión, de preferencia en el orden de las fases, para que el cliente se familiarice con esta teoría.

4. **Aplicación de las destrezas de manejo a las situaciones relacionadas con el problema.** Ahora debe practicarse con situaciones simuladas, lo más reales posible y que sean de vulnerabilidad para el paciente, con técnicas de imaginación y después con role-playing. Por ejemplo, se le dice al paciente que cierre sus ojos y que imagine que está discutiendo con su madre, lo cual le afecta mucho, se describe la situación con apoyo del cliente de modo que sea muy real, ya que está estresado, se nombran cada uno de los pasos en los cuales el paciente tendrá que decir un enunciado de auto-ayuda, el terapeuta dice: “fase 1, preparación, ¿qué te dirías?”, “fase 2, enfrentamiento ¿qué expresiones usarías?”, etc. Ya manejado bajo esta situación, ahora el terapeuta

toma el rol de alguna persona provocadora para el cliente y simulan otra situación, de modo que ahora hagan como si estuvieran en el momento crítico. El terapeuta retroalimenta el desempeño del paciente.

5. **Aplicación de las destrezas de manejo a las posibles situaciones problemáticas.** Este rubro está encaminado a prevenir futuros problemas y su resolución. Se le dice al paciente que ahora es importante que se imaginen problemas que no han sucedido, pero que podrían suceder, de modo que puedan practicar estas estrategias antes de que pase. También puede ser mediante imaginación y role-playing, simulando situaciones hipotéticas como que termine con su actual pareja, que sea despedido del trabajo, que lo promuevan para un mejor puesto, que algún familiar fallezca, etc.

Cierre de la técnica

Se le pide al cliente que de un breve resumen de la técnica. También, es bueno que con role-playing se vuelva a practicar, pero ahora, el terapeuta tomará el papel del paciente, y el cliente de terapeuta, de modo que le enseñe las estrategias aprendidas y entrene al terapeuta con esta técnica. Ahora se invita al asesorado para que esto lo practique en situaciones reales, se puede comentar bajo qué situaciones cree poder aplicarlo. Se le menciona que no espere que a la primera le salga a la perfección, ya que es cuestión de práctica y hábito, por lo que se le deja de tarea registrar en su libreta diariamente el uso de estas estrategias, para que pueda revisarse en la siguiente sesión.

Recomendaciones y contraindicaciones

Esta técnica es muy importante debido a que es un tipo de protección psicológica, funge como acción preventiva e involucra destrezas enseñadas en la reestructuración cognitiva, entrenamiento en autoinstrucciones, relajación y desensibilización sistemática, por lo que es una estrategia muy completa. Debe tomarse en cuenta la susceptibilidad del paciente para el manejo de ejemplos y la práctica de los casos.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Cormier & Cormier (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Tercera edición. España: Descleé de Brouwer. pp. 493-505.



<p>Nombre de la técnica</p> <p>ENSAYO CONDUCTUAL</p>
<p>Dominio (área)</p> <p>Conductual</p>
<p>Síntoma objetivo</p> <p>Inhabilidad social y del comportamiento en general</p>
<p>Objetivo</p> <p>Que el paciente realice una representación del modo adecuado de comportarse ante una situación problemática, de manera que practique y pueda llevar a cabo la reacción más adecuada en la situación real.</p>
<p>Materiales</p> <p>No son necesarios, sin embargo, se podrían utilizar objetos que puedan ayudar a simular la situación para que sea más real.</p>
<p>Condiciones preparatorias</p> <p>Informar a la persona que, manifestada la situación problemática, se pasará a llevar a cabo un ensayo sobre cómo sería la mejor opción para actuar ante eso.</p> <p>Se le explica que la consulta terapéutica es un ambiente donde también puede practicar y cometer errores, se pueden utilizar frases como “<i>todos aprendimos a caminar cayéndonos</i>”, “<i>no avanza quien no se equivoca</i>” o “<i>podemos aprender a través de la repetición, como en la escuela</i>” para así motivar al paciente a que lo haga.</p>
<p>Descripción de la técnica</p> <p>Esta técnica es utilizada principalmente para el entrenamiento en habilidades sociales, sin embargo, se puede emplear también para acontecimientos de la vida real que son problemáticas para el paciente.</p> <p>Se le pide que describa la situación y su forma de reaccionar ante esto, también puede ser una situación que aún no ha pasado, en donde puede describir cómo reaccionaría ante eso.</p> <p>Una vez definido esto, se le incita a que manifieste cuál cree que es la mejor manera de actuar para que después lo represente con ayuda del terapeuta.</p> <p>Por ejemplo, se le puede decir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ <i>Bien, imagina que está sucediendo esto ahora, actúa del modo que sería más correcto.</i> ☞ <i>Imagina que yo soy (la persona con la que se tiene el conflicto) ¿qué me dirías?</i> ☞ <i>Supón que estas en esa situación en la que yo soy esa(s) que no respeta(n) tus derechos, dime y</i>

compórtate lo necesario para que se te respete.

Cierre de la técnica

Con cada ensayo se debe dar retroalimentación para que se auto observe y se analice conjuntamente qué es lo que está haciendo bien, qué está haciendo incorrectamente y qué puede mejorar.

Para cerrar se le anima para que aplique lo aprendido en la sesión dentro de su vida, que es probable que no salga de la misma manera pero que no por eso de desanime o deje de intentarlo, ya que incluso puede salirle mejor, y si no, del error aprenderá.

Recomendaciones y contraindicaciones

Es importante limitarse solo a un problema en una situación, no intentar resolverlo todo de manera inmediata.

Se debe dar prioridad a los conflictos que fueron la fuente por la que el paciente solicitó ayuda terapéutica y a los objetivos establecidos.

Se recomienda no prolongar la interpretación de papeles por más de tres minutos sin dar retroalimentación.

Hay que observar la reacción que va teniendo el paciente, analizar si se siente cómodo y trabajar hasta donde él lo permita, intentando inspirarlo haciéndolo ver que aunque es un ensayo, es fundamental para que vaya progresando.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1981). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Argentina: Paidós.

<p>Nombre de la técnica</p> <p>ENTRENAMIENTO ASERTIVO</p>
<p>Dominio (área)</p> <p>Conductual</p>
<p>Síntoma objetivo</p> <p>Inhabilidad social y control emocional</p>
<p>Objetivo</p> <p>Promover en la persona el buen establecimiento de relaciones interpersonales y el respeto por sí mismo, generando habilidades de comunicación adecuadas.</p>
<p>Materiales</p> <p>Formato de Derechos asertivos, pintarrón y plumón para pintarrón.</p>
<p>Condiciones preparatorias</p> <p>Posterior a realizar el recuento de la semana, se le expone al individuo que durante esta sesión se le va a entrenar en habilidades sociales con la técnica de <i>asertividad</i>, lo cual le ayudará a cambiar su entorno y obtener mayor control al poderse expresar de una mejor forma, sintiéndose mejor emocionalmente. Mediante preguntas se indaga qué tan hábil es en sus relaciones interpersonales y en qué situaciones no lo es, revisando si su actitud suele ser pasiva o agresiva en la mayoría de los casos. Una vez revisado esto se comienza con la explicación.</p>
<p>Descripción de la técnica</p> <p>Mediante “lluvia de ideas”, apoyándose del pintarrón, se indaga si ya conoce el termino de asertividad y con base en lo que le conteste se le da la definición: “La asertividad es el estilo de comunicación más adecuado, el cual consiste en decir las cosas en el momento oportuno sin ser agresivo, es decir, respetando al otro logrando no ser pasivo, esto es, respetándose a sí mismo”.</p> <p>De aquí se da la clasificación de los estilos de comunicación <i>pasivo</i>, <i>agresivo</i> y <i>asertivo</i>, dando ejemplos de cada uno de ellos y resolviendo sus dudas de modo que le quede claro.</p> <p>Se describe que en un estilo pasivo es cuando <i>no</i> se comunica lo que uno piensa y si se hace, es con debilidad, timidez y pidiendo disculpas, ocultando lo que se desea en contenido o intensidad. Esto se debe a una autoestima baja, a un poco control emocional y a que generalmente la persona no conoce sus derechos como persona. Algunos pensamientos utilizados por una persona pasiva son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ “Yo no cuento” ⊗ “Tú puedes aprovecharte de mí” ⊗ “No importan mis sentimientos solamente importan los tuyos”

- ⊗ “Mis pensamientos no son importantes, los tuyos son los únicos dignos de ser oídos”
- ⊗ “Yo no soy nadie, tú eres superior”

Por el contrario, está el estilo agresivo, donde la conducta se enfoca en dañar al otro, la persona demuestra rigidez, no sabe escuchar, es inflexible, actúa de manera defensiva, posee la necesidad de tener control, juzga, critica, culpa, reacciona de forma exagerada, solo ve las fallas de los demás, se enoja con facilidad, necesita sentirse superior, quiere tener la razón y no acepta o reconoce los derechos de los demás. Su conducta es de ataque, suele molestar, golpear, amenazar, insultar o burlarse.

Por último, está la conducta asertiva, esta sería la conducta sana siendo el equilibrio entre la pasividad y la agresividad. Una persona asertiva es honesta, directa, respeta a los demás, se respeta a sí mismo, es apropiado, sabe escuchar, es positivo, tiene control emocional, acepta y da cumplidos, pregunta por qué, pide clarificación, expresa desacuerdo-activo, sabe decir “no” y “sí” en el momento que así lo siente, reconoce tanto sus áreas fuertes como sus áreas de oportunidad para seguir creciendo como persona, es dueño de su tiempo y de su vida. Las expresiones utilizadas con asertividad son:

- ⊗ “Esto es lo que YO PIENSO”
- ⊗ “Esto es lo que YO SIENTO”
- ⊗ “Así es como YO VEO la situación”
(...y, tu opinión también cuenta).

