|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| escudo unam | **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA**  **DE MÉXICO** | | |
|  | **FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA** | | |
| http://mirador.cuaed.unam.mx/series_promocionales/fes_iztacala.jpg | **SISTEMA de UNIVERSIDAD ABIERTA y EDUCACIÓN a DISTANCIA**  **Licenciatura en Psicología**  **Programa de Profundización en Psicología Clínica** | | |
| **“Programa de Intervención Cognitivo Conductual en el Trastorno de Personalidad Límite”** | | |
|  | **Reporte de práctica de servicio** |  |
|  | **QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:** |  |
|  | **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA** |  |
|  | **P R E S E N T A :** |  |
|  | **Blanca Irene Meinecke Osorio** |  |
|  |  | **Director: Dr. David Javier Enríquez Negrete**  **Tutor del Seminario de Titulación: Dr. Omar Moreno Almazán**  **Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Diciembre de 2015.** |  |

INDICE

[I. RESUMEN 3](#_Toc436123283)

[II. INTRODUCCIÓN 5](#_Toc436123284)

[1. Importancia y relevancia social del problema 5](#_Toc436123285)

[2. Marco teórico 6](#_Toc436123286)

[2.1 Antecedentes del modelo cognitivo conductual 6](#_Toc436123287)

[2.1.1 Definición de la terapia cognitivo conductual 7](#_Toc436123288)

[2.1.2 Principios de la terapia cognitivo conductual 8](#_Toc436123289)

[1.3 Características de la terapia cognitivo conductual 8](#_Toc436123290)

[2.1.4 Fases del proceso de intervención cognitivo conductual 9](#_Toc436123291)

[2.1.4.1 Evaluación conductual 10](#_Toc436123292)

[2.1.4.2 El Proceso de la Evaluación Conductual 11](#_Toc436123293)

[2.1.4.3 Las Fases del Proceso de Evaluación Conductual 11](#_Toc436123294)

[2.1.5 Técnicas empleadas en la terapia cognitivo conductual 13](#_Toc436123295)

[2.2 Trastornos de Personalidad 14](#_Toc436123296)

[2.2.1 Definición y clasificación de los Trastornos de Personalidad 14](#_Toc436123297)

[2.3 Una definición más amplia del Trastorno de Personalidad Límite 15](#_Toc436123298)

[2.3.1 Etiología 16](#_Toc436123299)

[2.3.2 Características principales del TLP 17](#_Toc436123300)

[2.3.3 Criterios diagnósticos 18](#_Toc436123301)

[2.3.4 Prevalencia 19](#_Toc436123302)

[2.3.5 Desarrollo y curso 19](#_Toc436123303)

[2.3.6 La terapia cognitivo conductual en el trastorno de personalidad límite 19](#_Toc436123304)

[3. Justificación 22](#_Toc436123305)

[4. Objetivo General 23](#_Toc436123306)

[4.1 Objetivos Específicos 23](#_Toc436123307)

[III. ESTUDIO DE CASO 23](#_Toc436123308)

[1. Descripción del escenario 23](#_Toc436123309)

[2. Nombre del caso 24](#_Toc436123310)

[3. Identificación del paciente 24](#_Toc436123311)

[4. Análisis del motivo de consulta 24](#_Toc436123312)

[5. Historia del problema 25](#_Toc436123313)

[6. Análisis y descripción de las conductas problema 25](#_Toc436123314)

[6.1 Análisis Secuencial integrativo 28](#_Toc436123315)

[6.1.1 Análisis funcional 34](#_Toc436123316)

[7. Establecimiento de las metas del tratamiento 37](#_Toc436123317)

[8. Objetivos terapéuticos 38](#_Toc436123318)

[9. Selección del tratamiento más adecuado 38](#_Toc436123319)

[10. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos antes del tratamiento 43](#_Toc436123320)

[11. Tratamiento 48](#_Toc436123321)

[12. Evaluación de la eficacia del tratamiento 51](#_Toc436123322)

[13. Seguimiento 63](#_Toc436123323)

[14. Observaciones 63](#_Toc436123324)

[IV. CONCLUSIONES 64](#_Toc436123325)

[1. Competencias desarrolladas en la actividad de servicio realizada 65](#_Toc436123326)

[2. Identificación de los elementos que se deben considerar para producir cambios en los fenómenos de interés 65](#_Toc436123327)

[3. Responsabilidad social del quehacer profesional 66](#_Toc436123328)

[4. Limitaciones de la práctica realizada 67](#_Toc436123329)

[5. Propuesta y recomendaciones para mejorar la práctica de servicio 67](#_Toc436123330)

[V. REFERENCIAS 68](#_Toc436123331)

[VI. APÉNDICES 73](#_Toc436123332)

# I. RESUMEN

El presente reporte describe el estudio de caso de una mujer de 30 años con trastorno de personalidad límite que solicita servicio de atención psicológica. Objetivo: evaluar y diseñar un plan de intervención, con el propósito de incidir en las dimensiones conductual, cognitivo y fisiológica que caracterizan a este trastorno. Plan de tratamiento: Se realizó una intervención bajo el enfoque cognitivo conductual a lo largo de 12 sesiones que se dividió en tres etapas: pre-evaluación, intervención y post-evaluación. Evaluación: para la evaluación se utilizaron auto registros, la entrevista conductual y la escala de impulsividad de Barrat los cuales sirvieron para obtener una línea base y posteriormente comparar los resultados con la post-evaluación. Las principales técnicas que se ocuparon fueron la reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades y el entrenamiento en solución de problemas. Resultados: mostraron que el tratamiento fue exitoso ya que el usuario disminuyo en gran medida las ideas disfuncionales que alteraban su estabilidad interpersonal, de autoimagen y del sentido del Yo así como temores hacia la separación y descontrol emocional. También las conductas riesgosas e impulsivas se disminuyeron y se aumentaron las conductas responsables. Conclusiones: se discuten los resultados en términos de la eficacia del tratamiento bajo el enfoque cognitivo conductual para el trastorno de personalidad límite y de las competencias profesionales del psicólogo clínico.

**Palabras clave**: personalidad, trastorno, límite, inestabilidad, impulsividad, TCC.

**Abstract**

This report describes the case study of a 30 years old woman who suffers borderline personality disorder and sought for psychological treatment.

Objective: To evaluate and design an intervention plan, in order to influence the behavioral, cognitive and physiological dimensions that characterize this disorder.

Treatment plan: An intervention was performed on cognitive behavioral approach in 12 sessions divided into three stages: pre-evaluation, intervention and post-evaluation.

Evaluation: Auto records for evaluation were used, as well as behavioral interview and Barratt Impulsiveness Scale which served to get a baseline and then compare the results with the post-evaluation. The main techniques used were cognitive restructuring, skill training and training in problem solving.

Results: showed that the treatment was successful because the user decreased largely dysfunctional ideas that altered her interpersonal stability, self-image and sense of self, and fears of separation and emotional uncontrol. On the other side, risky and impulsive behaviors decreased and responsible behaviors increased.

Conclusions: Results in terms of the effectiveness of treatment on cognitive behavioral approach for borderline personality disorder and the professional skills of the clinical psychologist are discussed.

**Keywords**: personality, disorder, borderline, instability, impulsivity, CBT.

# II. INTRODUCCIÓN

## 1. Importancia y relevancia social del problema

El trastorno de personalidad límite (TLP) ha sido un desafío constante para los profesionales por la variabilidad sintomática que presenta, lo que conlleva dificultades en su diagnóstico y tratamiento. Además, ha aumentado su prevalencia en el último tiempo por lo que la importancia de trabajar este trastorno tanto a nivel de diagnóstico como psicoterapéutico reside en mejorar las estrategias terapéuticas para que sean más eficaces (Torres, 2007).

La inclinación por abordar el TLP es por su alta prevalencia sobre otros trastornos de personalidad, los altos niveles de sufrimiento personal y familiar en los casos más graves, y sobre todo, por la especificidad de las necesidades asistenciales que requiere, tanto sanitarias como sociales (Grupo de trabajo sobre atención a personas con trastorno de personalidad límite del II PISMA, 2012).

Por otro lado, los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que el TLP es el trastorno de la personalidad más frecuente ya que entre el 30% y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tiene TLP. En términos generales, se estima que su prevalencia oscila entre el 1% y el 2% de la población general, entre el 11% y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18% y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas y entre el 25% y el 50% en la población reclusa (Navarro, 2012).

Además, hay que resaltar que el suicidio se sitúa en torno al 10% de estos pacientes, lo que supone aproximadamente 400 veces la tasa de suicidio de la población general. La tasa de intentos de suicidio se elevaría al 70%, con una media de tres intentos por paciente. Esto da idea de la alta tasa de intentos de suicidio no consumados en estos pacientes la cual es una cifra alarmante y supone un reto en la psicología clínica (Cervera, Haro, & Martínez, 2005). Principalmente para la terapia de conducta, la cual busca modificar los comportamientos humanos que resultan problemáticos para los individuos, teniendo en cuenta que el comportamiento de las personas está en función de aspectos cognitivos, conductuales y fisiológicos. A continuación se hará una breve descripción de los aspectos conceptuales y teóricos de la Terapia Cognitivo Conductual.

## 2. Marco teórico

## 2.1 Antecedentes del modelo cognitivo conductual

De acuerdo con Landa, (2004) el conductismo que propone el estudio científico de la conducta y los procesamientos de la terapia conductual, dominaron el pensamiento y la práctica de la psicología clínica desde la década de 1930, a raíz de que J.B Watson y luego B.F. Skinner desarrollaron sus teorías del aprendizaje, desde ésta época y hasta inicios de la década de 1970.

En 1974 tuvo lugar la “revolución cognitiva” que no solo afecto a la psicología clínica si no a la psicología en general, pues se prestó cada vez mayor atención a los modelos cognitivos de procesamiento de información, que enfatizaban la adquisición, almacenamiento y utilización de información, además de la insatisfacción creciente con el modelo simple de aprendizaje estimulo-respuesta del conductismo. Los primeros esfuerzos por incluir factores de naturaleza cognitiva en las terapias conductuales los representa el trabajo de Albert Bandura, quien argumenta que todo el aprendizaje que se produce por la experiencia directa, también puede tener lugar de manera vicaria a través de la observación de la conducta de otro y de sus consecuencias, es decir, la conducta está estrechamente relacionada con aquello que aprendemos y forma parte de las cogniciones ya sea por experiencia propia u observación de la conducta de otro. Así, sugirió que el cambio conductual puede ser mediado por cogniciones.

De esta forma, en lugar de indagar acerca de posibles conflictos y estructuras subyacentes, los terapeutas de conducta empezaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente en el que se produce. Desarrollaron para este análisis el proceso de evaluación conductual, alternativa radical a los sistemas diagnósticos tradicionales, y concibieron la terapia como una empresa empírica y fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2011).

Así pues, Hernández y Sánchez (2007) mencionan el desarrollo de algunas terapias conductuales que se comenzaron aplicar a los trastornos psicoemocionales como cuando Wolpe (1958) por los años 50´s generó un método sistemático para aplicar el modelo de contra condicionamiento a las reacciones fóbicas. Un aspecto esencial de este método llamado “desencibilización sistémica”, es el uso de escena imaginarias (proceso básico de la cognición) en lugar de situaciones reales. Esta innovación le permitió tratar a los pacientes con cualquier reacción fóbica sin recurrir a situaciones reales.

Posteriormente Baum (1970), aplicó un procedimiento denominado “saturación” el cual consistía en obligar a las personas que padecían ansiedad a permanecer en contacto con los estímulos fóbicos mediante la imaginación o actos reales. La presentación de estos estímulos generadores de ansiedad provoca respuestas emocionales intensificadas, así, el sujeto debe imaginar aspectos positivos de determinada situación para que pueda interrumpir y disminuir notablemente la ansiedad. En este tipo de procedimientos, los autores hacen referencia directa o indirectamente a procesos y fenómenos cognitivos. Ninguno de ellos podía negar la existencia de los mismos. Incluso Skinner planteó que hay más cosas debajo de la piel del individuo, haciendo referencia a los fenómenos cognitivos que sin tener claros existen, persisten y forman parte de la naturaleza del ser humano (Hernández & Sánchez, 2007).

La insuficiente teorización en la relevancia del pensamiento como parte de los desordenes psicológicos, sumada a la dificultad para dar solución a los mismos, son elementos clave en el surgimiento de las terapias cognitivas, que inauguran el segundo periodo del desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual. A mediados de la década de los 60´s, Aaron Beck y Albert Ellis comparten la visión de que la mayor parte de los desordenes psicológicos surgen y se mantienen por cogniciones incorrectas y/o un procesamiento cognitivo defectuoso, por lo que proponen que el “remedio” para tales desordenes consiste en la corrección de los procesos cognitivos defectuosos y en el remplazo de las ideas incorrectas y disfuncionales por otras más realistas, adaptativas y funcionales.

Hacia finales de la década de los 80´s, el desarrollo exitoso del tratamiento para el desorden por pánico establece el vinculo de las dos corrientes mencionadas en un sistema de trabajo más amplio, inaugurando así la tercera etapa del desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual, que continua hasta nuestros días (Minici, Dahab & Rivadeneira, 2003).

## 2.1.1 Definición de la terapia cognitivo conductual

La Terapia Cognitivo Conductual puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. Parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse teniendo un enfoque empírico y fundamentado en metodología experimental propia de la investigación científica (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2011).

De acuerdo con Seligson y Reynoso (2005) la Terapia Cognitivo Conductual es un conjunto de criterios y estándares aplicados a una amplia variedad de técnicas terapéuticas basadas en distintos modelos conceptuales, por ejemplo:

* Terapia racional Emotiva
* Técnicas de solución de problemas
* Técnicas de aproximaciones de autocontrol
* Técnicas de condicionamiento encubierto

El común denominador entre ellas es el interés en la naturaleza y modificación de las cogniciones del paciente, y cierto compromiso en la utilización de procedimientos derivados de la terapia conductual para promover el cambio en el comportamiento y pensamientos del individuo que están resultando disfuncionales.

## 2.1.2 Principios de la terapia cognitivo conductual

De acuerdo con Batlle (2008), el modelo cognitivo conductual combina la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información, en su intento por explicar como la conducta se adquiere, mantiene y se procesa. Al integrar estos dos postulados teóricos, la teoría conductual integra los factores externos y la teoría cognitiva los factores internos de individuo. Algunos de los principios que se destacan son los siguientes:

* La teoría pone un gran énfasis en los procesos de aprendizaje y en la influencia de los modelos que el sujeto tiene en su propio ambiente. Se da mucha importancia a la manera de procesar la información para intentar comprender el desarrollo y el posible tratamiento de los trastornos psicológicos.
* Respecto a aspectos psicopatológicos, los modelos cognitivos plantean que las cogniciones son vías causales de un trastorno; si bien no excluyen la coexistencia de otros factores que también puedan explicar su etiopatogenia.
* El uso de modelos explicativos de tipo cognitivo responden a la idea de que cognición, conducta y emociones suelen estar fuertemente interconectadas y retroalimentadas; pudiendo ser estratégicamente útil promover cambios incidiendo en aspectos cognitivos; sin negar la intervención en factores cocausales.

## 1.3 Características de la terapia cognitivo conductual

Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2011) se pueden señalar cuatro rasgos obvios de la terapia cognitivo conductual en la actualidad:

* La Terapia Cognitivo Conductual es un ámbito de intervención en la salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos.
* Al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la Terapia Cognitivo Conductual cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo.
* La Terapia Cognitivo Conductual tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptuación inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.
* La Terapia Cognitivo Conductual posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son heredadas de la adopción del conductismo metodológico como principal eje vertebrador de la Terapia Cognitivo Conductual, y probablemente la seña de identidad más genuina de la Terapia Cognitivo Conductual actual.

Los terapeutas que trabajan bajo este enfoque basan su intervención en un modelo colaborativo, en donde el cliente juega un papel activo para reconocer sus metas, establecer sus objetivos e identificar su propio rendimiento, mientras que el terapeuta le ayuda a establecer una asociación para lograr una mejor comprensión de sus limitaciones y a descubrir formas alternativas de pensar y actuar. Para llevar a cabo este proceso es indispensable que exista una estructura funcional que permita llevar a cabo la intervención a través de etapas (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2011).

## 2.1.4 Fases del proceso de intervención cognitivo conductual

Para Rivadeneira, Dahab y Minici (2013), la Terapia Cognitivo Conductual tiene tres grandes etapas: evaluación, tratamiento y seguimiento.

1. Durante la primera etapa, “la evaluación psicológica” el terapeuta se ocupa de conocer al paciente y entender los problemas por los que consulta. Por medio de entrevistas, observaciones y el apoyo de algunos instrumentos se va descubriendo el motivo de consulta y la postura que tiene el paciente ante está. Es muy importante que durante esta etapa el terapeuta y el paciente establezcan metas y objetivos del tratamiento y pongan prioridades en los mismos.
2. La segunda etapa es la que conlleva más tiempo, pues es el tratamiento propiamente dicho y en este momento es cuando se aplican las técnicas dirigidas a lograr el cambio, tratando de alcanzar los logros que se plantearon en la primera etapa. Las técnicas que se aplican pueden variar mucho, dependiendo de la demanda de cada paciente y el momento por el cual está atravesando. En cualquier caso, siempre la aplicación de un procedimiento se negocia con anticipación con el paciente.
3. Finalmente la tercera etapa es la encargada del seguimiento, se va espaciando la frecuencia de las consultas, mientras se aplican procedimientos orientados a mantener los cambios y prevenir recaídas. Cuando los objetivos se lograron y el cambio se consolido, se da de alta al paciente.

Si bien las tres etapas antes descritas tienen gran importancia en el proceso del tratamiento cognitivo conductual, se hace menester profundizar en el proceso de la evaluación, en especifico de la evaluación conductual.

### 2.1.4.1 Evaluación conductual

Según Kendall (1988), desde el punto de vista conductual, el funcionamiento humano se considera como el producto de la interacción continuada entre la persona y la situación. Las personas modelan su vida a través de su comportamiento, sus ideas, y planes, es decir, las personas están construyendo constantemente su vida y su ambiente, pero también están siendo conformadas continuamente por las experiencias de aprendizaje que su medio les ofrece.

A grandes rasgos se puede resumir que la evaluación conductual es un modelo que ayuda a los clínicos a formular y evaluar planes específicos de intervención para sus clientes. Es un método orientado específicamente hacia la situación, es decir, que se examinan cuidadosamente las variaciones específicas que ocurren en las condiciones ambientales con el propósito de determinar su influencia en el funcionamiento del cliente.

Algunas diferencias importantes de la evaluación conductual y la tradicional se podrían resumir en que en la evaluación tradicional, una descripción de la situación es mucho menos importante que la identificación de las características más duraderas de la personalidad. En la evaluación conductual, la cuestión primordial es que tan adecuado es el instrumento de evaluación para tomar muestras de conductas y situaciones en las cuales el clínico este interesado. Se vuelve irrelevante que tan bien disfrazada está la prueba o qué tan profundamente llega a los aspectos más ocultos de la personalidad (Phares, 1999).

### 2.1.4.2 El Proceso de la Evaluación Conductual

Para llevar a cabo el proceso de evaluación conductual, Godoy (1993) propuso tres fases principales:

* Selección y descripción de las conductas problema.
* Selección de las técnicas de intervención con las que se incidirá sobre las conductas descritas en el paso anterior.
* Valoración de los efectos producidos por la intervención realizada.

### 2.1.4.3 Las Fases del Proceso de Evaluación Conductual

Así mismo, Godoy (1993) describe de la siguiente manera las fases que deben estar implícitas en el proceso de la evaluación conductual:

***Análisis del motivo de consulta****.* Este es el primer aspecto a considerar y en el cual el terapeuta debe tener la habilidad para traducir las quejas del paciente en conductas a cambiar, ya que en muchas ocasiones los pacientes no tienen bien identificadas estas conductas.

***Establecimiento de las metas últimas del tratamiento****.* Las metas últimas del tratamiento hacen referencia básicamente a los resultados finales como lo denominan Rosen y Proctor (1981) que se esperan como respuesta a la intervención, estas son muy importantes en el proceso de evaluación ya que sirven como guía para que  tanto el terapeuta como el cliente tengan siempre bien definidos y presentes los objetivos del tratamiento.

***Variables de las que dependen las metas últimas del tratamiento****.* Se basan fundamentalmente en los juicios de valor y sistema conceptual tanto de quien imparte como de quien acude a la terapia.

***Análisis de las conductas problema***. En el análisis de las conductas problema se debe identificar cuáles son las quejas y demandas del cliente, las quejas se refiere a lo que está afectando al sujeto y por lo tanto se quiere eliminar y las demandas a lo que se desea adquirir con el tratamiento, es decir, en términos positivos a un cambio.

***Estudio de los objetivos terapéuticos****.* En este estudio se determinara si las quejas y demandas producirán una conducta objetivo, o si el problema no está relacionado con la conducta del individuo sino con algún factor externo a él.

***Elección de conductas meta****.* Las principales consideraciones para la elección de conductas meta están enfocadas a considerara en primera instancia el cambio de conducta si está es peligrosa física, social o económicamente para el paciente o para quienes lo rodean. Por otro lado, se debe cambiar una conducta determinada si así se flexibiliza el repertorio del paciente, de tal forma que se aumenta el bienestar individual y social a largo plazo. La conducta a implementar en lugar de la conducta problema debe establecerse en términos positivos y constructivos, en oposición a la visión supresora o negativa.

**Estrategias para elegir el Tratamiento**

De igual manera Godoy (1993), menciona las siguientes estrategias para la elección del tratamiento:

**La estrategia del análisis funcional.** Sirve para unir evaluación y tratamiento y así derivar el tratamiento adecuado a partir de los datos de la evaluación.

**La estrategia de la conducta clave**. Parte del supuesto de que los trastornos conductuales están constituidos por clases de conductas que se interrelacionan en los tres sistemas de respuestas: motor, cognitivo y fisiológico. Esta estrategia pretende cambiar una conducta para que ésta cambie otra, y ésta a otra, y así sucesivamente.

**La estrategia diagnóstica**. Según este enfoque, una vez que se le ha asignado a la persona un diagnóstico determinado, se elegirá el tratamiento que se ha encontrado más efectivo para este tipo de trastorno, suponiendo que tal tratamiento exista, muchos evaluadores conductuales para elegir el tratamiento, más que el análisis funcional, utilizan estrategias diagnósticas.

**La estrategia de la guía teórica**. El terapeuta recurre al arsenal de teorías y conocimientos científicos existentes en busca de un sistema conceptual que verse sobre la región de fenómenos con que se encuentra, de tal forma que le sea posible describirlos con precisión y encontrar las estrategias de actuación para pasar de un estado A (coincidente con lo que actualmente presenta el paciente) a un estado B (coincidente con las metas últimas propuestas).

Como se puede observar la evaluación conductual es un proceso que se lleva a cabo previamente para en base a los resultados obtenidos por el terapeuta, diseñar un programa de intervención en donde se incluyan las técnicas más apropiadas para las demandas que presenta el individuo.

## 2.1.5 Técnicas empleadas en la terapia cognitivo conductual

A lo largo de los años, se han estudiado los distintos puntos de vista acerca de la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales. Estas técnicas hoy en día son de gran utilidad, tanto para el análisis como para la intervención de numerosos trastornos y problemas psicológicos.

Para Becoña et al. (2008, citado en Ramírez & Cruz, 2012) las técnicas utilizadas en la terapia cognitivo conductual se dividen en 3 grandes grupos de técnicas: 1) las que se concentran en fundar nuevas habilidades a la hora de enfrentarse y manejar las dificultades presentes; 2) las terapias que buscan apoyar al individuo a percibir racional y objetivamente su realidad y 3) las centradas en cambiar la manera de afrontar realidades para las que el individuo cree no tener posibilidad de solución.

Asimismo, Becoña et al. (2008), señalan que las técnicas de resolución de problemas más comunes son: la terapia de resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfried; la técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack, Platt y Shure y el procedimiento de ciencia de Mahoney. Mientas que los entrenamientos en habilidades de afrontamiento que se pueden distinguir son: entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson, entrenamiento en inoculación de estrés y técnicas de autocontrol. Por último, las técnicas de restructuración cognitiva de mayor utilización son: terapia cognitiva de Beck, Terapia Racional Emotiva de Ellis, Restructuración Racional Sistemática de Golfried y Golfried, y Entrenamiento Autoinstruccional de Meichenbaum (Ramírez & Cruz, 2012).

Las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual son utilizadas en múltiples problemas psicológicos y trastornos, incluso trastornos vinculados con la personalidad, y aunque hasta la fecha no se ha podido demostrar empíricamente que exista ningún tratamiento establecido como eficaz, si se ha demostrado que las técnicas de los tratamientos cognitivo conductuales y conductuales resultan probablemente eficaces para el tratamiento de estos trastornos, en concreto y de forma más específica para el trastorno límite de personalidad (Navarro & López, 2013).

## 2.2 Trastornos de Personalidad

Para comenzar a hablar de los trastornos de personalidad se debe primero definir que es la personalidad. La personalidad es un constructo multifactorial dinámico con un componente biológico y un componente ambiental interrelacionados. Es decir, la personalidad consta de una parte heredada o genética (temperamento) y otra social y ambiental (carácter). Posee características tan opuestas como ser individual (idiosincrásica a la persona) y social (aprende del entorno y el entorno de ella), estable durante la existencia del individuo pero a su vez facilitando la adaptación de éste al entorno; y la alteración de cualquiera de estos elementos puede dar lugar a un trastorno de personalidad (García, Martín, & Otín, 2010).

## 2.2.1 Definición y clasificación de los Trastornos de Personalidad

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- V, 2013 (DSM-V) un trastorno de personalidad es 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.

Así mismo, el DSM-V (2013) clasifica los trastornos de la personalidad de la siguiente manera:

* **Trastorno de la personalidad paranoide,** que es un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas.
* **Trastorno de la personalidad esquizoide,** que es un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional.
* **Trastorno de la personalidad esquizotípica,** que es un patrón de malestar agudo en las relaciones intimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento.
* **Trastorno de la personalidad antisocial,** que es un patrón de deprecio y violación de los derechos de los demás.
* **Trastorno de la personalidad límite,** que es un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de si mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.
* **Trastorno de la personalidad histriónica,** que es un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas.
* **Trastorno de la personalidad narcisista,** que es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
* **Trastorno de la personalidad evitativa,** que es un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
* **Trastorno de la personalidad dependiente,** es un patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado.
* **Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva,** es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
* **Cambio de la personalidad debido a otra afección medica,** que es un trastorno de la personalidad persistente que se sospecha que es debido a los efectos fisiológicos directos de una afección medica.

Los trastornos de la personalidad se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas. El Grupo A está compuesto por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos. El grupo B se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Las personas con este *cluster* se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas. Por último, el grupo C aglutina los trastornos de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos.

Desde los años 80´s, en particular el trastorno de personalidad límite del grupo B, ha sido descrito como uno de los más frecuentes y esto es debido a la alta comorbilidad de esta entidad con los trastornos afectivos, de ansiedad y de abuso de sustancias y a la elevada tasa de intentos de suicidio, lo que en conjunto provoca una gran demanda asistencial por parte de estos pacientes (Cervera, Haro, & Martínez, 2005).

## 2.3 Una definición más amplia del Trastorno de Personalidad Límite

Fue Adolf Stern, proveniente de la tradición analítica, el primer autor que acuñó el termino límite en la designación del “grupo límite de las neurosis”, a partir de esta agrupación, comenzaron a hacerse diferentes conceptuaciones del término. Kernberg empleó este término para describir la mayoría de las formas serias del carácter patológico. En los años 80´s surgieron teorías que consideraban el Trastorno de Personalidad Límite (TLP) como un trastorno afectivo, debido a la labilidad afectiva que lo caracteriza. Finalmente, en los años 90´s han surgido nuevas conceptuaciones del trastorno que lo considerarían, por un lado como un trastorno de los impulsos y por otro lado como una forma crónica del trastorno por estrés postraumático, esta última línea de pensamiento comenzó con las investigaciones de Herman y vand der Kolk en 1987, que estudiaron los antecedentes traumáticos del trastorno (Roldan, 2014).

Así mismo, Roldan (2014), comenta que la clasificación límite ha sido considerada un cajón de sastre durante muchos años y solía emplearse cuando un clínico no estaba seguro del diagnostico del paciente. El termino límite surgió en esta línea y se recurría a él, cuando no se tenía claro si el paciente sufría una neurosis (pacientes ligeramente enfermos) o una psicosis (pacientes muy enfermos). La idea de recurrir a este término partió de las dificultades observadas en un grupo de pacientes que no encajaban en ninguno de los dos polos de “enfermedad” y que parecían oscilar entre características de funcionamiento normal y características de funcionamiento patológico, situándose por tanto al límite de la normalidad y de la patología. Aunque el termino “límite” se ha mantenido, se ha reforzado la noción de que se trata de una entidad diagnostica, que describe un nivel avanzado de disfunción, y no se trata de una posición intermedia de gravedad.

## 2.3.1 Etiología

El TLP es aproximadamente cinco veces más frecuente en los individuos que tienen antecedentes biológicos familiares relacionados con el mismo trastorno que en la población general. También hay un mayor riesgo familiar de trastornos por consumo de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad y trastornos depresivos y bipolares (Cervera, Haro, & Martínez, 2005).

Según el Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, (Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011) son distintos factores que pueden estar implicados en su etiología:

* Vulnerabilidad genética. Estudios en gemelos sugieren que el factor de heredabilidad del TLP es de 0.69, es decir, que la influencia génetica en el TLP es del 69%.
* Alteración de los neurotransmisores. Los neurotransmisores están implicados en la regulación de los impulsos, la agresión y el afecto. La serotonina ha sido el que más se ha estudiado, y se ha demostrado que existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de serotonina y los de agresión. Aunque no está clara cuál es la vía causal, la reducción de la actividad serotoninérgica puede inhibir la capacidad de la persona de modular o controlar los impulsos destructivos.
* Disfunción neurobiológica. En el TLP se han descrito evidencias de un déficit estructural y funcional en áreas cerebrales clave para la regulación del afecto, la atención, el autocontrol y la función ejecutiva. Estas areas son la amígdala, el hipocampo y las regiones orbifrontales.

Por otro lado Zanarini y Frankenburg (2013), propusieron un modelo tripartito sobre la etiología del TLP en el cual sugieren tres factores como necesarios para el desarrollo del trastorno.

1. **Un ambiente traumático en la infancia,** donde el paciente habría vivido experiencias adversas capaces de provocar intensos sentimientos de tristeza, rabia, vergüenza o terror.
2. **Temperamento vulnerable o hiperbólico.** Este término hace referencia a la tendencia de ofenderse fácilmente y manejar el resentimiento constante intentando que los otros pongan atención a la enorme intensidad de su dolor interno. Sin embargo, este incesante intento de sentirse apoyado es generalmente indirecto e implicaría un reproche encubierto hacia la inadecuación y poca sensibilidad de los otros.
3. **Evento o serie de eventos desencadenantes,** que pueden ser de carácter normativo, esto es; una crisis o hito dentro de lo esperado para la etapa vital en que se encuentre la persona (por ejemplo, graduarse, tener un hijo, casarse, etc.) o un evento traumático, fuera de la norma o lo esperado. Estos eventos generalmente ocurrirán en la adolescencia tardía o en la adultez temprana.

## 2.3.2 Características principales del TLP

En la teoría biosocial de Linehan (2003), (quien es la fundadora de la Terapia Dialectico Conductual, la cual es un tratamiento cognitivo-conductual desarrollado específicamente para el TLP y fue el primer tratamiento psicoterapéutico que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados) la principal caracteristica en el trastorno límite de personalidad, es la desregulación de las emociones, la cual es el resultado conjunto de cierta disposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre estos dos factores durante el desarrollo. Los sujetos con TLP tienen dificultades para regular varias, si no todas, sus emociones. Esta desregulación sistémica está producida por la vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias de modulación de las emociones inadecuadas y poco adaptativas.