Para ejemplificar las tres conductas, supongamos una situación en donde la persona *supone* que su pareja la abandonará, estos serían los tipos de enunciado o respuesta:

- ⊗ Pasivo: “mejor no le pregunto nada porque se pude enojar y pensar mal de mí”.
- ⊗ Agresivo: “tú eres una persona mala, ¿seguramente ya me vas a dejar verdad?”
- ⊗ Asertivo: “me gustaría preguntarte algo...debido a estas acciones he llegado a suponer que quieres dejarme, ¿estoy en lo correcto?”

Se le pregunta qué estilo utiliza más, con el fin de ayudarlo a regularlo y darle soluciones para que pueda comportarse asertivamente; incluso se le explica que los pacientes con TLP, en su mayoría, sí cuentan con habilidades sociales, el problema se encuentra cuando intentan utilizarlas en situaciones específicas, ya que ante éstas aparecen sus respuestas emocionales incontrolables, inhibiendo así las habilidades asertivas con las que ya cuenta.

De este modo, se le motiva para que decida entre sus objetivos personales y sus conflictos contra el mantenimiento de una relación personal y el cómo hacer para obtener lo que desea sin deteriorar la relación con los otros.

Entonces, si se desea trabajar específicamente con la adecuada expresión del enojo, el terapeuta

explica que este sentimiento “no es malo” pero que es importante aprender a expresarlo adecuadamente, esto es, sin lastimar o insultar a otras personas. Para esto, el lenguaje a usar debe ser en **primera persona**. Se le enseña a seguir los tres pasos siguientes:

1. Identificación: reconocer la emoción que se está experimentando, en este caso, cuando siente molestia.
2. Conducta: reconocer la conducta que emitió la otra persona y que lo hizo sentirse molesto.
3. Comunicación: forma en la que se expresa el enojo. Aquí se debe aprender a hacerlo sin insultos y golpes, y hacerlo en primera persona utilizando frases como “me siento” o “estoy” e indicando tanto el sentimiento propio como la conducta que provocó ese sentimiento, por ejemplo “me siento enojado por la manera en la que me hablaste”.

De igual manera se enseña a seguir estos pasos, pero con otros sentimientos incluyendo los positivos, ya que también es importante hacer saber cuando algo gusta, lo cual es signo de salud.

Finalmente, el terapeuta le regala una copia con los derechos asertivos de una persona, explicándole que los tenga presentes para aplicarlos tanto con él como con los otros.

Cierre de la técnica

Por último, se le deja de tarea que vaya aplicando lo que se le enseñó en situaciones específicas (sobre todo las de conflicto para el paciente), manifestándole que lo visto en esta sesión se practicará con la siguiente técnica llamada “ensayo conductual” y que sus habilidades irán mejorando conforme vaya aplicándolo junto a lo que aprenda en cada consulta.

Recomendaciones y contraindicaciones

- ⊗ Esta técnica se refuerza en las sesiones siguientes al estar recordándole que sea asertivo.
- ⊗ Es importante motivarlo como generador del propio cambio y de los demás.
- ⊗ Los ejemplos deben ser vastos.
- ⊗ Los derechos marcados en este manual no son los únicos que existen.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

Aramburú, F. B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología conductual*, 4 (1), 123-140.

Elizondo, T. M. (1997). *Asertividad y escucha activa en el ámbito académico*. México: Trillas.

Mendoza, G. B. (2010). *Manual de autocontrol del enojo: Tratamiento Cognitivo-Conductual*. México: Manual Moderno. de C.V. p. 55.

Navarro-Leis, M. & Hernández-Ardieta, M. L., (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad (Cognitive behavioral therapies for the treatment of Personality disorders). *Acción Psicológica*, 10 (1), 33-44. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>

DERECHOS ASERTIVOS INDIVIDUALES

- ⌘ Nuestras necesidades son tan importantes como las de los demás.
- ⌘ Tenemos derecho a equivocarnos y no sentirnos mal por eso.
- ⌘ Reclamar por haber sido tratados de forma injusta.
- ⌘ Tenemos derecho a decir que NO.
- ⌘ Ser escuchados y tomados en serio.
- ⌘ Sentir y expresar emociones como el coraje, dolor, enojo, tristeza...
- ⌘ Tener y expresar nuestros propios sentimientos y opiniones, aunque los demás no lo compartan.
- ⌘ Derecho a decidir no ser asertivos ante una situación.

<p>Nombre de la técnica</p> <p>ADOPTAR PUNTOS DE VISTA DIFERENTES</p>
<p>Dominio (área)</p> <p>Conductual y cognoscitiva</p>
<p>Síntoma objetivo</p> <p>Problemas del comportamiento de riesgo</p>
<p>Objetivo</p> <p>Proveer de una herramienta para modificar conductas impulsivas que pudieran afectar la seguridad o integridad de la persona.</p>
<p>Materiales</p> <p>Dependiendo de la problemática o conducta a tratar, se podrían utilizar accesorios para representar escenas y hacerlo lo más parecido a la realidad, por ejemplo: silla (s), sillón (es), sombrero, lentes, libros, etc.</p>
<p>Condiciones preparatorias</p> <p>Mencionar al paciente que durante esta sesión trabajarán con una técnica que funciona para modificar algunas conductas, que es importante que el paciente muestre disposición para que tenga éxito.</p>
<p>Descripción de la técnica</p> <p>Este método interviene de un modo más directo el adoptar posiciones diferentes. Una forma es tomar “prestada” una perspectiva diferente ante una dificultad, por ejemplo, “¿cómo pensaría tu papá si estuviera en esa situación?” “ahora puedes intentar que él también se ponga en tu lugar”; se puede hacer entonces que el paciente tome otro rol (el de algún familiar, amigo, terapeuta, etc.) y <i>actúe como sí</i>.</p> <p>El siguiente ejercicio sería ya con la conducta a tratar, en este se solicita al paciente que detalle cómo se comportaría si no tuviera ese problema (por ej. sino consumiera drogas o si no tuviera la necesidad de realizar conductas promiscuas), qué es lo que haría, qué pensaría, cómo se sentiría:</p> <p>Terapeuta: “¿cómo serías si no tuvieras la necesidad de tomar bebidas alcohólicas?, es más, que ni siquiera te gusten.</p> <p>Paciente: sería alguien más fuerte, los seres de mí alrededor me verían como alguien responsable, sería capaz de disfrutar los momentos por como son en realidad.</p> <p>T: ¿qué conductas realizarías?</p> <p>P: cuando me ofrezcan alcohol diría “no gracias, estoy bien”, sería alegre y sociable natural.</p>
<p>Cierre de la técnica</p>

Ya definidas las conductas positivas, ahora se puede negociar junto con el paciente que trate de “adoptarlas”, que “actúe” como si no tuviera el problema por una semana, de modo que en la siguiente sesión puedan hablar sobre cómo le fue.

Recomendaciones y contraindicaciones

Cuando se estén especificando las conductas que realizaría, es necesario promover que sean puntos positivos los que proponga.

Es importante aclarar si tiene alguna duda, cuáles son sus posibles temores sobre realizar esta técnica y cómo podría solucionarlos. También mencionar que, si no logra en su totalidad que no se preocupe, que lo intente, pero que si le cuesta trabajo, que tome nota sobre qué fue lo que hizo que no funcionara para poder intervenir en ello.

Esta técnica puede ser útil para ayudar a comprender y modificar ideas más nucleares, por eso también se le considera cognoscitiva y también se le conoce como “Terapia del rol fijo”.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis. pp. 141 y 142.

Nombre de la técnica	
EFECTIVIDAD INTERPERSONAL	
Dominio (área)	
Conductual	
Síntoma objetivo	
Inhabilidad en las relaciones interpersonales en situaciones específicas	
Objetivo	
<p>Enseñar al paciente a aplicar habilidades específicas de asertividad, de resolución de problemas interpersonales y sociales. Con esto, maximizar la probabilidad de que el cliente alcance sus objetivos en un momento determinado, consiguiendo tener un autorespeto y sin dañar la relación con la otra persona.</p>	
Materiales	
<p>Hojas, plumas o lápiz, plumones para pintarrón, pintarrón o lo necesario para que el paciente pueda comprender lo que se le va explicando, incluso se pueden imprimir algunas impresiones, se deja a la decisión del terapeuta.</p>	
Condiciones preparatorias	
<p>Se inicia con la orientación al paciente acerca de por qué es importante aprender estas habilidades ejecutarlas. Se pueden utilizar frases como: “hay que considerar mantener un equilibrio atendiendo nuestras relaciones, es necesario prestarles atención para que no acaben o sean problemáticas”, “si no cuidados nuestras relaciones, lo más seguro es que el resultado de esto genere estrés, lo cual a su vez incrementará nuestra vulnerabilidad emocional” “si una relación estalla, es difícil arreglarla”.</p>	
Descripción de la técnica	
<p>Son diversas las habilidades a enseñar, para que sea más sencillo, se dividen en tres: Habilidades para obtener los propios objetivos, habilidades de efectividad personal y, habilidades de respeto personal. Lo descrito a continuación abarca cada una de ellas y se interrelacionan.</p> <p>Se inicia explicando que es importante establecer prioridades y poner atención a las demandas. Especificar que las prioridades son las cosas importantes para cada uno, ya sean cosas que se quieren hacer o cosas que se desean obtener, así mismo, las demandas son las que los demás quieren que hagamos; el problema radica cuando las prioridades de uno y las demandas del otro entran en conflicto, por lo que es importante hacer uso de las habilidades sociales, con el fin de poder negociar. Es importante equilibrar las demandas y las prioridades, si no se hace esto, es posible que terminemos estallando (preguntarle si alguna vez se ha sentido así y si es posible, proporcionar ejemplos propios).</p>	

Se necesita tomar en cuenta cuándo alguna demanda es relevante para el otro aunque no lo sea para nosotros y ser flexibles en ello sin llegar al extremo de en su mayoría, dejar de lado nuestras prioridades, de este modo, se podrá llegar al equilibrio. Se indaga sobre dudas al respecto.

Aclarado esto, se realiza la explicación sobre los **deseos y deberes**, manifestando que los deseos son lo que hacemos porque queremos hacerlo, mientras que los deberes es lo que tenemos que hacer por alguna razón específica; un estilo de vida saludable se logra al llegar a un equilibrio en esto, ya que aquel que solamente se deja llevar por sus deseos desatiende sus responsabilidades por lo que no logra alcanzar sus metas, por el contrario, quien se rige mayormente por los deberes, puede que se sienta frustrado, con ira y tristeza; ¡es muy importante no caer en ninguno de los dos extremos! Se solicita a la persona que proporcione ejemplos de lo descrito y se apoya proporcionando otros y corrigiendo o retroalimentando lo que está diciendo, así mismo, se aclaran dudas. Ahora, se indaga sobre a qué le da prioridad el paciente y se habla sobre cómo se le puede hacer para llegar al equilibrio en este aspecto de su vida. Posteriormente, se asocia esto con las habilidades interpersonales y el uso de decisiones asertivas. Por ejemplo, si el cliente menciona que generalmente se deja llevar por lo que desea ya que hace manifestaciones como “la vida se vive una sola vez, por eso cuando se me presenta algún momento para gozarla no lo desaprovecho, así deje lo que tenga que dejar”, se le puede decir que sí, es importante disfrutar de las cosas, pero también hay que hacerlo en los momentos adecuados, una vez que haya cumplido con sus responsabilidades, siempre y cuando no le afecten negativamente las consecuencias de lo realizado”. Ahora se le pide que proporcione un ejemplo o caso de lo hablado.

Una vez que se revisó lo referente a deseos y deberes, hay que enfocarse en generar sensación de **competencia y respeto personal**, describiendo “la sensación de competencia la adquirimos cuando logramos cosas que nos hacen sentir que somos capaces y efectivos; conseguimos el respeto personal cuando realizamos lo que creemos que es moralmente correcto, expresamos nuestras opiniones y hacemos valer nuestros derechos”; la competencia implica enfrentar retos, superar obstáculos, levantarse después de haber tenido un fracaso, como los niños cuando aprenden a caminar, se caen y se levantan una y otra vez, lo hacen poco a poco, primero intentan gatear, luego pararse, después impulsarse y por último andar, si de casualidad hacen algo para lo que no están capacitados, lo dejan y deciden hacer otra cosa... de este modo actuamos los humanos y generalmente es lo más funcional, con pequeños éxitos se va construyendo el sentido de competencia; ahora se le pregunta cómo se siente con respecto a su sentido de competencia. Se explica que, cuando una persona crece dentro de una familia castigadora, es probable que no se alcance la competencia ya que se invalidan las dificultades; así mismo, el estarse comparando constantemente también es un error que no permite desarrollar esto. Se puede decir que no nos podemos estar comparando ya que todos somos diferentes y por lo mismo contamos con habilidades distintas, todas valiosas, no por eso somos más o menos. Se

asocia esto con las habilidades sociales mencionando que para muchos, las situaciones interpersonales son las más difíciles de dominar, ya que si por ejemplo, alguien es tímido, evitará ir a reuniones sociales, se le dificultará pedir lo que desea, no podrá decir “no”, le será difícil expresar lo que piensa y no atenderá sus relaciones; si se practica poco a poco las habilidades interpersonales, se generará sensación de competencia. Solicitar al paciente que trate de recordar qué es lo que ha hecho que su sentido de competencia crezca, cómo ha aumentado y cómo le gustaría mejorar.

A continuación, se presentan dos habilidades interpersonales: **pedir cosas, preguntar e iniciar debates y decir no, resistir la presión, mantener una posición o punto de vista**. Se pregunta sobre cómo se siente en sus habilidades interpersonales, se le puede decir que podemos tener habilidades en ciertas cosas y en otras no, por ejemplo, hay quienes son buenos para pedir algo pero no para decir “no” o viceversa, hay personas que son buenos para pedir ayuda con sus amigos pero no con sus familiares o incluso existen algunos que se les dificultan varios aspectos; lo que hay que dejar claro es que no todos somos habilidosos en todos, sin embargo, es bueno practicar las diversas habilidades.

En cuanto a la habilidad para **conseguir nuestros objetivos**, se explica que para obtener lo que deseamos es necesario considerar lo que nosotros queremos dando a conocer nuestros derechos de forma que se nos respete, pedir las cosas de modo que sea muy probable que sí se nos conceda, rechazar peticiones no deseadas, resolver conflictos en las relaciones y hacer que nuestro punto de vista se tome en cuenta; aquí es primordial aclarar que a veces existen circunstancias que impedirán que se cumplan nuestros objetivos y que no siempre los conseguiremos, por lo que debemos ser tolerantes a la frustración y al malestar, aceptando la realidad.

Se explica que la **efectividad en una relación** se basa en mejorar una relación mientras se intenta obtener lo que se desea, las habilidades para lograrlo son: 1) actuar de forma que la otra persona si quiera acceder a lo que nosotros deseamos o no se moleste si nosotros decimos no a una petición de ella y 2) mantener el equilibrio entre obtener un objetivo propio y mantener la relación a largo plazo. Aquí se le puede pedir que hable de alguna ocasión en la que ha arriesgado una relación a futuro por intentar de conseguir un beneficio inmediato, por ejemplo, con intentos de suicidio o amenazas. También es importante remarcar que no es bueno sacrificar las propias metas con tal de complacer al otro, ya que muy probablemente, a futuro esto genere frustración y por lo tanto, que se rompa la relación. Se le solicite que vaya practicando esto poco a poco y que no se desespere si no obtiene éxito desde el primer intento, y es que cuando se tiene déficit en alguna habilidad, muy probablemente en el momento de ponerla en práctica no sepa que hacer o cómo actuar, por lo que se puede recomendar que observe a quienes si posean la destreza y se anime a repetir esa conducta.

Subrayar que las habilidades mejoraran conforme se vayan practicando. Posteriormente se habla acerca de las **posibles deficiencias** que se pueden tener al tratar de realizar las habilidades. Explicar que a

veces, lo que nos impide tener una buena destreza son nuestros propios pensamientos, ya sea por preocuparnos por las posibles consecuencias que puedan pasar, por si se merece aquello que se desea obtener o por que no se sea eficaz y juzgarse por ello, por ejemplo “son un tonto” “no podré con esto”, etc. Es por ello que se debe estar pendiente de estos posibles pensamientos inhibitorios y combatirlos auto animándose a intentarlo, darse el permiso de hacerlo tomando en cuenta las consecuencias positivas que se puedan tener. También, a veces son las emociones las que no ayudan a lograr el objetivo, ya que el ponerse nervioso, enojado, ansioso o sentirse culpable puede provocar que la conducta realizada no sea la esperada; otro déficit que se puede tener es la indecisión, sobre todo si se llega a los extremos en esto, como no saber si pedir algo o no o de plano dejar de hacerlo, si negarse a una petición, pedir algo de una forma exagerada, acceder a todo, rechazar cada cosa que se pide, acceder a todo. Se pregunta al paciente qué déficits cree tener y se trabaja en ellos con reestructuración cognitiva.

En cuanto a la **efectividad en el autorespeto** se menciona que esto consiste en mejorar y mantener el bienestar con uno mismo, respetando creencias y valores propios al intentar obtener determinadas metas, esto se logra actuando de forma que haya congruencia entre lo que se hace y la moralidad en la que se cree, así mismo, haciendo cosas que favorezcan el que nos sintamos competentes. Se describe que lo que provoca que se vaya perdiendo el respeto personal es acceder a peticiones con las que no nos sentimos conformes, hacer algo por obtener aprobación, mentir por complacer, hacer lo que sea por conseguir algo que queremos, etc.

Se pueden analizar ejemplos en donde se describan cuál es el objetivo, cómo mantener la relación y el respeto personal, tal como:

1. Objetivo: conseguir un aumento de sueldo sin acostarse con el jefe.
2. Relación: mantener una buena relación con el jefe.
3. Respeto personal: mantener el propio respeto y código moral.

Ahora, se solicita que diga sus experiencias, clasificándolas de ese modo hasta que ya no queden dudas, también el terapeuta puede proporcionar más ejemplos, ya sean personales o de casos reales en otras personas.