La vulnerabilidad emocional se define por las siguientes características: 1) muy alta sensibilidad a estímulos emocionales, 2) una respuesta muy intensa a los estímulos emocionales y 3) un retorno lento a la calma emocional una vez que ha sido inducida la excitación emocional. La modulación de la emoción es la habilidad de 1) inhibir la conducta inapropiada relacionada con emociones negativas o positivas, 2) organizarse uno mismo para una acción coordinada al servicio de un objetivo externo, 3) cambiar uno mismo cualquier actividad fisiológica inducida por una fuerte emoción y 4) conseguir concentrar la atención en presencia de una emoción fuerte. La desregulación de las emociones en individuos con TLP es, por lo tanto, la combinación de un sistema de respuesta emocional hipersensitivo con una incapacidad de modular las fuertes emociones resultantes y las acciones asociadas a ellas (Linehan, 2003).

Por otro lado Gunderson sugiere que los TLP se entienden mejor como trastornos del apego, siendo las características principales el miedo a la soledad y al abandono, poniendo el énfasis en los conflictos interpersonales (Zanarini & Frankenburg, 2013).

## 2.3.3 Criterios diagnósticos

De acuerdo al DSM-V (2013), el TLP se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

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

2.- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

3.- Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4.- Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).

5.- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.

6.- Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado del ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

7.- Sensación crónica de vacío.

8.- Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9.- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

## 2.3.4 Prevalencia

De acuerdo con el DSM-V (2013), se estima en un 1.6% la prevalencia del TLP, pero podría ser tan elevada como un 5.9%. La prevalencia en la atención primaria es de alrededor del 6%, del 10% entre los individuos que acuden a los centros de salud mental, y del 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. La prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad. El TLP se diagnostica de forma predominante en las mujeres (aproximadamente un 75%).

## 2.3.5 Desarrollo y curso

Existe una considerable variabilidad en el curso del TLP. El patrón más frecuente es una inestabilidad crónica en la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo en impulso y altos niveles de utilización de los recursos de salud y de salud mental. El deterioro de la afección y el riesgo de suicidio son mayores en los adultos jóvenes y disminuyen gradualmente con la edad. Las personas que acuden a intervención terapéutica muestran a menudo una mejoría en algún momento del primer año. De todos modos, la tendencia a experimentar emociones intensas, a actuar de forma impulsiva y a vivir las relaciones con gran intensidad suele perdurar toda la vida. Durante la década de los 30´s y 40´s años, la mayoría de las personas con este trastorno lograron una mayor estabilidad en sus relaciones y funcionamiento profesional. Estudios longitudinales de seguimiento de los pacientes ambulatorios, tratados en centros de salud mental, indican que, después de unos 10 años, casi la mitad de las personas ya no tienen un patrón de comportamiento que cumpla con todos los criterios de trastorno de la personalidad límite (DSM-V, 2013).

## 2.3.6 La terapia cognitivo conductual en el trastorno de personalidad límite

Se han desarrollado diferentes intervenciones basadas en la Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del TLP, Caballo (2014) destaca los siguientes:

* **Terapia cognitiva de Beck**, que consiste en cuestionar los patrones de pensamientos disfuncionales, prestando especial atención a las suposiciones y a los errores básicos del pensamiento (distorsiones cognitivas). Para este enfoque, el individuo con un TLP mantiene tres suposiciones básicas que influyen sobre la conducta y las respuestas emocionales: «El mundo es peligroso y malévolo», «Soy débil y vulnerable» y «Soy inaceptable en esencia». Igualmente, el pensamiento dicotómoco juega un papel esencial en perpetuar las crisis y los conflictos. Beck y Freeman (1990) plantean un plan de tratamiento que favorezca una alianza terapéutica, minimice la falta de adhesión al tratamiento, disminuya el pensamiento dicotómico, aborde las suposiciones básicas, aumente el control sobre las emociones, mejore el control de los impulsos y fortalezca la identidad del paciente.
* **Terapia centrada en los esquemas, de Young**. Young (1994) ha desarrollado la «terapia cognitiva centrada en los esquemas» para el tratamiento de los trastornos de personalidad en general. Sin embargo, el TLP parece beneficiarse especialmente de ella. Para Young los esquemas tempranos desadaptativos que caracterizan al TLP en la infancia son el temor al abandono y a la pérdida, la falta de amor, la dependencia, el no llegar a sentirse como sujeto individual, la desconfianza, la escasa autodisciplina, el temor a perder el control emocional, la culpa excesiva y la privación emocional. Desde la terapia propuesta por Young, estos son los esquemas que hay que identificar y cambiar. Una descripción más amplia sobre esta terapia se puede ver al final del capítulo.
* **Terapia cognitivo-Conductual dinámica**, de Turner. La terapia cognitivo-conductual dinámica (TCCD), propuesta por Turner (1989-1994), aborda el tratamiento del TLP centrándose principalmente en los componentes impulsivos de ira del TLP. Este enfoque de terapia cognitivo-conductual integra estrategias terapéuticas dinámicas para clarificar y modificar los esquemas del paciente. La TCCD interpreta los conflictos y utiliza estrategias cognitivas y conductuales para modificar las distorsiones cognitivas, y utiliza las técnicas de interpretación para echar abajo las barreras al cambio. La TCCD enfatiza la importancia de las relaciones interpersonales en el funcionamiento humano, considerando a la relación terapéutica como el principal medio para la aplicación del tratamiento.
* **Terapia Dialéctica Conductual, de Linehan.** Linehan utiliza una teoría biosocial para conceptualizar al TLP, donde la base constitucional del trastorno es la elevada reactividad emocional y la falta de regulación. Propone que los patrones conductuales del TLP son el resultado de la transacción entre el niño emocionalmente vulnerable y el ambiente que invalida las expresiones de la experiencia privada, especialmente de las expresiones emocionales. La terapia dialéctica conductual implica, de forma simultánea, terapia individual y entrenamiento en habilidades sociales, acompañados normalmente por terapia de grupo. El formato de grupo es psicoeducativo, enfatizando la adquisición de las habilidades conductuales, como la eficacia interpersonal, la regulación de las emociones, la tolerancia ante el malestar, las prácticas de meditación y el autocontrol. En el tratamiento individual, los objetivos del tratamiento se colocan jerárquicamente del siguiente modo: (1) disminución o eliminación de las conductas suicidas y parasuicidas; (2) disminución o eliminación de las conductas que interfieren con el curso de la terapia; (3) disminución o eliminación de las conductas que interfieren con la calidad del vivir; (4) adquisición de habilidades conductuales; (5) reducción de los efectos del estrés postraumático; (6) aumento del respeto por uno mismo, y (7) obtención de los objetivos individuales que el paciente trae a la terapia. La terapia dialéctica conductual ha sido quizás la primera terapia cognitivo-conductual en ser evaluada empíricamente para el TLP y es una de las más específicas y sistematizadas, aunque a veces pueda parecer excesivamente compleja y con demasiados procedimientos heterogéneos en la aplicación de la misma.

Existe evidencia empírica sobre la efectividad del tratamiento basado en la Terapia Cognitivo Conductual para el TLP, por ejemplo, el estudio de Virués (2004) quien realizo una intervención conductual en un paciente con TLP grave que presentaba patrón de relaciones interpersonales inestables, alteración de la identidad, impulsividad en abuso de sustancias e ingesta de alimentos, inestabilidad efectiva, ira inapropiada e intensa, además de encontrarse laboralmente incapacitado y con estudios universitarios inconclusos. Por lo tanto en la intervención se consideró el control de consumo de estimulantes, aumento de actividades de ocio, aumento de comportamientos de autocuidado y reducción de conductas problema mediante economía de fichas y control de contingencias.

Los resultados que se obtuvieron mostraron un rápido y dramático efecto en todas las medidas dependientes consignadas. El paciente tuvo una inmediata y correcta adherencia a la petición de los vales de economía de fichas y de los zumos, una reducción total de los episodios de agresividad verbal y física, por otro lado, la intervención tuvo un reflejo en las conductas problemáticas contempladas por los registros de enfermería aunque no directamente intervenidas (ansiedad, alteraciones del sueño, peticiones excesivas). Por último el autor considera que un mismo comportamiento puede tener causas muy diferentes y comportamientos muy diferentes pueden estar obedeciendo a igual función, por lo que su trabajo de intervención no está basado en un modelo estandarizado si no en la implementación de las técnicas que se adecuaron mejor a las necesidades particulares del paciente.

## 3. Justificación

El TLP es considerado en la actualidad como uno de los trastornos de personalidad de más difícil abordaje clínico tanto por su complejidad y su difícil delimitación, como por su elevada prevalencia, la variabilidad intra e interindividual de sus síntomas y su elevada comorbilidad con otros trastornos (Roldán, 2014).

Pese a las dificultades en el diagnóstico y abordaje terapéutico existe un gran interés hacia dicho trastorno, sin embargo, la complejidad puede entorpecer la prevención, detección y tratamiento del trastorno. Por este hecho se considera que el abordaje por medio de un estudio de caso, siempre puede contribuir a la detección de nuevas estrategias de intervención, a la clasificación de subtipos dentro del trastorno dado a su gran variabilidad en la sintomatología y principalmente aportar herramientas especificas para las demandas del usuario, y en medida de lo posible contribuir a un cambio que mejore su calidad de vida.

Por otro lado cometan Díaz, Mendoza y Porras (2011) que el estudio de caso con individuos permite un examen y escrutinio cercano, así como la recopilación de una gran cantidad de datos detallados. Los estudios de caso también fomentan el uso de diversas técnicas para obtener la información necesaria, que pueden ir desde observaciones personales hasta la obtención de información por medio de inventarios, escalas y auto registros, lo cual hace que se genere una amplia gama de información detallada y más precisa.

Estudiar la historia y desarrollo de un individuo dentro del tema de interés es esencial para entender la unidad y ante las dificultades que se han presentado en el abordaje de este trastorno, es importante considerar que el estudio de caso es una excelente opción que se acerca a un conocimiento más amplio basado en datos empíricos que contribuirán a una mayor comprensión, tratamientos y por ende permitirá que cese la estigmatización que sufren estos individuos, resultando la aplicación de los tratamientos que han demostrado mayor efectividad de forma correcta y estructurada.

Siendo así de gran importancia el estudio con el individuo sin dejar de lado el impacto que tiene en su propio entorno este trastorno, puesto que las personas que lo padecen generalmente se ven afectadas en sus relaciones interpersonales y también familiares, ya que por la falta de independencia y el perseverante temor a la separación pueden parecer a los ojos de sus seres cercanos individuos con bajas expectativas de superación, del mismo modo en su entorno social y laboral, lo cual puede empeorar la evolución del problema.

## 4. Objetivo General

Evaluar y diseñar un plan de intervención para un usuario quien presenta Trastorno de Personalidad Límite (TLP), con el propósito de incidir en las dimensiones conductual, cognitivo y fisiológica que caracterizan a este trastorno.

## 4.1 Objetivos Específicos

* Definir el motivo de consulta operacionalmente, identificando las quejas y demandas que llevan al usuario a requerir el servicio terapéutico.
* Realizar una entrevista conductual con el propósito de obtener datos significativos para elaborar el análisis funcional del problema y determinar cómo surge y se mantiene.
* Elaborar el análisis funcional de la variable dependiente (motivo de consulta) con las variables independientes (antecedentes, organismo, contingencias y consecuencias) con el propósito de elaborar una hipótesis explicativa relativa al motivo de consulta.
* Plantear hipótesis encaminadas a explicar y predecir la aparición y mantenimiento del problema.
* Diseñar y aplicar un plan de intervención con base en las hipótesis obtenidas, estableciendo metas terapéuticas e identificando los resultados instrumentales para conseguir resolver la queja.
* Realizar la evaluación del programa de intervención.

# III. ESTUDIO DE CASO

## 1. Descripción del escenario

El espacio físico donde se atendió a la usuaria, es una oficina particular que se adecuó de modo que tuviera las características de un consultorio de atención psicológica, el espacio es de aproximadamente de 15 , las paredes son blancas con algunos cuadros que las decoran, piso completamente alfombrado, cuenta con un sillón individual, un escritorio, una silla desplazable, mesa con florero y clínex, lámpara estilo minimalista al costado del sillón individual y ventanales del techo al piso cubiertos por persianas. Es un espacio lo suficientemente confortable, tranquilo y libre de interrupciones, tiene una iluminación adecuada tanto natural como artificial, la cual se utilizó según el horario en que se atendía a la usuaria.

## 2. Nombre del caso

“Programa de intervención cognitivo conductual en el trastorno de personalidad límite”

## 3. Identificación del paciente

**Nombre**: JLT

**Edad**: 30 años

**Sexo**: Femenino

**Estado Civil**: Soltera

**Escolaridad**: Licenciatura trunca

**Ocupación**: Trabajo Freelance

**Lugar de Nacimiento**: México, D.F.

## 4. Análisis del motivo de consulta

La usuaria acude a consulta refiriendo presentar una “inestabilidad emocional” lo cual define como inestabilidad principalmente en sus relaciones de pareja debido a que estas suelen ser intensas, disruptivas y pasa de idealizar a devaluar a su pareja constantemente, sin embargo, considera que tiene una dependencia a la compañía por lo que generalmente sus relaciones suelen ser prolongadas, hasta que su pareja la abandona. El tema del temor a la soledad y el abandono también son recurrentes en la narrativa de la usuaria, puesto que ella comenta tener un miedo intenso al abandono o separación principalmente de figuras significativas para ella. La usuaria siente que no tiene una identidad propia, que le cuesta mucho trabajo definirse hoy en día debido a que ha ido adquiriendo rasgos en su personalidad que la hacen desconocerse. Por otro lado, tiene una marcada inestabilidad de su autoimagen, en ocasiones ella se siente lo suficientemente capaz de cumplir objetivos y metas, pero solo le dura poco tiempo para que se desanime y por el contrario se sienta totalmente incapaz de continuar. En este sentido, presenta una actitud de gran irresponsabilidad en muchos aspectos de su vida, por ejemplo, se le dificulta mantenerse en un empleo ya que al sentirse desanimada o incapaz comienza a tener conductas irresponsables, como llegar tarde, faltar constantemente, y no tener un buen desempeño.

La usuaria constantemente presenta pensamientos y conductas impulsivas y riesgosas que las hace de manera repentina sin un plan o reflexión de las posibles consecuencias como gastar dinero irresponsablemente, consumir alcohol en exceso y mantener relaciones sexuales sin protección, lo cual le trae un sentimiento crónico de vacío y mucha frustración por fallarse a ella misma.

Por otro lado es pesimista al pensar en su futuro, ya que comenta en este momento de su vida estar en una transición en la cual siente que no tiene nada, como si no existirá, es totalmente dependiente de su familia y actualmente se encuentra desempleada, esto por un lado cubre su necesidad de apego a figuras significativas y dependencia pero le genera un sentimiento de vacio profundo e inestabilidad en sus metas, aspiraciones, valores o planes a futuro.

## 5. Historia del problema

La usuaria indicó que su inestabilidad emocional comenzó en su adultez temprana después de que tuvo un intento de secuestro, este acontecimiento le provoco un temor intenso al exterior ya que lo relacionaba con el peligro, motivo por el cual dejo de salir de su casa. Durante este periodo abandona todo lo relacionado con su crecimiento profesional (estudios y trabajo estable) comienza a sentirse cada vez con menos confianza en sí misma, incapaz de hacer cualquier cosa sola, siente un tremendo miedo al abandono y a la soledad y se encuentra en un estado de depresión constante. Posteriormente, busca ayuda psicológica y psiquiátrica lo cual le ayuda a comenzar a salir de casa, sin embargo, pasa radicalmente a un estado de euforia y descontrol, ella se lo atribuye al hecho de haber estado encerrada tanto tiempo, a partir de este momento, comienza a tener conductas impulsivas, riesgosas, relaciones interpersonales muy inestables, y una irresponsabilidad constante que la limita en su desarrollo profesional.