Se trabaja en las siguientes habilidades específicas para obtener objetivos, fortalecer el respeto personal y las relaciones interpersonales, cada una de ellas se interrelaciona:

Habilidades para obtener objetivos

- Describir: solo el hecho, sin juzgar y siendo objetivos, por ejemplo “ya llevo trabajando aquí 5 años sin recibir aumento en el salario y saliendo bien en las evaluaciones”.
- Expresar: describir cómo nos sentimos referente a la situación, de modo que se evite el esperar

que el otro lea nuestros pensamientos o adivine lo que nos pasa.- “considero que merezco el aumento”.

- Comunicar: explicar lo que se desea, evitando así, que se espere que los otros sepan lo que queremos y enfadarnos si no es así, ser defectos sin faltar al respeto.- “a mí me gustaría que me diera un aumento de salario, ¿cree que sea posible?”
- Reforzar: premiar y agradecer al otro por entender lo que le hemos explicado, ya que al hacerlo es muy probable que esa reacción se vuelva a repetir y se sienta bien por haber actuado así.- “seré muy feliz si el aumento es otorgado” “muchas gracias por comprenderlo”.
- Mantener la posición: centrarnos en el objetivo, puede ser con *batir el record*, lo cual consiste en seguir solicitando, decir no o expresar la opinión una y otra vez manteniendo un tono de voz adecuado sin llegar a ser hostil o enfadarse, la otra opción es *ignorar*, en el caso de que el otro ataque, amenace o cambie el tema, manteniendo así nuestro punto de vista. Lo importante con este punto es aclarar que si dejamos que el otro domine la situación, se perderá nuestra sensación de control y respeto personal.
- Aparentar seguridad en uno mismo: emplear un tono de voz de forma que se exprese confianza acompañado de contacto visual, esto da como resultado que el otro y uno mismo perciba eficacia y que merecemos respeto. El comportamiento que manifiesta inseguridad es tartamudear, susurrar, mirar hacia abajo, manifestar que no se está seguro y retirarse.

En caso de conflicto

- Negociar: es importante dar para poder recibir, se pueden ofrecer soluciones alternativas y también solicitarlas.- “¿qué consideras que es lo mejor que podemos hacer?, ¿cómo podríamos solucionar este problema?”
- Describir la interacción actual: manifestar lo que está sucediendo.- “me lo has preguntado varias veces y ya te he dicho que no”.
- Expresar sentimientos u opiniones acerca de la interacción: mencionar sentimientos de incomodidad.- “creo que no estas entendiendo lo que digo” “comienzo a enfadarme y no quiero que esto pueda afectar”.
- Expresar sugerencias estratégicas: por ejemplo, se puede solicitar postergar la plática, dando la oportunidad de pensar con mayor claridad o simplemente pedir que no se siga con esa discusión.
- Reforzar: sugerir cambiar de conversación ya que es muy probable que no lleguen a un acuerdo y de todos modos no lo hará cambiar de opinión.

Para efectividad en las relaciones

- Ser agradable: ser cortés, no atacar, no juzgar ni amenazar. Explicar que las otras personas

merecen respeto tanto como nosotros y la tiende a responder mejor cuando se le es tratado agradablemente.

- Interesarse por la gente: es importante mostrarse interesado por el otro, escuchar su opinión, no interrumpir y respetar sus deseos.
- Validar: no juzgar la forma de ser del otro, comprender lo que siente y piensa, ser empático.- “sé que esto es importante para ti” “comprendo por qué te sientes de ese modo”.
- Ser simpático y amable: intentar tener un buen sentido del humor, ser alegre y sonriente, tratar de tranquilizar al otro y ser positivo.

Habilidades para promover el respeto personal:

- Ser justo: mantener el equilibrio en la justicia respecto a uno mismo y a los demás.
- No disculparse: solo hacerlo cuando realmente es necesario, no abusar y disculparse por todo, pues no hay que pedir disculpar por estar vivo o respetarse a uno mismo.
- Mantener los valores que defendemos: explicar que nos es bueno intercambiar nuestros valores e integridad con tal de agradar a alguien.
- Ser sincero: es importante ser honesto y no cambiarlo por obtener algún beneficio, ya que a largo plazo provoca resultados indeseables.

*Es muy importante aclarar que, lo mejor para obtener un respeto personal, es saber utilizar las habilidades en el momento adecuado y no perder la dureza y claridad cuando así se requiera.

Cierre de la técnica

Una vez que se haya trabajado con cada una de las habilidades, se le puede solicitar al paciente que de un resumen de lo que aprendió y de cada una de ellas, proporcionando ejemplos.

Se pueden dejar las siguientes tareas para casa:

Llevar un autoregistro sobre deseos y deberes, prioridades y demandas.

Practicar poco a poco sus habilidades sociales, puede anotar qué es lo que se le dificulta y diseñar pequeñas metas para lograr el sentirse competente en esta área.

Pequeñas metas que provoquen que se sienta competente.

Recomendaciones y contraindicaciones

Para que las habilidades mostradas en esta técnica tengan éxito, por lo menos deben dedicarse cuatro sesiones a trabajar en ello. Además, es importante que en cada sesión de todo lo que reste del proceso terapéutico, se retomen y retroalimenten. Esto es esencial ya que lo más importante en toda formación de habilidades, es la práctica de ellas, tomando en cuenta que muy seguramente el cliente mostrará ciertas dificultades para llevarlas a cabo, sobre todo durante los primeros intentos.

Se deja a decisión del terapeuta el tiempo que dedicará a cada habilidad, recomendándole que tome en cuenta la evolución del paciente y las peticiones de este, prestando atención a sus prioridades y a la identificación de factores que interfieran con la efectividad de la técnica.

Es importante tomar en cuenta que aunque la persona cuente con buenas habilidades interpersonales, no se debe dejar de practicar y repasarlas, ya que puede que algunas les cueste más trabajo.

Es primordial la práctica de las habilidades, sin embargo, a muchas personas les cuesta trabajo hacerlo durante la sesión con role playing y después en la vida real; para ello, se debe persuadir sobre la importancia de practicarlo, se puede ir haciendo poco a poco con ejercicios de imaginación y después con afirmaciones en voz alta hasta llegar al ensayo conductual, siendo esencial que el terapeuta no se desanime ni dé marcha atrás.

Medición de la efectividad/ Bibliografía

Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. España: Paidós. pp. 159-187.

4.4 Recomendaciones generales.

Por último, existen diversas cuestiones que deben ser consideradas por el terapeuta tomando en cuenta que la problemática que se está abordando es un “Trastorno de la Personalidad” y que éste es específicamente el denominado *Borderline*, ya que estos pacientes son especialmente difíciles sobretodo porque en primera instancia aparentan ser más sanos.

Terapéuticamente hablando, se recomienda dar énfasis a la técnica de “Validación Experiencial” debido a que es importante que el paciente se sienta comprendido y escuchado; sin embargo, también debe considerarse que es necesario utilizar la *confrontación* para establecer límites cuando es necesario. Algo a relucir en las sesiones, es recordar al cliente que el proceso de cambiar se encuentra en realizar otras conductas, incluso se puede utilizar la frase “Si quieres resultados diferentes, has cosas diferentes”, con esto se puede hacer la invitación a que el paciente se motive para realizar las tareas y aplicar lo aprendido durante las sesiones de intervención. Otro hábito que se recomienda que un terapeuta tenga es enfatizar los logros del paciente y los reforzadores positivos que están en el ambiente, promoviendo la repetición de conductas adaptativas y favoreciendo la autoestima.

De acuerdo con Millon (2004), se puede llegar a dar el caso de que el terapeuta decida abandonar la terapia, sobre todo si existe sobrecarga y frustración en él, lo cual sería similar a lo que ya ha vivido el cliente y lo que seguramente sigue pasando en sus relaciones interpersonales donde busque que sus exigencias se cumplan sin tomar en cuenta al otro; si esto es percibido por el paciente, este puede sufrir recaídas. Es por esto que se invita al terapeuta a no desesperarse, existen algunas estrategias para controlar estos casos: primero, si la persona ha tenido intentos de suicidio, su trato debe ser con mucho tacto y hospitalizarlo si es necesario; si se tiene un interés adecuado y coherente junto a una alianza terapéutica sólida que dé pie a una visión realista de la relación al paciente, los sentimientos de vacío y depresión pueden ir disminuyendo; también se recomienda que el psicólogo tratante limite el número de pacientes Borderline que tiene a su cargo, para evitar el riesgo terapéutico de “quemarse²⁷”.

Otro foco importante de recordar es que una gran proporción de estos pacientes suelen abandonar la terapia explicando que el terapeuta no les gustó por sus múltiples errores, devaluándolo como lo suele hacer con otras personas. Así mismo, durante la terapia, se dedica a sabotearla avance o no, ya que aunque comience con éxito el tratamiento, conforme avanza el individuo recapacita en que el terapeuta no siempre le podrá brindar protección y cuidado por lo que comienzan a aumentar sus conductas de riesgo y automutilicación, esto provoca que el terapeuta poco a poco comience a poner límites al no recibir llamadas o atender a citas fuera de programación; esto a su vez, da como resultado que el paciente lo interprete como alejamiento del terapeuta y por lo tanto decida abandonar la terapia de manera drástica, puede que esto se convierta en un círculo vicioso si el terapeuta decide ceder ante esta manipulación. Si el paciente comienza a mejorar, es probable que tenga una recaída, pues la posibilidad de finalizar la terapia y su relación con el terapeuta a causa de estar sano revive los sentimientos de miedo al abandono y ansiedad, por lo que una vez más, la regresión al trastorno o al malestar es la mejor solución para la persona.