## 6. Análisis y descripción de las conductas problema

Con base en lo expuesto por la usuaria, ésta presenta un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y escaso control de impulsos.

A continuación se describe operacionalmente el motivo de consulta, en tres dimensiones: nivel conductual, nivel cognitivo y nivel fisiológico.

**Nivel conductual**: irresponsabilidad. Frecuencia: 5 veces a la semana, puede haber más de dos actos de irresponsabilidad durante un día. Duración: pueden ser minutos u horas, Intensidad: 8, morfología: está presente sobre todo en sus empleos, como faltar sin justificación, llegar tarde, tomar entre semana y no levantarse para hacer algo que ya tenía planeado. Latencia: de un día para otro. Actuar por impulso: Frecuencia: 3 veces a la semana, duración: minutos u horas. Intensidad: 8 Morfología: por ejemplo, gastar dinero de manera irresponsable dura lo que le dura el dinero, es decir, no puede administrar sus gastos, así como le llega se lo gasta, otro ejemplo, tener relaciones sexuales con múltiples parejas irresponsablemente generalmente es bajo la influencia del alcohol, si ingiere alcohol dos veces a la semana, es posible que estas dos veces tenga relaciones sexuales sin protección y con diferentes parejas. Latencia de la impulsividad: cada tercer día. Acciones riesgosas. Frecuencia: 2 veces a la semana, Duración: pueden ser segundos o minutos. Intensidad: 8. Morfología: son acciones como ser infiel que pone en riesgo sus relaciones, mantener relaciones sin protección que pone en riesgo su salud, se expone a altas horas de la noche. Latencia: cada tercer día. Ira. Frecuencia: dos veces al mes. Duración: minutos. Intensidad: 8. Morfología: explosiones verbales. Latencia: cada 15 días.

**Nivel cognitivo:** Inestabilidad en sus relaciones interpersonales (idealización y devaluación). Frecuencia: 3 veces por semana, Duración: horas, intensidad: 9 Morfología: tiende a idealizar a sus parejas desde el inicio de la relación y les demanda mucha atención y tiempo, compartir los detalles más íntimos y ser muy intensa, pero cambia rápidamente de idealizar a devaluar sobre todo si la pareja un día no le prestó la atención o el tiempo que ella esperaba. Latencia: cada tercer día. Sentimiento de ser incapaz. Frecuencia: 5 días a la semana es constante durante el día. Duración: minutos intensidad: 6. morfología: se desvalúa constantemente, pensando que no tiene capacidad necesaria, tiende a dormir para evitar pensar en eso. Latencia: de un día para otro. Temor a la soledad: Frecuencia: 2 veces por semana, duración: segundos, intensidad: 6 morfología: pensamientos de extrema preocupación a la separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva. Latencia: 3 días. Buscar salidas/evadir. Frecuencia: 3 veces al día, Duración: segundos intensidad: 8. Morfología. Tiende a evadir todo lo relacionado con los rasgos anteriores manteniéndose ocupada, durmiendo, o saliendo para distraerse. Latencia: cada 8 horas. Ansiedad por pensar en futuro: frecuencia: todos los días. Duración: minutos. Intensidad: 9. Morfología: sensación de miedo e incertidumbre. Latencia: cada dos horas. Pensamientos suicidas: Frecuencia: 1 vez al mes. Duración: segundos. Intensidad: 6. Morfología: Solo son pensamientos vagos, que pasan rápidamente. Latencia: 1 mes. Sentimientos crónicos de vacío: Frecuencia: 3 veces a la semana, Duración: segundos. Intensidad: 7. Morfología: pensamientos y sentimientos recurrentes de falta de identidad, de soledad y de sentir un hueco. Latencia: cada tercer día.

**Nivel fisiológico**: espasmos al dormir. Frecuencia: 3 veces por semana. Duración: segundos. Intensidad: 6. Morfología: saltar inesperadamente en las noches mientras duerme. Latencia: cada tercer día. Tics Nerviosos: Frecuencia: todos los días. Duración: minutos. Intensidad: 7. Morfología: cuando requiere concentrarse o por nervios, mueve rápidamente la pierna, escribir con el dedo lo que va escuchando. Latencia: cada 5 horas. Tensión muscular: Frecuencia: 5 veces al mes, duración: horas, intensidad: 7. Morfología: siente peso en la espalda, como si una mariposa grande la cubriera. Latencia: dos veces por mes.

## 6.1 Análisis Secuencial integrativo

El modelo secuencial integrativo se obtuvo a partir de la entrevista conductual que se llevo a cabo durante el proceso de evaluación.

**Tabla 1.**

**6.1. Análisis Secuencial Integrativo**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A**  **Antecedentes (Antecedentes funcionales)** | **O**  **Organismo** | **R**  **Respuestas**  **(Conductas de interés)** | **K**  **Contingencias** | **C**  **Consecuencias** |
| **Externos**  **-Dónde:** El lugar en donde mayormente se presenta el problema es en su casa, ya que es en donde más tiempo pasa durante la semana, sin que signifique que este sea el único escenario en donde ocurre el problema, principalmente los rasgos a nivel conductual se pueden presentar en cualquier lugar (irresponsabilidad, actuar por impulso, acciones riesgosas e ira)  **-Cuándo:** Comenta que cuando siente por parte de la persona con quien vive, la exigencia para que trabaje y se responsabilice aunque está consciente de que tienen razón, se siente muy presionada y angustiada, por lo que, lejos de ayudarla la inmoviliza, aumenta su nivel de ansiedad y se genera toda la problemática, también por otro lado comenta que las cosas inesperadas (que la deje su novio, que le dé una crisis a su mamá) también influyen para que sus síntomas se agudicen.  **-Con quién:** Principalmente con las personas más cercanas a ella, principalmente con su hermana mayor que es con la que vive, pero también le ocurre con su papá, amigos y pareja.  **-Cómo:** Comenta que puede identificar que principalmente su problema inicia con un acto/ pensamiento impulsivo, posteriormente actúa irresponsablemente o tiene alguna acción riesgosa lo que le trae una sensación de frustración y vacio. Esto es como una constante que se repite y que genera un malestar general en su vida ya que su autoimagen cambia frecuentemente siendo en su mayoría predominantes los pensamientos negativos hacia su persona y capacidad.  -**Temas**: irresponsabilidad, impulsividad, acciones riesgosas, inestabilidad en relaciones interpersonales y autoimagen, pensamientos negativos, sentimientos profundos de vacío, temor a la soledad y desapego.  **Internos**  **-Cognitivos:** Piensa en que no puede, en pedir ayuda, en que tiene mucho miedo y angustia y muy en el fondo “un no quiero” y lo relaciona con el temor al desapego, a perder la comodidad de que alguien vea por ella. Por otro lado es muy pesimista al pensar en su futuro puesto que siente una gran incertidumbre sobre el camino que tomara su vida ya que en este momento comenta no tener nada estable.  **-Acontecimientos históricos probablemente determinantes:** A partir de la agorafobia todo se vino abajo, por la separación que tuvo con la sociedad, fue dejando de creer en ella y de sentirse capaz, su papá le deja de pagar la escuela y se queda estática y tiene un sentimiento de frustración porque estaba en un trabajo en donde no le pagaron y no pudo hacer nada en ese momento para continuar con la escuela y así, sin estudiar, se siente inactiva y deprimida, posteriormente tiene un intento de secuestro y a partir de ese momento todo lo externo lo empieza a asociar con el peligro por lo que durante varios años de su vida vive con este temor, evitando salir al exterior, sin trabajar, sin estudiar, y sintiéndose cada vez menos productiva e incapaz de poder hacer algo por ella. | **Biológico/fisiológico:** La usuaria padeció asma a los 8 años pero solo fue por unos años, ahora ya la tiene totalmente eliminada y no presenta ningún otro problema biológico. Sin embargo, en ocasiones no puede conciliar un sueño profundo debido a los espasmos que presenta a lo largo de la noche, los cuales la despiertan de un salto y cuando esta conciliando el sueño nuevamente vuelve a saltar, esto hace que no pueda descansar bien, como se debe.  **Habilidades: Presencia y carencia:** En cuanto a sus habilidades menciona que es una persona que suele buscar alternativas o soluciones ante una situación complicada, también menciona que tiene facilidad de palabra, para entablar conversaciones con cualquier tipo de personas, se considera hábil socialmente, se considera creativa, se le facilita demostrar sus emociones y sentimientos.  Por otro lado en cuanto a sus déficits de habilidades se considera miedosa en cuestiones que impliquen que ella sea la principal responsable, es muy perezosa y ha dejado de hacer cosas importantes por lo mismo, también se considera muy irresponsable y el mayor conflicto que esto le causa es un sentimiento de frustración por no poder cumplirse a sí misma, ella comenta que es como un ciclo que se repite, en donde primero actúa impulsivamente, posteriormente comete un acto de irresponsabilidad y esto le trae mucha frustración.  **Practicas individuales, sociales y culturales:** La usuaria ha estado desempleada por dos años, esta semana comenzó a trabajar con una empresa en la edición de sus videos promocionales, esto lo hace desde casa y solo ocupa una tercera parte de su día, el resto del día lo ocupa en actividades cotidianas principalmente labores de su hogar y seguido sale con algún amigo o su pareja por las tardes a tomar una cerveza.  También comenta que no es muy apegada a las celebraciones culturales, sin embargo, si las lleva a cabo, como asistir a una boda o cenar con su familia en navidad, aunque estas, sean totalmente irrelevantes para ella.  **Valores:** En este sentido, comenta que tiene una familia integrada aunque muy diferente, atípica y en algún momento fue disfuncional. Su papá era muy lineal, cuadrado y ordinario, responsable y rígido con sus hijas, por otro lado su mamá es extraordinaria y muy desprendida, eran polos opuestos y nunca mantuvieron una comunicación efectiva respecto a la educación de sus hijas, es decir, las hijas sabían que si no estaba su papá podían hacer lo que quisieran porque la mamá no les imponía nada, y cuando estaba su papá tenían que seguir las reglas que el establecía. Ella se considera como una mediadora en su casa, cuando hay algún problema familiar ella trata de mermar el conflicto siendo neutral en la situación. Ella considera que su papa tiene una visión machista, y su mama por el contrario muy feminista, lo cual ella define como no regirse tanto por los hombres, ni sobrevalorarlos. Ella al igual que su mama si tiene una inclinación feminista, se considera una mujer muy entregada a sus relaciones y valora mucho la amistad.  **Creencias:** En este sentido, cree en un Dios que puede ser alguien o algo supremo pero no se rige por ninguna religión. Por otro lado le gusta mucho la naturaleza, la meditación y considera que su bienestar solo lo puede conseguir ella misma. | **Todo tipo de comportamiento y que este en relación con el problema; puede ser**:  **-Motora**: En este nivel la usuaria presenta las siguientes conductas: ***Irresponsabilidad*.** Frecuencia: 5 veces a la semana, puede haber más de dos actos de irresponsabilidad durante un día. Duración: pueden ser minutos u horas, Intensidad: 8, morfología: está presente sobre todo en sus empleos, como faltar sin justificación, llegar tarde, tomar entre semana y no levantarse para hacer algo que ya tenía planeado. Latencia: de un día para otro. ***Actuar por impulso*:** Frecuencia: 3 veces a la semana, duración: minutos u horas. Intensidad: 8 Morfología: por ejemplo, gastar dinero de manera irresponsable dura lo que le dura el dinero, es decir, no puede administrar sus gastos, así como le llega se lo gasta, otro ejemplo, acostarse con múltiples parejas irresponsablemente generalmente es bajo la influencia del alcohol, si ingiere alcohol dos veces a la semana, es posible que estas dos veces tenga relaciones sexuales sin protección y con diferentes parejas. Latencia de la impulsividad: cada tercer día. ***Acciones riesgosas*.** Frecuencia: 2 veces a la semana, Duración: pueden ser segundos o minutos. Intensidad: 8. Morfología: Son acciones como ser infiel que pone en riesgo sus relaciones, mantener relaciones sin protección que pone en riesgo su salud, se expone a altas horas de la noche. Latencia: cada tercer día  ***Ira*.** Frecuencia: dos veces al mes. Duración: minutos. Intensidad: 8. Morfología: explosiones verbales. Latencia: cada 15 días.  **-Fisiológica:** En este nivel Diana presenta las siguientes reacciones: ***Espasmos al dormir*.** Frecuencia: 3 veces por semana. Duración: segundos. Intensidad: 6. Morfología: saltar inesperadamente en la noche mientras duerme. Latencia: cada tercer día. ***Tics Nerviosos*:** Frecuencia: todos los días. Duración: minutos. Intensidad: 7. Morfología: cuando requiere concentrarse o por nervios, mueve rápidamente la pierna, escribir con el dedo lo que va escuchando. Latencia: cada 5 horas. ***Tensión muscular:*** Frecuencia: 5 veces al mes, duración: horas, intensidad: 7. Morfología: siente peso en la espalda, como si una mariposa grande la cubriera. Latencia: dos veces por mes.  **-Cognitiva:** En este nivel la usuaria presenta los siguientes pensamientos: ***Inestabilidad en sus relaciones interpersonales (idealización y devaluación.*** Frecuencia: 3 veces por semana, Duración: Horas, intensidad: 9 Morfología: tiende a idealizar a sus parejas desde el inicio de la relación y les demanda mucha atención y tiempo, compartir los detalles más íntimos y ser muy intensa, pero cambia rápidamente de idealizar a devaluar sobre todo si la pareja un día no le prestó la atención o el tiempo que ella esperaba. Latencia: cada tercer día. ***Sentimiento de ser incapaz*.** Frecuencia: 5 días a la semana es constante durante el día. Duración: minutos intensidad: 6. morfología: se desvalúa constantemente, pensando que no tiene capacidad necesaria, tiende a dormir para evitar pensar en eso. Latencia: de un día para otro. ***Temor a la soledad*:** Frecuencia: 2 veces por semana, duración: segundos, intensidad: 6 morfología: pensamientos de extrema preocupación a la separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva. Latencia: 3 días. ***Buscar salidas/evadir.*** Frecuencia: 3 veces al día, Duración: segundos intensidad: 8. Morfología. Tiende a evadir todo lo relacionado con los rasgos anteriores manteniéndose ocupada, durmiendo, o saliendo para distraerse. Latencia: cada 8 horas. ***Ansiedad por pensar en futuro*:** frecuencia: todos los días. Duración: minutos. Intensidad: 9. Morfología: sensación de miedo e incertidumbre. Latencia: cada dos horas. ***Pensamientos suicidas*:** Frecuencia: 1 vez al mes. Duración: Segundos. Intensidad: 6. Morfología: Solo son pensamientos vagos, que pasan rápidamente. Latencia: 1 mes. ***Sentimientos crónicos de vacío*:** Frecuencia: 3 veces a la semana, Duración: segundos. Intensidad: 7. Morfología: pensamientos y sentimientos recurrentes de falta de identidad, de soledad y de sentir un hueco. Latencia: cada tercer día. | **Eventos que después de la ocurrencia de la conducta de interés, la incrementan, decrementan o modifican (Del entorno, de otros o de él mismo):**  Principalmente riñas con su familia, inestabilidad en sus relaciones interpersonales, sensación de frustración, depresión y eso la lleva a inmovilizarse, siente una carga enorme que no puede controlar, la lleva a excesos y vicios, como dormir, el sexo, fumar y tomar.  **-Incrementan:**  Lo refuerza el alcohol porque se siente peor después, el sexo ocasional ya que le provoca un sentimiento de vacío, inmovilizarse y deprimirse también refuerzan ya que al deprimirse busca la forma de evadir y no en sí de buscar solución a sus problemas.  **-Merman:** Las peleas familiares lo merman ya que la hacen reflexionar y querer mejorar la relación. | **Que ocurre como resultado de la conducta de interés :**  **-A corto plazo**: La usuaria sabe que a corto plazo su comportamiento podría empeorar la relación con su familia, principalmente con su hermana con la vive actualmente puesto que esta ya le ha exigido muchas veces que haga algo de su vida sobre todo que encuentre un empleo estable para que pueda apoyarla económicamente en los gastos de la casa, y de no ser así, ya no la seguirá acogiendo y apoyando en su casa.  **-A mediano Plazo o a largo plazo:** La usuaria considera que los costos serian muy caros a mediano plazo o largo plazo ya que se siente en el límite respecto a su ciclo vital para emprender y hacer “algo” con su vida, de no ser así, se sentirá más deprimida, mas incapaz, con mayor temor a separarse de su familia y volverse una persona autónoma y no lograr estabilizarse con una pareja y por ende no lograr formar una vida independiente.  **-Externas:** Considera que de seguir así significaría abandonarse, sería dejar su vida completa, no vivir, no trabajar, no ser feliz, no tener una pareja estable y piensa que su familia y gente cercana no quisieran estar con una persona así.  **-Internas:** La principal sensación inmediata cuando se presenta el problema es la frustración, después se siente deprimida y posteriormente piensa que aprende a vivir con eso como si se adaptara a vivir con sus malestares aun cuando sabe que hay opciones para cambiarlos. |
| VARIABLE INDEPENDIENTE 2 | VARIABLE INDEPENDIENTE 4 | **VARIABLE DEPENDIENTE 1** | VARIABLE INDEPENDIENTE 5 | VARIABLE INDEPENDIENTE 3 |

## 6.1.1 Análisis funcional

El análisis funcional se obtuvo por medio del modelo secuencial integrativo el cual se utilizó como modelo de evaluación.