La mejor manera de combatir esto es evitarlo antes de que comience la intervención, es decir, desde el principio aclararlo con el paciente y llegar a un acuerdo mencionándole que es posible que él se niegue a ceder ante manipulaciones que son características de los pacientes con TLP, que esto es con el fin de favorecer en el síntomas positivos como

²⁷ El término de *quemarse* viene del término Burnout o estrés laboral, donde a la persona que lo padece se le conoce como “trabajador quemado”, debido a que presenta un agotamiento físico y mental progresivo a consecuencia de su actividad laboral, pudiendo tener efectos graves de salud. Una de las poblaciones propensas de padecerlo son los profesionales de la salud, sobre todo, los que constantemente lidian con el sufrimiento ajeno.

fortaleza, promoviendo lo que es saludable con fines terapéuticos; de este modo, conforme se va avanzando en la terapia, se deben limitar las llamadas telefónicas y citas no previstas. También se recomienda trabajar con un enfoque “positivo”, es decir, centrarse en las potencialidades del paciente, ayudándose de sus *talentos* para avanzar, ya que, si solo se le pone atención al objetivo del trastorno, la terapia se seguirá centrando en la patología como un enemigo.

Otro punto a considerar es que los pacientes con TLP tienen poca confianza, lo que hace que la alianza terapéutica sea débil y difícil; también puede provocar que con la intimidad el paciente se sienta molesto o nervioso. Para esto, se recomienda que el terapeuta sea claro y admita de manera explícita las dificultades con el paciente, que utilice un lenguaje asertivo y coherente, esto afianzará la relación terapeuta-paciente; se puede solicitar información a la persona respecto a cómo conseguir que la terapia le sea cómoda, puede dar sugerencias sobre qué tratar y a qué ritmo.

Para muchos pacientes puede resultar difícil la decisión de los objetivos a tratar, sobre todo porque los pacientes con Trastorno Límite no tienen una identidad clara, por lo que es importante que el terapeuta dé las suficientes herramientas y motivación para que puedan establecerse, ya que si hay objetivos concretos y específicos, la probabilidad de éxito es mayor debido a que el progreso se vuelve tangible, por lo que es importante se esté recordando con frecuencia los objetivos acordados, de modo que los pacientes sigan centrados en estos.

Otras recomendaciones son que cuando se presenten etapas de abatimiento y desánimo en el paciente, funciona dirigir la sesión a una terapia de apoyo. Millon (2006) menciona que, de lo más destacado de la sintomatología de las personas con TLP, es el comportamiento autodestructivo, señalando que se pueden combatir si enseñamos al paciente a “divorciarse” de los patrones abusivos vinculados a esto que ya está internalizado, tratando de descubrir el porqué de su comportamiento autolesivo y fomentando la aversión hacia estas imágenes anticipatorias de las conductas autodestructivas. Por último, es importante observar y analizar si las técnicas aplicadas están funcionando con el paciente, si no es de este modo, se recomienda parar e intentar con otra herramienta.

4.5 Evaluación del Tratamiento y Fase de Seguimiento

Cormier y Cormier (2000) afirman que antes de llevar a cabo la evaluación de la terapia, es importante definir clara y específicamente las metas con el paciente; es posible que las metas y objetivos del tratamiento se redefinan conforme este avanza, por lo tanto, el método de evaluación también deberá modificarse. Evaluar el tratamiento es de suma importancia debido a que los resultados arrojados sirven como feedback para confirmar o redefinir las áreas de conflicto y las metas elegidas, también ayuda al terapeuta a darse cuenta si la intervención elegida es la correcta o que estrategias debe cambiar y, lo más importante, favorece que el cliente se dé cuenta sobre si está mejorando y si está logrando los objetivos planteados en la terapia.

Cuando se requiere de hacer una evaluación de rasgos múltiples, esto es, de dos o más categorías de conductas como lo son en el caso de las intervenciones psicoterapéuticas, los métodos de evaluación múltiple pueden arrojar mayor fiabilidad y validez de los resultados obtenidos. Los autores ya referidos, proponen un procedimiento de evaluación que permite observar y evaluar los resultados del tratamiento mediante componentes que responden a las preguntas “¿Qué medir?”, “¿Cuándo medirlo?” y “¿Cómo medirlo?”, las categorías planteadas se exponen a continuación:

1. Dimensiones a medir

- ⊗ Frecuencia: cuántas veces surge la conducta (manifiesta o encubierta), puede ser medida con porcentajes.
- ⊗ Duración: tiempo que permanece la conducta de interés.
- ⊗ Latencia: cantidad de tiempo antes de que aparezca la conducta a medir.
- ⊗ Intensidad: grado de presentación de una conducta, puede ser medido mediante una escala de valoración.
- ⊗ Ocurrencia: presencia o ausencia de la conducta a medir. Puede ser mediante cuestionarios.

2. Métodos de medición

- ⊗ Entrevista: se pueden emplear guías semiestructuradas o entrevistas grabadas a lo largo del proceso terapéutico.
- ⊗ Auto-observación: el cliente hace un registro de las conductas manifiestas o encubiertas. Se recomienda que estas conductas sean bien definidas antes de

dejarlo como tarea, también se sugiere que estas sean anotadas casi inmediatamente después de que sucedan, siendo lo más específico posible.

- ⊗ Autovaloraciones: se pretende evaluar la magnitud del estado subjetivo del paciente. Para esto se puede solicitar describir las conductas de interés y asignarles una valoración mediante una escala.
- ⊗ Inventarios de auto-informe: se pueden utilizar instrumentos ya validados y usados adecuados al lenguaje del paciente y que estén relacionados con la conducta a medir.
- ⊗ Role-play: se trata de diseñar escenas que permitan evaluar cómo el paciente ejecuta ciertas conductas. Estos resultados también pueden ser valorados mediante una escala que mida el grado de competencia y su efectividad. Es importante prestar atención tanto a la aparición como a la ausencia de comportamiento.
- ⊗ Imaginación: sirve para analizar la percepción que tiene el cliente con respecto a la situación problema antes, durante y después del tratamiento. Mediante instrucciones detalladas, se solicita al paciente que con los ojos cerrados y ya relajado, imagine la situación problemática, concentrándose en los detalles y sensaciones específicas tanto como le sea posible. El terapeuta debe anotar qué y cómo describe la escena el paciente, también debe indagar sobre el grado de intensidad de las sensaciones que presentó, de este modo, cuando el cliente valore con cifras bajas una escena aversiva, se podría pensar en el éxito de la intervención.
- ⊗ Medidas fisiológicas: este método se refiere a utilizar instrumentos o aparatos que permitan medir directamente las respuestas psicofisiológicas del cliente.

3. Tiempo de medición

- ⊗ Antes del tratamiento (Línea Base)
- ⊗ Durante el tratamiento
- ⊗ Después del tratamiento
- ⊗ Seguimiento

El terapeuta deberá preparar los métodos de evaluación y es responsable de explicárselos al paciente motivándolo a que actúe de forma activa y sincera en lo que respecta a la obtención de datos. Para esto, se sugiere describirle las ventajas de evaluar el tratamiento, haciendo énfasis en que por medio de esto se pueden dar cuenta de lo que sí esté funcionando y lo que no, y con esto último, se pueden tomar decisiones para cambiar

las estrategias de modo que se tenga más éxito en la terapia y sí se obtengan los resultados esperados.

Las estrategias utilizadas para la evaluación deben ser diseñadas de forma individual para cada cliente, adaptándose a sus problemas en particular. No es necesario utilizar todos los métodos ya mencionados, se recomienda que los que elija el terapeuta y que sean muy específicos, sean administrados de forma sistemática, algunos cada semana.

Debido a que este trabajo como tal no es de evaluación de la terapia, los puntos expuestos no se describen a detalle, en caso de que el lector le interese conocer más del tema y saber cómo aplicar estos procedimientos, se recomienda citar la referencia directamente, esto es, a Cormier y Cormier (2000).

La fase de seguimiento se lleva a cabo una vez terminada la intervención, con el fin de fortalecer el aprendizaje y como evaluación posterior al tratamiento, ya que de acuerdo con Escribano (2006) esto es necesario hacerlo por las fuertes y recurrentes recaídas que pueden llegar a tener los pacientes con TLP debido a su inestabilidad; de esta manera se consolidará lo experimentado en la terapia, tanto lo teórico como lo práctico. La autora afirma que esta fase debe ser larga con sesiones mensuales, trimestrales y semestrales, en donde se acuerden los objetivos de trabajo, se revisen las estrategias que ha utilizado el paciente en ese tiempo, que se evalúen los resultados de esto analizando las posibles dificultades que se vayan presentando y por qué se van dando, así como prever las probables recaídas potenciales que pueda tener el paciente.

Cormier y Cormier (2000) sugieren que el terapeuta programe el seguimiento a corto plazo (tres a seis semanas después de concluida la terapia) y a largo plazo (seis meses a un año o más después del término de la intervención). Las formas sugeridas para llevar a cabo este proceso son mediante entrevistas directas con el cliente, mediante correos electrónicos solicitando el llenado de algún cuestionario o algún relato de autovaloración y mediante llamadas telefónicas.

Las razones que dan estos autores sobre la importancia de esta etapa son que con esto el terapeuta manifiesta interés por el paciente y su bienestar, porque arroja datos sobre la ejecución de la conducta meta con y sin terapia, con esto se puede observar si el cliente tiene la capacidad de actuar de forma funcional sin la necesidad de la terapia y si ésta ha sido efectiva al generalizarse en el ambiente del paciente; con esto se arroja uno de los datos más importantes en cuestión de evaluación de la terapia, es decir, si funciona o no.

Por último, dentro de la evaluación terapéutica se incluye la evaluación específica de procesos, los medios utilizados para llegar a la meta, en este caso, serían las técnicas

utilizadas en las sesiones. Se puede diseñar un instrumento para evaluar cada técnica y o sesión, un ejemplo podría ser el siguiente:

Tabla 12:

Ejemplo de un instrumento para medir la efectividad de la sesión.

Evaluación de la sesión de terapia (a completar por el paciente)
<p>Favor de seguir las siguientes instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dedicar un minuto para recordar lo sucedido en la sesión, ¿consideras que ha funcionado para cambiar algún aspecto positivo en ti? (marcar la respuesta que más se acerque a lo que sientes). <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Es posible <input type="radio"/> Si, aunque no en su totalidad <input type="radio"/> Definitivamente si 2. De manera breve, describe los cambios que hayas sentido que se produjeron en ti. 3. ¿Qué elementos específicos ayudaron a que te sintieras de esa forma? Por ejemplo, alguna frase dicha por el terapeuta, la técnica en específico, algunos puntos de la técnica, etc.

Nota Fuente: Cormier, W. H. & Cormier, L. S. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales* (p. 359). Tercera edición. España: Descleé de Brouwer.

Para que este tipo de instrumentos tenga mayor éxito, se debe solicitar al cliente que sea sincero, incentivándolo a que proporcione la información que más se acerque a su sentir y aclarándole que es importante que conteste honestamente con el fin de mejorar los aspectos de la terapia que tal vez no estén dando resultado.

Este proceso ayuda al terapeuta a analizar qué aspectos están funcionando y cuáles pueden reproducirse en futuros casos. Es importante aclarar que para que los resultados sean útiles para poder realizar programas futuros, las técnicas de intervención deben ser cuantificables y su aplicación debe ser sistemática.

4.6 CONCLUSIONES

De acuerdo con lo ya revisado en el trabajo y con Linehan (2003), el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es de los problemas que más llenan las consultas de psicoterapia y, aunque se ha justificado que el tratamiento con fármacos es bueno, también está demostrado que es necesario que se implemente tratamiento psicoterapéutico. Wilks, Korslund, Harned y Linehan (2016) manifiestan que los individuos diagnosticados con TLP presentan un importante deterioro funcional en su vida, como la alta desregulación emocional, poco desarrollo psicosocial, inhabilidad para cumplir con roles sociales, dificultad en las relaciones interpersonales y problemas para mantenerse en un empleo; en general, afirman que las personas con TLP tienen un menor funcionamiento que los individuos sin un trastorno de personalidad. De este modo, se analiza que este trastorno es de los considerados como muy graves dentro de su clasificación, por lo que es muy importante su adecuado tratamiento, ya que si no es intervenido y diagnosticado a tiempo, podría haber consecuencias fatales como el suicidio, lo cual tiene un alto costo en el sector salud y en nuestra sociedad.

Los costos que tiene el no tratar o diagnosticar adecuadamente a una persona con TLP radican en un impacto social y económico significativo, así como en las diferentes esferas sociales en las que vive, incluyendo a los allegados y a los que conviven en el día a día con ellos.

En primera instancia se encuentra el ámbito familiar, debido a que las personas con trastorno límite presentan conductas impulsivas como agresión verbal y física, intentos de suicidio, autoflagelaciones, conductas de riesgo como abuso de sustancias, múltiples parejas sexuales y gastos innecesarios (llevando consigo problemas financieros), es muy probable que en sus familiares y en los que conviven con ellos de forma más cercana se presente desgaste tanto físico como mental; los llegan a considerar de “carácter difícil”, realizan manifestaciones como “es que no la(o) entiendo”, “ya no lo(a) aguanto(a)” o “solo quiere llamar la atención”, de este modo tienen de principio problemas con sus padres y en segunda instancia con sus hermanos, si se llegan a involucrar más puede que incluso con tíos, primos, abuelos, etc., lo que finalmente provoca un daño emocional tanto para ellos como para la persona con TLP, debido a que se siente señalada y poco comprendida; en el caso que, por ejemplo, ocurra un intento de suicidio, el impacto para toda la familia es muy importante, desencadena una serie de emociones negativas como angustia, vergüenza, miedo, culpa y tristeza, y de esto se deriva la inversión de tiempo y económica que tienen que hacer para el cuidado posterior al evento. Si la persona con TLP ya tiene una pareja e

hijos, es posible que esté inmersa o haya creado un tipo de familia disfuncional con múltiples problemas, en este caso, si los hijos son niños se ven muy afectados por lidiar con todo lo que involucra el trastorno, sobre todo si llega haber divorcio en los padres, creando una mala calidad de vida y un daño emocional muy fuerte en el niño.

En el campo laboral pueden llegar a tener inconvenientes con sus jefes, con sus compañeros o inclusive si tienen personal a su cargo también con ellos; debido a su comorbilidad con la depresión, es posible que presenten discapacidad por esto y ausentismo laboral, impactando en los índices de productividad de la empresa y del país; es muy probable que tengan poca estabilidad de tiempo en los trabajos a los que acuden, lo que da como resultado que posteriormente tengan dificultades para conseguir un nuevo empleo y por lo tanto tengan pérdida de ingresos, teniendo significancia en las estadísticas de desempleo.

En el sector salud es en cuanto a los costos en servicios sanitarios. Son cada vez más las personas con TLP que acuden a las instituciones para recibir ayuda, lo que induce en una demanda mayor de atención médica y sobre todo si requieren de hospitalización, involucrando más gasto de insumos. Otros factores relevantes como causa de este trastorno es la pérdida de vida saludable al provocar problemas fisiológicos y a su correlación con enfermedades somáticas y de transmisión sexual. Su comorbilidad con otros trastornos como abuso de sustancias, depresión y trastornos de la conducta alimentaria tiene efectos relevantes en nuestra sociedad, siendo problemas serios de salud pública. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2020 la depresión será la segunda causa, a nivel mundial, de discapacidad; así mismo, actualmente en el mundo son 450 millones de personas aproximadamente con algún tipo de desorden mental y, en cuanto a México, la Secretaría de Salud Federal estima que de los 15 millones de individuos que tienen algún trastorno mental, en su mayoría son adultos en edad productiva (Secretaría de salud, 2016). Estos son datos alarmantes y de especial atención debido a la relación que puede tener con el TLP, a los costos implicados y a las medidas que podemos tomar como profesionales de la salud.

De este modo, a nivel social y económico, el impacto también se refleja en el ingreso personal, en la capacidad de las personas o sus familias para poder laborar y realizar contribuciones productivas a la economía nacional, el tiempo invertido en el cuidado de las personas con el trastorno y de los allegados afectados, la incidencia de adicciones, accidentes, lesiones, violencia e incluso crimen, afectando así el bienestar de futuras generaciones y, por supuesto, los costos por morbilidad y mortalidad.

Finalmente, el impacto en la propia vida de la persona que tiene este trastorno es muy fuerte. En sus relaciones sociales, pueden llegar a ser poco comprendidos por sus amigos, lo cual afecta de manera importante al paciente; así mismo, en el trato diario con los otros pueden tener conflictos, dando como resultado la exclusión social. En su vida de pareja, antes, durante o después del matrimonio pueden haber dificultades debido a que son muy demandantes, solicitan mucha atención e incitan a la discusión, provocando que la pareja decida irse (en caso de divorcio, genera un gasto legal y un costo de tiempo y esfuerzo), aumentando así el pensamiento de miedo al abandono y la sintomatología característica del TLP.

Todo lo ya mencionado son ejemplos de lo que se podría ocasionar a raíz del tratamiento inadecuado o incluso el no tratamiento del trastorno, y aunque pueden ser altos los costos para la sociedad, es de suma relevancia también enfocarse en la problemática ocasionada para la persona que lo padece, ya que no deja de ser una persona que siente, que sufre y se angustia, que puede tener poca satisfacción en general, estrés, logro de metas insuficiente, baja autoestima, desesperanza y una baja calidad de vida. De acuerdo con Wilks et al. (2016) uno de los principales problemas del individuo con TLP son sus escasas habilidades sociales y en general su falta de comportamiento hábil en los diversos contextos de su vida, lo que induce a la mala regulación emocional, a tener bajo rendimiento y a tomar decisiones impulsivas; de aquí la necesidad de proveerlo de habilidades indispensables para un buen funcionamiento y una buena calidad de vida, de aplicar tratamientos sistematizados para lograrlo y de implementar técnicas específicas con fundamentación teórica en cuanto a la eficacia en el mejoramiento del síntoma a tratar.

Así mismo, no hay que olvidar la parte humana del que ha sido diagnosticado con TLP, lo esencial que es para el terapeuta entender su necesidad de atención, de comprensión y de afecto, que independientemente del éxito terapéutico y del que se enriquezca de herramientas, sus características de personalidad base seguirán ahí, claro con un mayor control y adaptabilidad hacia lo que es adecuado en nuestra sociedad y con una intensidad menor de los síntomas (como es esperado al concluir con la terapia), por lo que es imprescindible prepararlo para las recaídas y asegurarse que cuente con una perspectiva más positiva hacia la vida.