De acuerdo con el modelo secuencial integrativo:

La usuaria presenta una inestabilidad en sus relaciones interpersonales, aunque suele tener relaciones duraderas, éstas se caracterizan por ser intensas, inestables y conflictivas, además de cambiar rápidamente de idealizar a devaluar a la persona, sobre todo cuando siente que a la otra persona no le importa demasiado, no le da lo suficiente, o “no está” para ella el tiempo necesario. En este sentido la usuaria tiende a buscar a otras personas que la hagan sentir importante, por lo que llega a serle infiel a su pareja. Aun así, ella trata de mantenerse con la misma persona ya que tiene un enorme temor a la separación y a la soledad, por lo que a consecuencia busca permanecer con alguien e incluso soportar insultos o humillaciones con tal de que esa persona “esté ahí” para cubrir sus propias necesidades.

Por otro lado tiene una marcada alteración de la identidad caracterizada por una autoimagen pobre e inestable, es decir, continuamente se siente una persona incapaz de hacer algo productivo/positivo para ella misma, por ejemplo, se siente incapaz de mantener un empleo estable, ya que se juzga de no tener la capacidad para desenvolverse efectivamente además de considerar inalcanzable ser una persona autónoma/responsable por lo que sus metas, valores y aspiraciones profesionales son muy cambiantes y no encuentra la forma de dar el primer paso. Esto hace que Diana continuamente tenga sentimientos crónicos de vacio e incluso llega a pensar que no tiene una personalidad o identidad definida, a veces se desconoce y tiene la sensación de no existir en lo absoluto.

Otro rasgo muy importante a considerar en la personalidad de la usuaria son las conductas y pensamientos impulsivos, en ocasiones solo son pensamientos pero continuamente se consuman en actos sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias, por ejemplo, gastar irresponsablemente, abusar de las bebidas alcohólicas principalmente en días en los que al día siguiente tiene planes, como trabajar, ver a su familia, ir a una entrevista, etc., y no cumplir con sus compromisos, también actúa impulsivamente al mantener relaciones sexuales con múltiples parejas sin protección, esto también es generalmente bajo la influencia del alcohol. La usuaria comenta que es como un ciclo que se repite en donde primero piensa/actúa impulsivamente, posteriormente comete un acto de irresponsabilidad o riesgoso y finalmente esto le trae mucha frustración por no poder cumplirse a ella misma. Ante los actos riesgosos o irresponsables ella suele buscar salidas de evasión, es decir, no se concientiza de sus actos, siempre les encuentra una justificación o simplemente los evade.

La usuaria también demuestra una inestabilidad en su estado de ánimo, principalmente en periodos de pánico, ansiedad, estrés, y desesperación, a lo cual puede reaccionar de forma irritable mediante explosiones verbales y manifestarse sarcásticamente. A nivel fisiológico presenta espasmos al dormir, tics nerviosos y tensión muscular.

Así pues, estas experiencias suelen ocurrir principalmente en ocasiones en las que la usuaria siente la falta de una relación significativa, de cuidados y de apoyo, por ejemplo, que su hermana con la que vive discuta con ella, la falta de iniciativa que tiene y la falta de irresponsabilidad, que le exija se responsabilice, esto le hace sentir mucho estrés y temor y lejos de ayudarla la hunde más, puesto que siente latente la posibilidad de que su hermana deje de apoyarla y encontrarse sola, haciéndose responsable de sí misma. Por otro lado, el abandono inesperado de su pareja (real o imaginado) también es una causa importante que agudizan estos episodios. Generalmente el problema se presenta en su casa, ya que es en donde más tiempo pasa durante la semana, sin que signifique que este sea el único escenario en donde ocurre el problema, principalmente los rasgos a nivel conductual se pueden presentar en cualquier lugar. Como se menciono arriba principalmente su problema inicia con un acto/pensamiento impulsivo, posteriormente actúa irresponsablemente o tiene alguna acción riesgosa que le trae una sensación de frustración y vacio.

Se considera como principal hecho determinante de su problema el que su papá le deja de pagar la escuela en la que estudiaba cine, lo cual era su principal sueño en la vida, esto le causa un sentimiento de mucha frustración ya que ella no pudo continuar estudiando con sus propios recursos. Unos meses después tiene un intento de secuestro por lo que a partir de ese momento todo lo externo lo empieza a asociar con el peligro, totalmente aislada, encerrada en su casa y sin pedir ayuda todo se viene abajo, por la separación que tuvo con la sociedad, fue dejando de creer en ella, a sentirse incapaz, deprimida e inactiva. Esta situación perdura y en el transcurso pierde su anterior “personalidad” evitando salir al exterior, sin trabajar, sin estudiar y sintiéndose cada vez menos productiva e incapaz de hacer algo por ella. Después de 4 años de encierro decide pedir ayuda y le diagnostican “agorafobia” y a partir de ese momento, ella se siente respaldada por ya saber “qué le sucedía”, le prescriben un ansiolítico llamado “paroxetina” y esto refuerza la idea de que puede volver a tomar el control de su vida, sin embargo, comienza a tener conductas impulsivas y riesgosas por lo que comienza a estar presente el problema que la limita hoy en día.

Desde esta perspectiva, este comportamiento a corto plazo, podría empeorar la relación con su familia, principalmente con la hermana que vive actualmente, puesto que ésta, ya le ha exigido muchas veces que se responsabilice de su vida, que encuentre un empleo estable para que pueda apoyarla económicamente en los gastos de la casa, y de no ser así, ya no la seguirá apoyando. Sin embargo, a mediano o largo plazo, también se percibe consecuencias importantes, y Diana sabe de antemano que los costos serán muy caros porque se siente en el límite respecto a su edad para emprender y hacer “algo” con su vida, de no ser así, se sentirá más deprimida, incapaz y con mayor temor a separarse de su familia y volverse una persona autónoma, no lograr estabilizarse con un pareja y por ende no lograr formar una vida independiente. Esto significaría abandonarse, dejar su vida completa, no vivir, no trabajar, no cumplir metas y por ende vivir con una sensación de frustración, depresión e incluso se podrían presentar conductas autolesivas o incluso suicidas que son propias de los rasgos de este trastorno.

La usuaria presenta un estado de salud bueno, aunque rara vez acude al doctor para chequeos generales. Cuando tenía 8 años padeció de asma, sin embargo, solo fue por unos años y actualmente la tiene totalmente eliminada.

Se puede señalar que el problema de la usuaria, se mantiene dado a que presenta algunas carencias en torno a sus habilidades para hacer frente al problema; es muy miedosa en cuestiones que impliquen que ella sea la principal responsable, y aunque ha tenido oportunidades laborales las ha rechazado por su falta de confianza; por otro lado, es demasiado perezosa y aunado a su falta de iniciativa deja de hacer cosas que puedan generar un cambio; la irresponsabilidad es parte fundamental para mantener su comportamiento, pues al no lograr cumplirse metas se siente frustrada y se derivan otros rasgos que forman un ciclo que no le permite salir de su problema.

Otro motivo que incrementan su problema, es que estuvo desempleada por dos años, hasta hace algunas semanas que encontró un trabajo para trabajar desde su casa, sin embargo, es un tanto ambiguo ya que le dijeron que editaría videos promocionales pero hasta este momento no le han dado el material para que ella comience a desarrollarlo. Ante esta situación ella continua inactiva en su casa y a pesar de que busca distraerse con actividades, es mucho el tiempo que pasa sola sin hacer algo productivo que merme su situación.

Los valores que le fueron inculcados se contraponen; por un lado, su mamá siempre les dio demasiada libertad y tuvo un papel permisivo en la educación de sus hijas; por otro lado, su papá fue muy autoritario, hasta cierto punto machista y su mamá por el contrario muy feminista, por lo que es posible que en la usuaria haya influido esta discordancia de acuerdos, siendo temerosa por el exceso de autoridad e irresponsable por haberle otorgado afecto y libertad sin ponerle limites o reglas.

Por último, existen eventos que después de que se suscita la conducta de interés incrementan el comportamiento de la usuaria, como beber en exceso debido a que la lleva a ser irresponsable, actuar impulsivamente motivo por el cual después del evento se siente devastada por sus conductas. El sexo ocasional también incrementa el problema, al ser un evento que la deja con un sentimiento de vacío y le ha ocasionado muchos problemas en sus relaciones, siendo en ocasiones el motivo principal de abandono por parte de sus parejas. Así mismo, cuando se deprime tiende a ser muy evasiva y aunque tenga un sentimiento desagradable, tiende a evadir, no concientiza y finalmente no busca solución a sus problemas.

En conclusión, cuando la usuaria refiere presentar inestabilidad en sus emociones, conductas impulsivas o riesgosas y pensamientos de ser incapaz, estás se activan por haber permanecido cuatro años encerrada debido al temor a salir al exterior y pierde toda confianza en ella misma. Este problema se mantiene debido al escaso control en algunas situaciones, como beber en exceso, el sexo ocasional ya que le provoca un sentimiento de vacío y la poca actividad hacia su crecimiento profesional que tiene lo que puede estar influyendo en la dificultad para conciliar un sueño profundo debido a los espasmos que presenta en la noche y en la carencia de habilidades para responsabilizarse y de no hacer algo al respecto el sentimiento de frustración será cada vez más grande lo que reforzará los pensamientos negativos de autoimagen, el temor a la separación con su familia y por lo tanto seguiría en un estado de dependencia sin poder independizarse y sin ganar autonomía, además de continuar con la inestabilidad psicosocial que predomina en su personalidad.

## 7. Establecimiento de las metas del tratamiento

De acuerdo con los datos obtenidos en el proceso de evaluación se considero clínicamente relevante:

Metas conductuales

* Que la usuaria pueda controlar y disminuir las conductas impulsivas que presenta (gastos sin control, abuso en el consumo de alcohol, relaciones sexuales con múltiples parejas).
* Que la usuaria disminuya la irresponsabilidad en su vida, con la finalidad de que pueda desenvolverse efectivamente en sus procesos laborales y profesionales.
* Que la usuaria disminuya las acciones riesgosas como exponerse a altas horas de la noche, mantener relaciones sexuales sin protección, ser infiel).
* Que la usuaria logre controlar sus reacciones de ira, principalmente cuando habla impulsivamente.

Metas cognitivas

* Que la usuaria disminuya la inestabilidad en sus relaciones interpersonales (idealizar y devaluar a su pareja)
* Que la usuaria disminuya los pensamientos automáticos de ser incapaz, temor hacia el futuro, miedo a la soledad/separación y sentimientos de vacío.
* Que la usuaria pueda tener un concepto más estable de su autoimagen, orientándola hacia lo positivo.
* Que la usuaria reconozca, sienta y piense que tiene una identidad y pueda definirse de una forma alternativa y positiva.

Metas fisiológicas

* Disminuir la frecuencia e intensidad de los espasmos que presenta la usuaria a la hora de dormir.
* Disminuir la frecuencia e intensidad de los tics nerviosos que presenta la usuaria.
* Disminuir la frecuencia e intensidad de la tensión muscular que presenta la usuaria.

## 8. Objetivos terapéuticos

Con base a las metas del tratamiento descritas con anterioridad, los objetivos terapéuticos son los siguientes:

1.- Por medio de técnicas de autocontrol la usuaria identifique la forma en que funciona su comportamiento en términos conductuales, cognitivos y fisiológicos.

6.- Entrenar a la usuaria en habilidades básicas de auto conciencia, con el objetivo de que la usuaria aprenda a controlar sus cogniciones.

7.- Entrenar a la usuaria en habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar.

## 9. Selección del tratamiento más adecuado

Para la elección del tratamiento, se realizó una revisión de las terapias más utilizadas en personas con TLP. En este sentido, se han tomado en cuenta los postulados de Aaron Beck con su propuesta de reestructuración cognitiva, y la Terapia Dialéctica Comportamental de Marsha Linehan, la cual es el enfoque de tratamiento mejor validado en el panorama científico actual debido a que es un desarrollo cognitivo conductual altamente estructurado que combina el entrenamiento en habilidades de regulación emocional en grupo con sesiones de terapia individual en la que se utilizan estrategias terapéuticas especificas (Torres, 2007). En base a esta revisión y el análisis funcional que se realizo, se buscaron las técnicas más adecuadas para intervenir en las quejas y demandas que preciso la usuaria presentar. De este modo el plan de intervención quedo de la siguiente manera:

**Reestructuración cognitiva**

La reestructuración cognitiva aborda la producción del estrés y el sesgo en el procesamiento de la información, como pensamientos absolutistas (“no hago nada bien”) catastrofistas (“pareceré tonto y será tan vergonzoso), pensamientos que estiman erróneamente las probabilidades (“nunca saldrá conmigo). La reestructuración cognitiva aborda esos sesgos en el procesamiento de la información (Deffenbracher, 1998).

Con esta técnica se pretendió incidir en la dimensión de antecedentes internos, dado que el dialogo interno de la usuaria muchas veces era irracional y negativo, teniendo pensamientos automáticos (desvalorarse al pensar que es incapaz y pensar que no tiene una identidad definida) que le generaban incertidumbre, temor y sentimientos de vacío.

La restructuración cognitiva, permitió que la usuaria identificara los pensamientos no adaptativos que estaban distorsionando la realidad, dificultando la consecución de los objetivos y originando emociones no adecuadas a las situaciones. Por otro lado, la técnica permitió que la usuaria analizara los pensamientos no adaptativos en tres dimensiones: Objetividad (hasta qué punto se ajustan a la realidad), consecuencias y relatividad (qué pasaría si lo que se piensa fuera cierto), al mismo tiempo que busco pensamientos alternativos que utilizo como auto instrucciones, con la intención de que le permitieran ver la realidad de una forma más objetiva.

**Autocontrol**

Específicamente se utilizo la técnica de autoregistro, misma que permitió que la usuaria observara y registrara sistemáticamente su conducta, lo cual es consistente con el principio del individuo como colaborador y principal agente de cambio. El auto registro también puede emplearse para registrar respuestas subjetivas, encubiertas, no disponibles para los observadores externos (Rehm, 1998).

Con esta técnica de autocontrol se busco incidir en las conductas provocadas por emociones o pensamientos disfuncionales como, conductas impulsivas, riesgosas e irresponsables (beber demasiado alcohol, relaciones sexuales sin protección, arriesgarse a altas horas de la noche) por medio del registro de las mismas, generando que la usuaria concientizara sus conductas y fuera tomando más control sobre éstas.

**Entrenamiento en habilidades**

La usuaria presenta déficits de habilidad en diferentes dimensiones, es por eso que esta técnica se considero apropiada para su intervención. Además de ser una de las más utilizadas en casos de TLP dentro de la terapia dialectico comportamental que está dirigida principalmente a dotar a los individuos de estrategias que les ayuden a regular mejor sus emociones. La TDC contempla principalmente cuatro habilidades especificas para personas que presentan TLP: Habilidades básicas de conciencia (Confusión acerca del yo, identidad, vacio), habilidades de efectividad interpersonal (Caos interpersonal, relaciones inestables), habilidades de regulación de las emociones (inestabilidad emocional y de estados de ánimo), habilidades de tolerancia al malestar (impulsividad).