En la actualidad, existe una fuerte necesidad de tener intervenciones psicoterapéuticas sustentadas y que den lugar a recomendaciones para llevarlo a la práctica en situaciones clínicas. De este modo, uno de los obstáculos del psicoterapeuta es tener accesibilidad a tratamientos desarrollados y validados, por lo que la aparición de libros de trabajo, manuales y guías de intervención clínica que funjan como descriptores para la

aplicación de técnicas de tratamiento, son un paso importante para resolver este obstáculo. Esto es debido a que en estos textos se encuentran descripciones detalladas para evaluar y diagnosticar trastornos o problemas en específico y para saber cómo tratarlos paso a paso, promoviendo de este modo un método de evaluación de la terapia más fiable; también porque el terapeuta podría actuar de una forma supervisada y por lo tanto, administrar con mayor eficacia las técnicas de tratamiento, lo cual asegura el éxito de la terapia, el bienestar del cliente y la valoración objetiva de las técnicas. Actualmente, los sistemas de gestión de la salud trabajan para asegurar que la práctica clínica esté debidamente fundamentada, esté basada en evidencia científica y que el profesional de la salud actúe de forma responsable y ética, pues en definitiva, el objetivo de los profesionales de la salud mental es asegurar el bienestar del paciente ofreciendo el mayor cuidado posible (Moreno & Martín, 2007).

Es por esto que, el trabajo presentado se basó en lo expuesto por la literatura referente al enfoque cognitivo-conductual y en sus técnicas de intervención descritas y desarrolladas por diversos autores, esto es, en fundamentación teórica validada, ya que también se ha visto, como ya se mencionó en el texto, que esta teoría es probablemente la más eficaz y prometedora para el tratamiento de los trastornos de la personalidad y por supuesto del TLP debido a que maneja métodos para el cambio del pensamiento disfuncional, promueve la práctica de habilidades interpersonales, posee buenas herramientas para el manejo de conductas autolesivas y suicidas, así como estrategias para la regulación emocional (Caballo, 2001; Cuevas Yust & López Pérez-Díaz, 2012; Navarro-Leis & Hernandez-Ardieta, 2013; Torres, 2007). Es menester mencionar que este manual de técnicas de intervención no es como tal un modelo de intervención, sino más bien, una guía para que el lector pueda implementar métodos para tratar esta problemática, que cada día se va presentando más en nuestra sociedad, por lo que se explicó a detalle cómo aplicar ciertas técnicas en las sesiones de terapia individual, las cuales están descritas de modo que ayuden al profesional de la salud a comprenderlas y poder llevarlas a cabo paso a paso, así mismo, se dieron algunas recomendaciones para implementarse en el proceso terapéutico. Otro aspecto de retomarse es que para poder implementar el manual de técnicas, es importante primero estudiar todo el marco teórico que explica cómo funciona una persona con TLP y lo que conlleva el trastorno, así como también los fundamentos que acompañan al enfoque cognoscitivo-conductual.

Por último, se retoma la premisa a cerca de las aportaciones y soluciones que la población de psicología puede tomar al respecto. Si bien es indiscutible el garantizar una práctica ética, responsable y humana de los conocimientos adquiridos a lo largo de nuestra preparación y actualización profesional, también es importante trabajar con las medidas de

prevención para garantizar, en la mayor medida posible, la reducción de la presentación de este tipo de patología y sus consecuencias. En primera instancia, se puede trabajar para intervenir a tiempo, lo cual se puede lograr al buscar entrenar en el conocimiento del TLP, sobre todo en sus signos, síntomas y comorbilidad con otros trastornos; también, realizando las implicaciones que conlleva este padecimiento. Ahora, la pregunta es ¿qué medidas se podrían implementar para la prevención más temprana del trastorno? Por supuesto que como seres pensantes y creativos se podrían generar diversas propuestas mediante una lluvia de ideas, por ahora, lo que considero tomar en cuenta, derivado de lo establecido por Linehan acerca de la etiología del trastorno, es promover ambientes que no sean invalidantes, hacer conciencia acerca de la importancia de las emociones e implementar una buena educación emocional, primeramente en niños y padres de familia, pero por supuesto, también en sectores como el educativo y el laboral.

4.7 LIMITACIONES

Una de las limitaciones más importantes del presente trabajo es que, aunque se realizó la compilación de diversas técnicas para poder ser aplicadas en un marco terapéutico con personas con TLP y que pueden ser útiles, no se abarcó como tal toda la sintomatología del trastorno, por ejemplo, no fueron expuestas estrategias para abordar los estados disociativos ante el estrés. Así mismo, los ejemplos utilizados fueron establecidos para un contexto de terapia individual, lo cual podría ser limitado ya que en su caso, Marsha Linehan, menciona que es importante o se sugiere realizar intervención de grupo con este tipo de pacientes para favorecer habilidades interpersonales.

Otra limitación es la discusión existente sobre si el tipo de intervención cognitivo-conductual ha sido más eficaz con personas que tienden a ser más activas en sus procesos de cambio, a que tengan cierta habilidad cognitiva pues implica capacidad de análisis y compromiso con las tareas que se dejan durante las sesiones; de esta forma, el terapeuta se podría ver limitado en el empleo de este material al querer ayudar a un paciente con TLP y que éste tenga cierta dificultad para entender constructos o sea una persona muy pasiva.

Por último, otro punto serían las características individuales de cada persona con TLP, ya que como la teoría lo establece, dentro de la personalidad borderline existen diversos tipos, haciendo al trastorno más complejo, por lo que es posible que quien esté implementando lo descrito en este texto, experimente que a algunos pacientes les favoreció más la técnica que a otros; sin embargo, es por esto que se proponen varias estrategias, para que dado el caso, se pruebe con otra.

4.8 SUGERENCIAS

Las sugerencias que se dan para resolver estas limitaciones son que, si se llega a dar el caso de que el lector necesite aplicar una técnica complementaria o buscar otra, cite la referencia propuesta con el fin de obtener más información de su aplicación o de otros métodos propuestos por los diversos autores ya referenciados; en esta misma línea, también se invita a buscar otros manuales de tratamiento donde se describa cómo aplicar estrategias de intervención. Esto nuevamente por la necesidad de implementar en el ámbito profesional técnicas que ya estén fundamentadas y, sobretodo, si el psicólogo está comenzando como terapeuta, y es que por lo menos desde mi experiencia, en la licenciatura no se nos enseña como tal ni a detalle cómo llevar a cabo todo un proceso terapéutico, por lo que se sugiere apoyarse de textos donde se busque guiar en esto y claro, no dejar de lado la especialización y estudios de posgrado en este ámbito.

Otra sugerencia es que el profesionista maneje un lenguaje accesible para la persona que está tratando y que su estilo de intervención sea tanto didáctico como pedagógico con el fin de favorecer la comprensión y el aprendizaje de los temas a tratar durante las sesiones de terapia, por supuesto, es muy importante hacer uso de la empatía, sobre todo con este tipo de pacientes. Si se desea, las estrategias compiladas pueden ser adaptadas a las necesidades de cada usuario, se deja a la creatividad e interés de cada terapeuta el flexibilizar su uso también a nivel grupal. Otro punto a destacar en cuanto al ser flexible en lo que se implementa en la terapia, es sumar al repertorio de técnicas las nuevas tendencias de terapia que estén validadas por un método científico y que se puedan derivar del enfoque cognitivo-conductual, como son la Psicología Positiva, Atención Plena y el Enfoque Integrativo de Terapia.

Para terminar, se puede recomendar que este texto, basado en investigación documental, sea aplicado, evaluando y reportando los resultados, con el objetivo de poder comprobar su eficacia, ya que entre más práctica y reportes de resultados existan, se enriquecen más los datos que auxilian al fundamento de las teorías concernientes al tema.

REFERENCIAS

- Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, AIAQS, (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Barcelona: Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Angulo, C.L. (2006). *Factores de riesgo psicológico asociados con el desarrollo de trastorno límite de la personalidad*. Tesis para obtener el diploma en especialista en psiquiatría. México: Facultad de Medicina, departamento de psicología médica, psiquiatría y salud mental, UNAM.
- Aramburú, F. B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología conductual*. 4 (1), 123-140.
- Bateman, P. & Fonagy, A. (2005). *Psicoterapia para el Trastorno Límite de la Personalidad. Tratamiento basado en la mentalización*. Guadalajara: Universitaria.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D. D. & otros (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. 2da Edición. Barcelona: Paidós.
- Bischof, L. S. (1980). *Interpretación de las teorías de la personalidad. Enfoque de poder explicativo y capacidad predictiva*. Tercera reimpresión. México: Trillas.
- Caballo, V. E. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Tercera edición, Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Caballo, V. E. (2000). El Trastorno Límite de la Personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe; Enero-Julio* (5), 31-35.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología conductual*, 9 (3), pp. 579-605. Recuperado el 09 de octubre de

- 2015 de
<https://www.trastornolimites.com/images/stories/pdf/Caballo%20Tratamiento%20TTPP.pdf>
- Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento*. España: Síntesis.
- Caballo, V. E. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P. & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y salud*, 18 (3), 305-324.
- CIE-10 (1999). *Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, (2006). Trastorno límite de la personalidad (TLP). *Quaderns de salut mental*; 8. Barcelona: CatSalut.
- Contreras de la Parra, C. B. (2011). *Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y entorno familiar: características y tratamiento*. Tesina para obtener el grado de Master en Psicología Clínica y de la Salud. España: Instituto Superior de Estudios Psicológicos, ISEP.
- Costa, O. A. (2012). Terapia icónica grupal para el tratamiento de la inestabilidad emocional en la adolescencia: estudio piloto en un centro de atención primaria (CAP). *ISEP Science*(3), 4-27.
- Cormier, S. & Cormier, B. (1998). *Interviewing strategies for helpers: fundamental skills and cognitive behavioral interventions*. Cuarta edición. USA: ITP. pp. 183-198.
- Cormier, William H. & Cormier, L. Sherilyn (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Tercera edición. España: Descleé de Brouwer.