**Las habilidades básicas de conciencia** son las primeras que se enseñan y su entrenamiento se trabaja durante todo el tratamiento por medio de técnicas *mindfulness*, por ejemplo, se le pidió a la usuaria que una vez al día tuviera “un minuto de atención plena”, por ejemplo, concentrarse durante un minuto en su respiración, concentrarse en algún objeto o en las actividades cotidianas como lavarse los dientes, bañarse, etc. El objetivo es que la usuaria aprenda a controlar su propia mente, en vez de dejar que está la controle a ella. Los ejercicios de *mindfulness* ayudan a que el usuario concentre su atención en el “aquí y ahora”.

**Las habilidades de eficacia interpersonal** se trabajan por medio de *role playing* de situaciones hipotéticas o situaciones reales planteadas por la usuaria que resulten problemáticas, Primero se le pidió a la usuaria que analizara las situaciones y determinara los objetivos a lograr en las mismas, posteriormente tendría que analizar los factores que contribuyen a la efectividad interpersonal y aquellos que interfieren en la misma. Finalmente tuvo que analizar aspectos que hay que considerar antes de pedir algo, expresar una opinión o decir que no. En este contexto, también se utilizo la técnica de escenas simuladas y ensayo de conducta, que incluyeron que la usuaria 1) identificara una situación problema que estuviera relacionada con su inestabilidad en relaciones interpersonales 2) proponer objetivos de alcance 3) buscar alternativas para enfrentar esta situación 4) se represento la situación de forma alternativa.

**Las habilidades de regulación de las emociones** se trabajaron haciendo que la usuaria aprenda a observar su respuesta emocional de una forma consciente y no sentenciosa mientras que se le animó a tolerar sus emociones y al mismo tiempo fuera capaz de cambiar la respuesta emocional y conductual que da a ellas. Por lo tanto tuvo que identificar y nombrar emociones y reconocer la función que éstas cumplían en su entorno, para ello se utilizaron técnicas para aumentar la conciencia y frecuencia de las emociones positivas, por ejemplo, por medio de actividades agradables, y para reducir el impacto de las negaciones negativas, por ejemplo, cambiando la respuesta que se le da a ellas mediante la acción opuesta a la emoción.

Por último, las **habilidades de tolerancia al malestar** las cuales se dividen en dos bloques: Habilidades de supervivencia a las crisis y habilidades de aceptación de la realidad. Las primeras van dirigidas a aprender a tolerar el dolor en una situación dada sin recurrir a conductas impulsivas que mantengan o aumenten el sufrimiento. Las técnicas que se le enseñaron estuvieron dirigidas a que aprendiera a darle una nueva respuesta a las crisis: distraerse, proporcionarse estímulos positivos, mejorar el momento por medio de la imaginación, la relajación y pensar en los *pros* y los contras de la conducta impulsiva. Por otro lado, las habilidades de aceptación de la realidad tienen que ver con aceptar, de una forma no enjuiciadora, a uno mismo y a la situación actual tal como se presenta en el momento. Esto serviría para aprender a percibir y experimentarse a sí misma y a su ambiente. Estas técnicas incluyen la aceptación radical, dirigir la mente hacia la aceptación y cultivar la buena disposición. Se trabajaron, con este propósito, ejercicios de conciencia de uno mismo y el entorno, y de autobservación.

**Entrenamiento en solución de problemas**

Esta técnica tiene como principal objetivo ayudar a los individuos las situación que resultan estresantes en su vida, que constituyen los antecedentes de una reacción emotiva negativa, y así poder minimizar el grado en que esta respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento. Por otro lado, busca dotar al individuo de mayor eficacia en sus intentaos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.

Los componentes del entrenamiento en solución de problemas son los siguientes:

-Orientación hacia el problema. La usuaria identificara y reconocerá correctamente los problemas cuando ocurren y se le inculcara la idea de que los problemas de la vida son normales e inevitables y con el entrenamiento en solución de problemas tendrá una herramienta viable para enfrentarlos.

-Definición y formulación del problema. Se buscara información de todos los hechos disponibles sobre el problema tratando de describirlos claramente sin ambigüedades e identificar las circunstancias y factores que hacen de la situación un problema en base a esta información se establecerá una serie de objetivos realistas para la solución del problema.

-Generación de alternativas. Se generara la mayor cantidad de soluciones alternativas al problema por medio de lluvia de ideas.

-Toma de decisiones. Se valoran y analizan las diferentes alternativas anticipando las consecuencias positivas y negativas.

-Implementación de la solución. Finalmente se lleva a cabo el proceso de implementación de alternativas a los problemas que se presentan y se hace la verificación, para rectificar que la respuesta en realidad fue positiva.

El entrenamiento en solución de problemas en la intervención tuvo como objetivo dotar a la usuaria de herramientas que le sirvieran para enfrentar situaciones que resultaran problemáticas en ese momento de su vida, por ejemplo, en la inestabilidad de sus relaciones personales y familiares, la intolerancia a la frustración y en la confusión que presenta por distintos objetivos y metas.

**Economía de fichas**

Esta técnica se empleo primordialmente para aumentar el nivel de responsabilidad de la usuaria, ya que es algo que la estaba limitando bastante para llevar a cabo procedimientos laborales, familiares, o situacionales. Esta técnica le permitió llevar un calendario de registro con metas a cumplir durante el proceso de intervención dirigidas a fomentar en la usuaria actividades para mejorar su compromiso en las áreas que se le estaba dificultando, por ejemplo, levantarse temprano o buscar empleo, y al recibir un estimulo positivo por lograr acciones responsables, se fomento este valor en su estilo de vida.

Para llevar a cabo la economía de fichas primero se negoció con la usuaria las conductas que se tomarían en cuenta para la realización de esta técnica, por ejemplo, levantarse a cierta hora todos los días aunque no tenga un compromiso, mandar CV para encontrar un empleo, etc. Una vez identificadas las conductas que se tomaron en cuanta se le pidió a la usuaria que en una cartulina enlistara estas conductas meta, en un calendario de lunes a viernes. Cuando logro cumplir con la conducta meta coloco una palomita en su cartulina y cuando no logro cumplir con la conducta coloco una tache, al final de la semana se hacia un conteo de las palomitas para saber si se cumplió con el objetivo, lo relevante de esta actividad es que la usuaria tuviera presente la forma de actuar responsablemente y comience a incorporarlo en su estilo de vida.

**Relajación autógena**

La relajación Autógena se empleo con la intención de disminuir el nivel de estrés y ansiedad que presentaba, pero además de funcionar como un relajante externo también por medio de repeticiones verbales positivas se pretendió otorgar una sensación de tranquilidad y confianza en la usuaria.

Se pretendió entrenar a la usuaria para llevar a cabo el procedimiento de relajación, en donde el terapeuta trato de inducirla a estados de relajación a través de autogestiones sobre: 1) sensaciones de pesadez y calor en sus extremidades; 2) Regulación de los latidos de su corazón; 3) Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo; y 4) Concentración pasiva en su respiración.

**Relajación progresiva**

La relajación progresiva es una técnica empleada para disminuir la tensión muscular, y dado que la tensión muscular acompaña a la ansiedad, se puede reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tensión muscular.

Para llevar a cabo la técnica se le pidió a la usuaria que cerrara los ojos y comenzara a concentrarse en su respiración, posteriormente se le fue guiando para ir tensando diferentes grupos musculares, comenzando por los pies, pantorrillas, muslos y glúteos, después el abdomen, tórax, hombros y brazos y finalmente por el cuello y los músculos de la cara.

El principal objetivo de esta técnica fue disminuir el nivel de estrés y tensión muscular ocasionado por la ansiedad que presenta la usuaria con la finalidad de que se vieran disminuidos los aspectos fisiológicos (tensión muscular, tics y espasmos). Por otro lado, resulto una técnica bastante práctica para que la usuaria la llevara a cabo desde su casa.

## 10. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos antes del tratamiento

La pre-evaluación, se realizó tomando una línea base durante cuatro semanas siendo una sesión por semana. Inicialmente se le otorgó a la usuaria una carta consentimiento informado (Apéndice 1) en donde se expusieron las condiciones de confidencialidad y anonimato, la cual tuvo que ser leída y firmada por la usuaria para proceder con el tratamiento. Durante las primeras cuatro semanas, se definió el motivo de consulta operacionalmente y se dio paso a realizar la entrevista conductual para obtener más información que complementara los indicadores del comportamiento objetivo que ya se tenían identificados y así dar paso a la realización del análisis secuencial integrativo (Tabla 1) y posteriormente al análisis funcional del comportamiento.

Después de la evaluación conductual se aplico la Escala de Impulsividad de Barrat (Bis-11, Patton, Stanford & Barrat, 1995), la cual consta de 30 reactivos divididos en tres factores que miden: 1) la inatención e inestabilidad cognitiva, 2) impulsividad motora y carencia de perseverancia y 3) carencia de autocontrol e intolerancia a la complejidad cognitiva. Cuenta con un alfa de cronbach de 0.79 (Cuevas & Hernández, 2008). Los reactivos se responden con una escala tipo Licker de cuatro opciones (nunca, ocasionalmente, a veces, siempre) cada opción con un valor numérico correspondiente a 0,1,2,3,4 donde 4 indica la respuesta más impulsiva. La suma total de las respuestas muestra el nivel de impulsividad para cada una de las tres subescalas: impulsividad motora (se refiere a una tendencia a actuar sin pensar), impulsividad cognitiva (se relaciona con una propensión a tomar decisiones rápidamente) e impulsividad no planificada (se identifica con una tendencia a no trazar planes y realizar tareas de forma descuidada) siendo el rango de 0 a 120.

Para la interpretación no existen puntuaciones de corte, se suele utilizar la mediana de la distribución para la interpretación de los resultados (Franco, Molina, Granados & De la Fuente, 2011). La puntuación obtenida por la usuaria fue la siguiente:

**Puntuación total: 86**

**Cognitiva: 16**

**Motora: 27**

**No planeada: 43**

Este resultado puede interpretarse de acuerdo con los puntajes de corte como un alto nivel de impulsividad que presento la usuaria, principalmente en la que se refiere a las conductas no planeadas (ver apéndice 2).

Finalmente, con los datos obtenidos hasta el momento en la pre-evaluación, se compararon los elementos con los criterios diagnósticos en el DSM-V del trastorno de personalidad límite para una correcta toma de decisiones.

En este sentido la usuaria presento ocho criterios de los nueve estipulados por el DSM-V para el TLP, los cueles fueron los siguientes:

**Tabla 2. Comparación de los criterios diagnósticos por el DSM-V para el TLP y la sintomatología de la usuaria**

|  |  |
| --- | --- |
| **Criterios diagnósticos por el DSM-V para el TLP** | **Síntomas de la usuaria** |
| 1.- Esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginario. | La usuaria presentaba un temor muy grande a la separación y al abandono por parte de las figuras significativas para ella, como su familia, amigos y parejas. Estos temores estaban relacionados con una intolerancia a la soledad y a una necesidad de apego. |
| 2.- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación. | La usuaria tenía relaciones interpersonales constantemente inestables ya que solía idealizar a su pareja muy rápidamente, demandaba pasar mucho tiempo juntos y compartía los detalles más íntimos de una relación demasiado pronto. Sin embargo, pasaba de idealizar a devaluar a su pareja constantemente y sentir que a la otra persona no le importa tanto a la menor señal. |
| 3.- Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo. | La usuaria decía no tener una identidad propia dado que había adquirido rasgos que la hacían desconocerse. Por otro lado, su autoimagen era muy cambiante puesto que había días que sus metas, aspiraciones y capacidades las tenia bien definidas y de manera positiva pero fácilmente se distorsionaba esta concepción pasando a desvalorarse y sentirse incapaz. |
| 4.- Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). | La impulsividad en la usuaria estaba dada principalmente en gastos irresponsables, relaciones sexuales con múltiples parejas, acciones riesgosas como salir sola a altas horas de la noche, consumo de alcohol desmesurado y falta de planeación. |
| 5.- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas. | La usuaria no presenta conductas suicidas ni autolesivas. |
| 6.- Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado del ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días). | La usuaria presentaba una notable desregulación en sus emociones, incluso esta fue la principal causa que la llevo a terapia, pasaba de un estado de ánimo de irritabilidad o ansiedad a un estado pasivo en un lapso de tiempo muy corto. Estos aspectos complicaban su efectividad en sus relaciones interpersonales. |
| 7.- Sensación crónica de vacío. | Los sentimientos de vacio se generaban debido a la falta de identidad que presentaba la usuaria, y las conductas impulsivas que la llevaban a realizar conductas irresponsables y riesgosas, esta situación le hacía sentir mucha frustración por no poder controlar sus impulsos y al enfrentar las consecuencias se encontraba con este sentimiento crónico de vacío. Por otra parte, también solía aburrirse con facilidad, por lo que constantemente buscaba la forma de distraerse o evadir este vacío durmiendo. |
| 8.- Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). | En este sentido la usuaria presentaba enfados intensos que se reflejaban principalmente en explosiones verbales y en ocasiones también llegaba a la agresión física. |
| 9.- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. | La usuaria presentaba ideas paranoides relacionadas con el estrés que le provocaba pensar en la separación o el abandono, esto podía ser real o imaginado, la usuaria tendía a ser muy negativa en sus planes hacia futuro y pensar en que podía presentar posibles ataques de pánico en ciertas circunstancias, sobre todo en las vinculadas con la separación de sus figuras significativas. Por otro lado, como mecanismo de defensa para minimizar o tolerar el estrés, la usuaria se autoengañaba, alejándose de la realidad. |

Al tener reunida toda la información en la pre-evaluación los datos sirvieron para crear el formato de “autoregistro” (Apéndice 3) y así obtener la línea base en términos de frecuencia, intensidad y duración en los aspectos cognitivos, conductuales y fisiológicos que presentaba la usuaria.

Los resultados de la línea base que se registro durante una semana fueron los siguientes:

**Tabla 3. Resultados obtenidos durante la línea base**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognitivo** | **Frecuencia** | **Duración** | **Intensidad** |
| Inestabilidad en sus relaciones interpersonales (idealiza y desvalúa) | 3.42 | 77.14 | 7.8 |
| Sentimiento de ser incapaz | 2.57 | 87.85 | 6.8 |
| Buscar salidas/evadir | 3.85 | 135 | 8.4 |
| Miedo e incertidumbre por pensar en su futuro | 3.85 | 112.14 | 7.4 |
| Temor a la soledad/separación | 5.14 | 280.71 | 8.2 |
| Sentimientos de vacio | 5.14 | 413.57 | 9 |
| **Conductual** |  |  |  |
| Actos de irresponsabilidad | 3.71 | 102.85 | 8.4 |
| Actos impulsivos | 3.85 | 219.28 | 8.1 |
| Acciones riesgosas | 2.71 | 101.42 | 6.1 |
| Explosiones verbales | 2 | 15.71 | 7.8 |
| **Fisiológico** |  |  |  |
| Espasmos al dormir | 2.42 | 21.42 | 7.1 |
| Tics nerviosos | 2.28 | 25.71 | 7.4 |
| Tensión muscular | 2.42 | 70.71 | 8.1 |

La tabla 3 muestra el promedio de los resultados arrojados por los autoregistros correspondientes a la línea base. Frecuencia: En unidades. Duración: En minutos. Intensidad: En una escala del 1 al 10.

## 11. Tratamiento

El tratamiento se realizo en el transcurso de 11 sesiones con una frecuencia de una sesión semanal con una duración aproximada de una hora cada una. A continuación se describirán brevemente los aspectos que identificaron cada sesión. Así mismo, se realizo una carta descriptiva de cada encuentro terapéutico (Ver apéndice 4).

**Fase I: Evaluación**

* **Sesión 1:** Durante la primera sesión se estableció el rapport con la usuaria, se sondearon tratamientos previos, se le explico a la usuaria la forma de trabajo psicoterapéutico desde el enfoque cognitivo conductual, se generó el encuadre terapéutico en donde se le explicó a la usuaria que a lo largo del tratamiento sería indispensable que realizara varias tareas para poderla ayudar a resolver su queja, ante esto la usuaria se mostro muy accesible y con mucha disposición de colaborar. También dentro del encuadre se fijaron los días Jueves para llevar a cabo las sesiones en un horario de 16:00 a 17:00 horas, de igual manera se le entregó el consentimiento informado (Apéndice 1) en donde se expusieron las condiciones de confidencialidad y anonimato, mismo que tuvo que ser leído y firmado por la usuaria para proceder con el tratamiento. En esta primera sesión se obtuvieron los primeros datos del motivo de consulta.
* **Sesión 2:** En la segunda sesión se continuó definiendo el motivo de consulta, en esta ocasión de manera operacional, es decir, se le preguntaron datos a la usuaria en términos de frecuencia, duración, intensidad, latencia y topografía. Por otra parte se identificaron las quejas y las demandas de la usuaria y se seleccionaron y describieron las conductas problema.
* **Sesión 3:** En esta sesión se llevo a cabo la entrevista conductual con la intención de obtener la información necesariapara realizar el análisis secuencial integrativo, mismo que serviría para construir el análisis funcional. Por otro lado se le proporciono por primera vez el formato de autoregistro a la usuaria y se le explico de manera explícita como debe llenar el formato, por lo tanto a partir de esta semana la usuaria comenzó a registrar su comportamiento y se obtuvo la línea base.
* **Sesión 4.** El inicio de la sesión estuvo enfocado en cómo le había ido a la usuaria en su primer semana en que registro su comportamiento y ella compartió su experiencia y las dificultades que había presentado. Por otro lado, durante esta sesión se continuo con la evaluación conductual y se afino más la información proporcionada por la usuaria por medio de preguntas clave relacionadas con el problema, además de buscar identificar creencias que pudiera tener sin fundamento, y reconocer que de lo que quería cambiar ya estaba haciendo algo por cambiarlo.

**Fase II: Intervención**

* **Sesión 5:** A partir de esta sesión se comenzó con el programa de intervención,y se comenzó aaplicar la técnica de reestructuración cognitiva primero introduciendo a la usuaria a los diferentes tipos de pensamientos que podemos tener y el impacto que estos tienen. Durante la sesión identifico un pensamiento disfuncional y sobre éste se trabajó. Como tarea adicional al registro de su comportamiento se le pidió que identificara pensamientos automáticos e hiciera una lista de los mismos.
* **Sesión 6:** Al inicio de la sesión la usuaria dio informe sobre la semana previa en cuanto al registro de su comportamiento. Posteriormente se practicó la relajación autógena y terminando la relajación se retomó la técnica de reestructuración cognitiva tratando de buscar alternativas. Por otro lado se le encomendaron tareas para que las realizara en casa, como la práctica de técnicas mindfulness o concentración plena para la técnica de habilidades básicas de conciencia, también comenzaría con la técnica de economía de fichas por lo que se fijaron algunas metas que cumplirse durante un día principalmente en aspectos de mejorar su disciplina y hacerse una persona más responsable y por último continuar con el análisis e identificación de pensamientos automáticos disfuncionales.
* **Sesión 7:** Durante esta sesión se llevó a cabo la relajación progresiva, misma que la usuaria tendría que practicar en casa. Posteriormente se dio continuidad a la restructuración cognitiva con la lista que había realizado diana de sus pensamientos intrusivos y nos enfocamos a buscar pensamientos alternos con los que pudiera remplazar los quela estaban limitando. Como actividades se le pidió que practicara las habilidades básicas de conciencia por medio de ejercicios de concentración plena, que practicara la relajación progresiva durante cinco min al día, y ahora que ya tenía identificados los pensamientos automáticos disfuncionales y la forma de convertirlos en pensamientos alternativos, se le pidió que trabajara con sus pensamientos haciéndose consciente de estos pensando en los contras y alternativas posibles y por ultimo ella continuaría con la economía de fichas.
* **Sesión 8:** primero se llevo a cabo la relajación autógena, se continuó con la reestructuración cognitiva y se le pidió que realizara tareas durante la semana de concentración plena, de identificación de sus emociones y para aumentar la frecuencia de las emociones positivas se le pidió a la usuaria que realizara una actividad agradable para ella durante el día y para mermar las emociones negativas cambiar la respuesta conductual ante estas emociones, por ejemplo, si presentaba una emoción de ira trataría de responder de una forma más pasiva que como lo haría generalmente y por ultimo seguiría llevando a cabo la técnica de economía de fichas en base a sus metas diarias.
* **Sesión 9:** Durante la sesión se practico la relajación autógena, se continuo con la reestructuración cognitiva y se llevo a cabo un ejercicio de escena simulada una vez que la usuaria identifico una situación problemática relacionada con sus relaciones interpersonales, con la intención de incidir en sus habilidades de eficacia interpersonal. Como tareas para la semana, ella continuaría con la relajación progresiva, con los ejercicios de habilidades básicas de consciencia, con la identificación, análisis y búsqueda de pensamientos alternos en cuanto a sus pensamientos automáticos, con la identificación de sus emociones con la intención de incidir en las habilidades de regulación de las emociones y la búsqueda e identificación de situaciones que le resultaran problemáticas para comenzar con el entrenamiento en solución de problemas.
* **Sesión 10:** Durante la sesión se aplicaron las técnicas reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de regulación de las emociones y entrenamiento en solución de problemas. Como tareas la usuaria continuo practicando la relajación progresiva, las habilidades básicas de consciencia por medio de ejercicios de concentración plena, la identificación de pensamientos automáticos y cambio de los mismos; así mismo la usuaria continuo con la economía de fichas basada en sus metas diarias, también realizo actividades agradables para conseguir emociones positivas y las emociones negativas las enfrento con una respuesta conductual alternativa a la que generalmente tendría y finalmente tendría que enlistar situaciones que le resultaran problemáticas así como describir una posible solución para cada una.
* **Sesión 11:** En esta sesión se llevaron a cabo las técnicas de reestructuración cognitiva, habilidades de regulación de las emociones, habilidades de tolerancia al malestar y el entrenamiento en solución de problemas.En cuanto a tareas Diana continuó realizando los ejercicios de concentración plena, la relajación progresiva, identificando sus emociones, pensamientos y situaciones dándoles una respuesta alternativa, y por ultimo continuó con la economía de fichas y el registro de sus metas diarias.
* **Sesión 12:** Esta fue la sesión de cierre y se retomaron las técnicas que se venían abordando en el tratamiento, con la intención de reforzar las herramientas que la usuaria había adquirido hasta el momento y se motivó e incentivo a que las continuara aplicando en su vida diaria. Por otro lado se acordó dar un seguimiento a los 3 meses.

## 12. Evaluación de la eficacia del tratamiento

Al concluir con el tratamiento, se obtuvieron los promedios de cada nivel (cognitivo, conductual y fisiológico) de la línea base y el post tratamiento que se obtuvieron por medio de los registros. A continuación se muestran los resultados obtenidos (figura 1).

**Figura 1. Comparación de los resultados en la pre-evaluación y post- tratamiento**.

La figura 1 muestra la comparación de los resultados promedio (en donde frecuencia se midió en unidades, duración en minutos e Intensidad en una escala del 1 al 10) de los registros diarios utilizados por la usuaria para registrar su comportamiento a nivel cognitivo (inestabilidad en sus relaciones interpersonales por idealizar y devaluar, sentimiento de ser incapaz, buscar salidas/evadir, miedo e incertidumbre al pensar en su futuro, temor a la soledad/separación, sentimientos de vacio), nivel conductual (actos de irresponsabilidad, actos impulsivos, acciones riesgosas, explosiones verbales) y nivel fisiológico (espasmos al dormir, tics nerviosos, tensión muscular) durante la pre-evaluación y el post evaluación.

Como es posible observar en la figura 1, la usuaria tuvo un decremento significativo en las tres dimensiones. En frecuencia de nivel cognitivo logro disminuir sus pensamientos disfuncionales hasta en un 94%, por otro lado, un resultado bastante representativo es la diferencia que existe entre el pre-post tratamiento en la dimensión de duración en donde la usuaria logro reducir la duración de sus pensamientos y sentimientos que le causaban malestar hasta en un 97% y la intensidad disminuyo en un 80%. A nivel conductual también se encontró diferencia importante, siendo que la frecuencia se redujo en un 97%, la duración en un 97% y la intensidad mermo en un 90%. Finalmente en la dimensión fisiológica, el resultado de la comparación del pre-post tratamiento en frecuencia, duración e intensidad mostro que la usuaria eliminó por completo estas conductas que sin lugar a dudas se relaciona con la disminución de los pensamientos y conductas disfuncionales que presentaba en el pre tratamiento la usuaria.

De esta manera, se puede decir que el programa de intervención cognitivo conductual que se aplicó, fue de gran impacto para reducir las conductas problema y mejorar la calidad de vida de la usuaria.

Para rectificar el avance que se tuvo a lo largo de las nueve semanas que conformaron el tratamiento, a continuación se presentan los resultados en promedios de cada semana en frecuencia, duración e intensidad por cada nivel (cognitivo, conductual y fisiológico) en donde se muestra el avance que se fue teniendo a lo largo del tratamiento.

**Figura 2. Frecuencia del nivel cognitivo.**

En la figura 2 se aprecia la notoria disminución de la frecuencia registrada por la usuaria a lo largo de la intervención, esto en lo que respecta al nivel cognitivo, siendo clara la diferencia entre los promedios obtenidos durante la línea base pre-tratamiento (M=4), en comparación con el post-tratamiento (M=0.23).

**Figura 3. Duración del nivel cognitivo**

La duración de los pensamientos disfuncionales se fue reduciendo de manera sobresaliente desde la primer semana de tratamiento, comenzando con un promedio de 184.4 minutos en la línea base y finalizando con un promedio de 4.64 minutos en el post-tratamiento.

**Figura 4. Intensidad del nivel cognitivo.**

El promedio de la intensidad con la que la usuaria presento los pensamientos inadecuados se redujo considerablemente, siendo que en la línea base la usuaria percibía tales pensamientos con una intensidad de 7.8 en promedio y en el post tratamiento la medida fue de 1.5. La intensidad fue medida en una escala del 1 al 10, donde 1 es el menor grado y 10 es el máximo.

**Figura 5. Frecuencia del nivel conductual**

En la figura 5 se puede observar como las conductas problema que se pretendieron modificar con el tratamiento se fueron mermando en el transcurso de las semanas, siendo que al inicio la usuaria presentaba 3.07 conductas en promedio de la línea base y al finalizar la medida se redujo a 0.1.

**Figura 6. Duración del nivel conductual**

El promedio de la duración también se vio reducido considerablemente en el nivel conductual desde la primer semana de intervención, puesto que al inicio en la línea base la usuaria presentaba una duración en sus conductas de 109.82 minutos y al finalizar el tratamiento la duración se redujo a 3.21 minutos.

**Figura 7. Intensidad del nivel conductual**

En la figura 7 se puede observar como la intensidad disminuyó en gran medida, siendo que en la línea base el promedio fue de 7.64 y en el post tratamiento la usuaria logro disminuir la intensidad de sus conductas hasta 0.64.

**Figura 8. Frecuencia del nivel fisiológico.**

Se logró reducir la frecuencia con la que se presentaban las reacciones fisiológicas en la usuaria, pues al inicio se presentaban con una frecuencia de 2.38 y al finalizar el tratamiento la medida fue 0, es decir, dejaron de manifestarse estas reacciones por completo.

**Figura 9. Duración del nivel fisiológico**.

La duración como en los niveles anteriores, se vio mermada significativamente pues la usuaria presentaba reacciones físicas durante 39.28 minutos en promedio, y al avanzar con la intervención la duración se fue disminuyendo, y al termino del tratamiento se logro reducir por completo los minutos en que se presentaban estas conductas como se puede observar en la figura 9.

**Figura 10. Intensidad del nivel fisiológico**

La intensidad del nivel fisiológico también se redujo por completo, como se muestra en la figura 10 al inicio en la línea base la usuaria refirió presentar estas reacciones fisiológicas con una intensidad de 7.57 en promedio y con el programa de intervención se logro eliminar.

Finalmente se presentan los resultados gráficos obtenidos de la Escala de Impulsividad de Barratt, en el pre y post tratamiento.

**Figura11.Resultados comparativos de la Escala de Impulsividad de Barratt.**

La comparación entre las puntuaciones del pre y post tratamiento permite concluir que existe una diferencia importante en las dimensiones que evalúa el instrumento, puesto que la puntuación total en el pre tratamiento fue de 86 y al finalizar la intervención disminuyo a 17, de la misma forma se muestra una diferencia en la impulsividad cognitiva siendo que al inicio el resultado marco 16 puntos y al final 2. Por otro lado, la impulsividad motora también tuvo un gran decremento siendo que la medida inicial fue de 27 y la final de 3 puntos. Y por último la impulsividad no planeada, que al inicio era en donde presentaba más puntuación la usuaria (43 puntos) logró disminuirse hasta 12 puntos. Así pues, en general se consiguió una reducción de un 81% en las conductas impulsivas que presentaba la usuaria según la Escala de Impulsividad de Barratt.

## 13. Seguimiento

Debido a que el tiempo entre la culminación de la intervención y el reporte de la práctica de servicio fue muy reducido, no fue posible recabar datos respecto a la fase de seguimiento, sin embargo, se tiene considerado contactar con la usuaria después de tres meses de terminado el tratamiento para llevar a cabo el proceso de mantenimiento y seguimiento.

## 14. Observaciones

Al comienzo de la evaluación se le explicó a la usuaria la forma en que se trabajaría durante el tratamiento, la forma en que operan las personas desde el enfoque cognitivo conductual y la importancia que tendría su buena disposición para llevar a cabo las actividades que fueran necesarias en el proceso. Ante lo expuesto, la usuaria se mostró muy cooperativa y con gran animo e interés hacia la forma en que se trabajaría durante el proceso de intervención.

Algo que cabe resaltar, es que la usuaria pidió total confidencialidad y comento que el llevar a cabo el proceso terapéutico era un reto personal con el que buscaba más autonomía, por lo que se descartó incluir a la familia en el proceso y se tornó una terapia individual.

A lo largo del proceso la usuaria siguió manteniendo el interés y participación, así como asistiendo a cada una de las sesiones como se había acordado en el encuadre terapéutico. Así mismo, desde la primer semana en que se inicio la intervención se mostró un radical cambio en los registros de comportamiento, principalmente en la dimensión de duración ya que en la línea base la usuaria podía tener dos o tres pensamientos/conductas durante el día pero éstos podían tener una duración muy prolongada, por lo tanto al disminuir significativamente la duración la usuaria comenzó a presentar un estado de ánimo mucho más positivo, lo que aumento en gran medida su autoestima. Por otro lado, cada vez que existía un aumento o decremento significativo en cualquier nivel del registro, se le preguntaba a la usuaria cuáles habían sido las herramientas que había empleado en caso de haber mejorado en algo o si se veía aumentada alguna conducta o pensamiento también se le preguntaba como lo había enfrentado y ante estas situaciones la usuaria siempre expuso que en algunas semanas podía tener, por ejemplo, más temor a la soledad, sin embargo, siempre aplicaba las técnicas aprendidas y lograba enfrentar los pensamientos, logrando mermarlos y supliéndolos con otros alternativos. Lo que se puede distinguir de esto, es que la usuaria aprendió bien a analizar e identificar sus pensamientos y conductas y podían seguir apareciendo cada vez se sentía más segura de poder enfrentarlos y modificarlos, motivo por el cual su estado de ánimo siempre fue mejorando a pasos gigantescos.