- Cruz, N. B. (2016). *Funciones ejecutivas y conductas sexuales de riesgo en el trastorno límite de la personalidad*. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T. & Michaca, P. (2002). *Teorías de la personalidad*. Séptima reimpresión. México: Trillas.
- Cuevas Yust, C. & López Pérez-Díaz, A. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (1), 97-114.
- Díaz-Loving, R. (2006). Rogelio Díaz-Guerrero: Un legado de creación e investigación psicológica. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (1), 11-18. Recuperado el 29 de noviembre de 2015 desde <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020646002.pdf>
- DSM-III (1984). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México: Masson.
- DSM-III-TR (1988). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Ed. Rev.)*. España: Masson.
- DSM-IV (1996). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.
- DSM-IV-TR (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.
- DSM-5: The future of psychiatric diagnosis en *American Psychiatric Association DSM-5 Development*.
Recuperado de <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/PersonalityDisorders.aspx>.
- DSM-5 (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Quinta edición. Madrid: Médica Panamericana.
- Elizondo, T. M. (1997). *Asertividad y escucha activa en el ámbito académico*. México: Trillas.
- Ellis, A. & Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. Segunda edición. México: Pax México.
- Escribano, N. T. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y tratamiento. *Intelligo*, 1 (1), 4-20.

- Espinosa, J. J., Blum Grynberg, B. & Romero, M. M. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, 32 (4), 317-325.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. (1994). EPI. Cuestionario de Personalidad (manual). Séptima edición. Madrid: TEA Ediciones.
- Fauman, M. A. (2003). DSM-IV-TR: Guía de estudio. España: Masson.
- Fragar, R. & Fadiman, J. (2010). *Teorías de la personalidad*. Sexta edición. México: Alfaomega.
- First Michael, Gibbon, M., Spitzer R., Williams Janet & Lorna, B. (1999). *Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad Eje II del DSM-IV*. (SCID-II). España: Masson.
- Fundación Universitaria Konrad Lorenz, (1985). Rogelio Díaz-Guerrero. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 17 (1), 143-145. Recuperado el 27 de noviembre de 2015 desde <http://www.redalyc.org/pdf/805/80517109.pdf>
- García López, M. T., Martín Pérez, M. F. & OtínLlop, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 30 (106), 263-278.
- Gardeta, G. A. (2008). Combatiendo la inestabilidad emocional: Terapia Icónica para el Trastorno Límite de la Personalidad. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 1 (4), 1-12.
- Garner, D. M. (1998). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. EDI-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1981). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Argentina: Paidós.
- Gomar, M. Mandil, J. & Bunge, E. Compiladores (2010). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*. Argentina: Polemos.
- Grados, E. J. (2011). *Capacitación y desarrollo de personal*. Cuarta edición. México: Trillas.
- Hernández, L. & Sánchez, S. J. (2007). *Manual de psicoterapia cognoscitivo conductual para trastornos de la salud*. 1ra edición. Libros en red.

- Jaime, E. J. (2009). *Psicoterapia breve focalizada en el intento de suicidio en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad*. Tesis para obtener el grado de doctor en psicología. México: Programa de maestría y doctorado en psicología, psicología de la salud, UNAM.
- Kernberg, O.F. (1999). *Trastornos graves de la personalidad*. México: Manual moderno.
- Neacsiu, A. D., Lungu, A., Harned, M. S., Rizvi, S. L. & Linehan, M. M. (2014). Impact of Dialectical Behavior Therapy versus Community Treatment by Experts on Emotional Experience, Expression, and Acceptance in Borderline Personality Disorder. *Behavior Research and Therapy*, 53, 47-54. Recuperado el 22 de febrero de 2016 en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3955205/>
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad limite*. España: Paidós.
- Livacic-Rojas, P. (2004). Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para la prevención de la delincuencia juvenil. Un programa de habilidades sociales en ambientes educativos. *Terapia psicológica*. 22 (1), 83-91.
- McCullough, Jr. J. (2003). *Tratamiento para la depresión crónica: sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual*. México: Manual Moderno.
- Mendoza, G. B. (2010). *Manual de autocontrol del enojo: Tratamiento Cognitivo-Conductual*. México: Manual Moderno. de C.V.
- Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)*. 2° Edición (revisada). España: TEA.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. 2° edición. España: Masson.
- Millon, T. & Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. España: Martínez Roca.
- Molina, L. A. (2014). *Caracterización del perfil de la personalidad por medio del SWAP-200 en pacientes mujeres con trastorno afectivo/ansioso o trastorno de la conducta alimentaria con comorbilidad con trastorno límite de la personalidad*. Tesis para obtener el grado de especialista en Psiquiatría. México: Facultad de Medicina (Instituto Nacional de Psiquiatría), UNAM.

- Moreno, P. & Martín, J. C. (2008). Prólogo por Barlow, D. *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia: Manual para terapeutas*. 2ª edición. España: Desclée de Brouwer.
- Monroy, B.G. (2008). *Relación del antecedente de abuso sexual con la severidad de las cuatro áreas sintomatológicas (afectiva, cognoscitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales) del Trastorno Límite de la Personalidad*. Tesis para obtener el diploma de especialista en psiquiatría. México: Facultad de Medicina (Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental), UNAM.
- Montaño Sinisterra, M., Palacios. J. & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3 (2) 81-107. Universidad de San Buenaventura. Bogotá, Colombia.
- Navarro, H. M. (2011). Eficacia de la Terapia Dialéctica Comportamental en el tratamiento de pacientes con comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis doctoral. España: Facultad de Ciencias Humanas y Sociales (Departamento de psicología básica, clínica y psicobiología), Universitat Jaume I.
- Navarro-Leis, M. & Hernández-Ardieta, M. L., (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad (Cognitive behavioral therapies for the treatment of personality disorders). *Acción Psicológica*, 10 (1), 33-44. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>
- Nezu, A. M.; Nezu, C.M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Ordaz, C. M. & Villegas, P. G. (2001). *Perfil de personalidad y nivel de asertividad en pacientes con trastorno límite de la personalidad*. Tesis para obtener el título de licenciado en psicología. México: Facultad de psicología, UNAM.
- Pérez, C. D. (2011). *Tratamiento psicoterapéutico del trastorno límite de la personalidad: comparación de enfoques*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Pérez, L. (2011). Trastorno límite (borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*. 75 (1), 20-25.

- Puente, A. (2010). Trastorno límite de la personalidad [en línea]. México: psiquiatriaintegral.com posted in Uncategorized Bookmark the permalink. Julio, 2010 [fecha de consulta: septiembre 2014]. Disponible en <http://psiquiatriaintegral.com.mx/principal/?p=227>.
- Quiroga, R. & Errasti, P. (2001). Tratamientos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13 (3),393-406.
- Rodríguez, C. M., Díaz-González, A. E. & Zarzosa, E. L. (2002). Las Psicoterapias cognoscitivas: Una Revisión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 5 (2). Recuperado el 29 de Noviembre de 2015 de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol5num2/artmayu.htm>
- Rodríguez-Vilchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. The scheme therapy of Jeffrey Young. *Av. Psicol.* 17 (1), 59-74. <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/edgarrodriguez.pdf>
- Sánchez, P.M. (2010). *Grado de ansiedad y depresión en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad con y sin autolesiones*. Tesis para obtener el diploma en especialista en psiquiatría. México: Facultad de Medicina (Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”), UNAM.
- Sánchez-Quintero, S. & De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad [Introduction to the mentalization-based treatment for borderline personalitydisorder]. *Acción Psicológica*, 10 (1), 21-32. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>
- Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8 (2), 163-173.
- Sarmiento, S. M. (2008). Terapia conductual – dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 149-163.
- Schneider, Carol J. Wilson, Edgar, S. (1985). *Foundations of Biofeedback Practice*. WheatRigde, Colorado. Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback.
- Secretaría de Salud (2016). *La salud mental en México – Secretaría de Salud*. Recuperado de <http://www.salud.df.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/309>

- Torres, G. T. (2007). Trastorno Límite de la Personalidad: Tratamiento desde un Enfoque Cognitivo-Conductual. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1 (3), 311-320.
- Valderrama, P. & Trujillo, A (2008). *Manual para el tratamiento psicológico en niños con síntomas depresivos*. Material inédito.
- Vázquez, C. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis.
- Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. España: Síntesis.
- Vielma, V. E. & Salas, M. L. (2000). Aportes de las teorías de Vigotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. *Educere*, 3 (9), 30 – 37. Recuperado el 15 de abril de 2016 de <http://www.redalyc.org/pdf/356/35630907.pdf>
- Virues, J. O. (2004). Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4 (1), 207-232.
- Wesler, R. L. (1993). Enfoques cognitivos para los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 1 (1), 35-50.
- Wilks, C. R., Korslund, K. E., Harned, M. S. & Linehan, M. M. (2016). Dialectical behavior therapy and domains of functioning over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 162-169. Recuperado el 15 de abril de 2016 en http://ac.els-cdn.com/S0005796715300772/1-s2.0-S0005796715300772-main.pdf?_tid=69064d10-0654-11e6-b587-00000aacb361&acdnat=1461087209_67a0f13963b349c6236ebcd8cab8b2ea