# IV. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo, se puede concluir que la intervención cognitivo conductual tuvo un gran impacto en el caso tratado con TLP, siendo que se alcanzaron las metas cognitivas logrando que la usuaria disminuyera la inestabilidad en sus relaciones interpersonales, el sentimiento de ser incapaz, de vacío y falta de identidad, así como el miedo a la separación, soledad e incertidumbre hacia su futuro y logro enfrentar estos pensamientos sustituyéndolos por unos más funcionales, lo cual significó que la usuaria también dejo de evadir y tener pensamientos disociativos como un mecanismo de defensa que la alejaban de la realidad. En lo que respecta a las conductas, también se alcanzaron las metas y cumplieron los objetivos del tratamiento al verse disminuidas en gran medida las conductas impulsivas, irresponsables y riesgosas que presentaba la usuaria, así como los episodios de ira reflejados principalmente en explosiones verbales y enojo intenso. En este sentido cabe mencionar que la usuaria logro adquirir un nuevo empleo, en el cual trabajaría desde casa como diseñadora web y editora de imágenes y videos, lo que la motivó a establecer mayor disciplina y organizar su tiempo para lograr incrementar su responsabilidad y en consecuencia disminuir pensamientos de frustración, de ser incapaz y el sentimiento de vacío que acompañaba e incrementaba sus síntomas. Por otro lado, las respuestas fisiológicas ligadas a las conductas y pensamientos disfuncionales se redujeron como resultado de una mejora en la calidad de vida de la usuaria.

Es importante resaltar que un elemento clave en la intervención fue la reestructuración cognitiva ya que permitió identificar las principales distorsiones cognitivas que presentaba la usuaria y que en esencia estaban relacionadas con la idea ser débil y vulnerable. Al cambiar ésta percepción disfuncional se vieron favorecidas otras dimensiones y principalmente se generó un importante aumento en su autoestima lo que colaboró para que la usuaria se sintiera con ánimo y confianza para emprender nuevos proyectos en el ámbito profesional y al sentirse productiva y con metas a corto y largo plazo logro disminuir en gran medida la inestabilidad en su auto percepción así como la falta de identidad que en un inicio percibía.

Otro elemento clave fue el entrenamiento en habilidades, en específico las habilidades relacionadas con el control de las emociones ya que la usuaria presentaba escaso control de las mismas y durante la intervención se trabajó con la identificación de emociones negativas para lograr cambiar la respuesta conductual ante éstas de manera alternativa y al mismo tiempo buscar producir emociones más positivas por medio de actividades que resultaran agradables. Por otro lado, también se abordó el temor que presentaba la usuaria a perder el control emocional y la privación de emociones. En conjunto se logró que la usuaria se hiciera más consciente de sus emociones y lograra mantener estabilidad sobre las mimas.

## 1. Competencias desarrolladas en la actividad de servicio realizada

A partir de la práctica de servicio realizada se desarrollaron las siguientes competencias:

* Conseguir un primer contacto con la usuaria efectivo en el que se generó un adecuado *rapport* y se obtuvo el primer conjunto de información.
* identificar las quejas y demandas que presentaba la usuaria.
* identificar las conductas problema que dieron pie a obtener el motivo de consulta operacionalmente.
* Realización de entrevista conductual.
* Evaluación del fenómeno y realización del análisis secuencial integrativo y análisis funcional.
* Efectuar un diagnóstico a partir de los datos obtenidos en el proceso de evaluación y apoyo en los criterios diagnósticos para el TLP del DSM-V.
* Elaboración de formatos de registros que fueran cómodos para la usuaria y al mismo tiempo funcionales para la obtención de información.
* Diseño y planeación del programa de intervención según las necesidades particulares de la usuaria.
* Llevar a cabo el proceso de intervención conforme al plan y adecuándolo en todo momento a las necesidades que fueron surgiendo.
* Capacidad de análisis, observación y empatía en el proceso de evaluación e intervención, con la finalidad de detectar los puntos a fijar la atención.
* Analizar y evaluar los resultados obtenidos en el proceso terapéutico a partir de los registros del pre y post tratamiento.
* Generar un reporte de los resultados obtenidos.

Dentro de las competencias personales alcanzadas, se pude mencionar que al ser el primer encuentro con la actividad real y profesional en el campo de la psicología clínica, se obtuvieron actitudes personales como la responsabilidad en la práctica profesional, la sensibilización hacia las particularidades y necesidades del usuario, y la ética profesional que incluyo el respeto, confidencialidad y compromiso hacia la persona que decidió buscar mejorar su calidad de vida.

## 2. Identificación de los elementos que se deben considerar para producir cambios en los fenómenos de interés

Para lograr un cambio significativo fue indispensable la identificación de diversos factores, entre ellos:

1.- Los pensamientos y creencias sin fundamento para que por medio de la reestructuración cognitiva se lograra un cambio positivo por medio de un razonamiento alternativo y más adaptativo.

2.- La identificación de aciertos, habilidades, potenciales y preferencias de la usuaria para la elección de las técnicas correctas y funcionales según sus necesidades.

3.- El análisis de la función del comportamiento, es decir, como a partir de una conducta impulsiva se podía generar un sentimiento de vacío y frustración, mismos que daban pie a la inestabilidad en la auto percepción e identidad. En este sentido cabe destacar que dos individuos diagnosticados con TLP pueden tener pensamientos o conductas muy similares, sin embargo, la función de los mismos puede variar mucho y por lo tanto la incidencia es distinta, por lo que es de gran importancia tener en cuenta los factores del comportamiento determinantes.

4.- La modificación de creencias erróneas sobre la falta de capacidad y autonomía por miedo a la separación y soledad, lo cual le otorgó un cumulo de ideas positivas hacia su persona y por ende aumento en gran medida su autoestima.

5.- identificar las necesidades más básicas de la usuaria que podían cambiar su comportamiento y percepción al llevarlas a cabo, como ser más productiva (dedicarle tiempo a sus proyectos personales y profesionales), y llevar una agenda conductual en donde tuviera metas para cumplirse durante el día.

## 3. Responsabilidad social del quehacer profesional

La responsabilidad social tiene muchas interpretaciones como consecuencia de las distintas visiones que condicionan su actuar, las acciones asociadas a esta práctica se direccionan generalmente a empresas, olvidando que este enfoque resulta ser un tema estratégico para repensar en las intervenciones de desarrollo social, y bienestar integral de las comunidades y los individuos, por tanto, la responsabilidad social resulta ser una nueva visión, que debe estructurarse con criterios, metodologías y prácticas que permitan a las empresas, la sociedad, comunidades e individuos accionar de manera co-participativa en el desarrollo de los pueblos y el país (Mori, 2009). Partiendo de esta premisa, el psicólogo clínico tiene una gran responsabilidad al prestar sus servicios, por lo que deberá reflexionar seriamente antes de tomar cualquier decisión que pueda afectar la vida del individuo, asumir las consecuencias de sus actos, responder por lo que se hace y reconocer los errores cuando es necesario hacer un cambio para remediarlos. Por otro lado, el psicólogo al brindar sus servicios deberá tener como responsabilidad prioritaria la aplicación de sus conocimientos, saber que sus actos tienen consecuencias y que como profesional está llamado a emplear metodologías y técnicas adecuadas para el logro de sus objetivos terapéuticos, así como analizar los datos con honestidad y atendiendo el código ético que implica respeto por los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de las personas y la sociedad. Esta profesión, vocación del psicólogo “Es una actividad personal puesta de manera estable y horada al servicio de los demás, en beneficio propio a impulso de la propia vocación y con la dignidad que corresponde a la persona humana” (Royo, 2005).

## 4. Limitaciones de la práctica realizada

El principal factor que limitó la información en el presente trabajo, fue la poca información empírica encontrada en torno al tema del TLP, ya que si bien hay vasta información sobre el trastorno respecto a sus síntomas y desarrollo del mismo, es muy poca la que se centra en estudios de caso reales. Por otra parte la poca experiencia en el ámbito de intervención cognitivo conductual también resultó un factor limitante y aunque se obtuvieron resultados óptimos, la experiencia en la práctica profesional es una gran ventaja que mejora la realización de la misma. Y por último, el poco tiempo con el que se contó para llevar a cabo la práctica, por lo cual no se pudo ejercer el seguimiento y siendo que en el TLP están incluidos varios aspectos a modificar por lo que requiere de un tiempo más amplio para abordar satisfactoriamente todas las dimensiones del problema.

## 5. Propuesta y recomendaciones para mejorar la práctica de servicio

De acuerdo a los resultados benéficos que se obtuvieron en la práctica de servicio, se recomienda considera la posibilidad de ampliar el tiempo de intervención, incluso diseñar un programa que incluya las técnicas ejecutadas pero que se lleve a cabo durante varios bloques de tiempo, retomando en cada uno de ellos la intervención y evaluando los puntos en donde se debe seguir poniendo atención. Esto con la finalidad de que en los intervalos de suspensión de intervención el usuario adquiera mayor autonomía y poner a prueba si el impacto que se tuvo se sigue manteniendo. Por otro lado, al hablar de un trastorno de personalidad en donde se ven implicados muchos aspectos del comportamiento del individuo se considera pertinente brindarle las sesiones de seguimiento para que se siga reforzando el cambio.

# V. REFERENCIAS

* American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Medica Panamericana
* Batlle, S. (2008). Conceptos y enfoques: enfoque cognitivo-conductual. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: <http://paidopsiquiatria.cat/files/enfoque_cognitivo_coductual.pdf>
* Caballo, V. y Camacho, S. (2000). El trastorno de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe, n. 5*. Universidad del Norte, Barraquilla, Colombia. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300503
* Caballo, V. (2014). Tratamientos Cognitivo Conductuales para los trastornos de la personalidad. *Revista de Psicología Conductual, 9(3)*. Recuperado de: <http://www.researchgate.net/publication/259527376_Tratamientos_cognitivo-conductuales_para_los_trastornos_de_la_personalidad__Cognitive-behavioral_treatments_for_personality_disorders>
* Cervera, G., Haro, G. & Martínez, j. (2005). Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Madrid: Médica Panamericana. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=_l53wD3x12kC&pg=PA320&dq=terapia+cognitiva+de+los+trastornos+de+personalidad&hl=es-419&sa=X&ved=0CCAQ6AEwAWoVChMIiY-ts7_HyAIVjJINCh0UeQau#v=onepage&q=terapia%20cognitiva%20de%20los%20trastornos%20de%20personalidad&f=false>
* Cuevas, E. y Hernández M. (2008). Evaluación de la impulsividad en fumadores: una revisión sistemática. Revista Mexica de análisis de la conducta 34(2). Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-45342008000200010>
* Deffenbracher, J. (1998). La inoculación de de estrés. En: Caballo, V. (Comp.) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: siglo XXI. Cap. 26.
* Díaz, S., Mendoza, V., y Porras, C. (2011). Una guía para la elaboración de estudios de caso. Revista electrónica Razón y Palabra, n. 75. Recuperado de: <http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/varia_75/01_Diaz_V75.pdf>
* Franco, C., Molina, A., Salvador, M., & De la Fuente, M. (2011). Modificación de variables de personalidad mediante la aplicación de un programa psicoeducativo de conciencia plena (mindfulness) en estudiantes universitarios. Universidad de Almería, España. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v29n1/v29n1a11.pdf
* García, M.T., Martín, M.F. y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. Revista de la asociación Española de neuropsiquiatría, 30(2). Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000200005&script=sci_arttext&tlng=pt>
* Godoy, J. (1993). El proceso de la evaluación conductual. En V. Caballo (dir). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.
* Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, Fórum de Salud Mental y AIAQS (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona. Recuperado de: <http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad.pdf>
* Grupo de trabajo de trabajo sobre atención a personas con trastorno límite de la personalidad del II PISMA (2012). Atención a las personas con trastorno límite de la personalidad en Andalucía. Recuperado de: <https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/atencion-personas-con-trastorno-limite-de-la-personalidad-en-andalucia.pdf>
* Hernández, L. y Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. México: Libros en Red, Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=EzlwZg_aH6AC&pg=PA12&dq=terapia+cognitivo+conductual+articulos&hl=es-419&sa=X&ved=0CCAQ6AEwAWoVChMIzLvq0fjvxwIVCms-Ch2cEQOw#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20conductual%20articulos&f=false>
* Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1988). La evaluación conductual. Psicología clínica: Perspectivas científicas y profesionales, Cap. 10. México: Limusa
* Landa, P. (2004). Introducción a la aproximación cognitivo conductual. Conferencia Introductoria al modulo de introducción a la Terapia Cognitivo Conductual. Material Inédito, SUAYED-Psicología. Recuperado de: <http://eowyn.ired.unam.mx/pluginfile.php/5940/mod_resource/content/1/Lada%2C%20P.%20%282004%29.pdf>
* Linehan, M. (2012). Manual de los trastornos de personalidad limite. México: Editorial PAIDOS IBERICA. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=YdZvxaeroI4C&printsec=frontcover&dq=trastorno+de+la+personalidad+limite&hl=es-419&sa=X&ved=0CCIQ6AEwAWoVChMIk73eqN2zxwIVA5INCh3FDw09#v=onepage&q=trastorno%20de%20la%20personalidad%20limite&f=false>
* Minici, A., Dahab, J., y Rivadeneira, C. (2003). La diferencia entre la terapia cognitivo conductual y e enfoque cognitivo puro. Revista de Terapia Cognitivo Conductual (4). Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/por-que-terapia-cognitivo-conductual.pdf>
* Minici, A., Dahab, J., y Rivadeneira, C.(2013). El tratamiento Cognitivo Conductual. Centro de terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento (CETECIC). Recuperado de: <http://www.cognitivoconductual.org/terapeutas/como-es-un-tratamiento-de-tcc/>
* Mori, M. (2009). Responsabilidad social: una mirada desde la psicología comunitaria. Universidad de San Martin de Porres. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a10v15n2.pdf
* Navarro, M., y López, M. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. Revista acción psicológica 10(1), Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1578-908X2013000100004&script=sci_arttext>
* Navarro, S. (2012). Trastorno límite de la personalidad: Relevancia de la variable entorno familiar en las personas con TLP. ISEP, Instituto Superior de Estudios Psicológicos. Recuperado de: <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/Relevancia-De-La-Variable-Entorno-Familiar-En-Las-Personas-Con-Trastorno-Limite-De-La-Personalidad-Tlp.pdf>
* Phares, J. (1999). Evaluación conductual. Psicología clínica: conceptos, métodos y practica, Cap. 9. México: Manual moderno
* Ramírez, J. y Cruz, J. (2012). El proceso en Psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15(2). Recuperado de: <file:///C:/Users/blanche/Downloads/32370-72773-1-PB.pdf>
* Rehm, L. (1998). Métodos de autocontrol. En: Caballo, V. (Comp.) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España siglo XXI. Cap. 27
* Roldan, C. (2014). Revisión bibliográfica. Trastorno límite de la personalidad. Limitaciones y avances en el contexto terapéutico. Isep.es formación. Recuperado de: <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/Revision-Bibliografica.-Trastorno-Limite-De-Personalidad.-Limitaciones-Y-Avances-En-Contexto-Terapeutico.pdf>
* Ruiz, A., Díaz, M., y Villalobos, A. (2011). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. España: Desclée de Brower.
* Seligson, I. y Reynoso, L. (2005). Psicología Clínica de la Salud: un enfoque Conductual. México: Editorial el manual moderno. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=Te75iok5oAgC&printsec=frontcover&dq=antecedentes+historicos+de+la+terapia+cognitivo+conductual+pdf&hl=es-419&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMIzrSqz_XvxwIVgx0-Ch12lgVI#v=onepage&q&f=false>
* Torres, T. (2007). Trastorno Límite de Personalidad: tratamiento desde un enfoque cognitivo conductual. Revista periódicos electrónicos en psicología, 1(3). Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-41232007000300014&script=sci_arttext>
* Virués, J. (2004). Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta, diagnosticado con trastorno límite de la personalidad. Unidad de salud Mental Infantil y Juvenil. Madrid, España. Recuperado de: <http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-104.pdf>
* Zanarini, M. y Frankenburg, F. (2013). La esencia del trastorno borderline. Aperturas psicoanalíticas, revista internacional de psicoanálisis, n° 044. Recuperado de: http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000820&a=La-esencia-del-trastorno-borderline-[Zanarini-M-y-Frankenburg-F]

# CCI11202015.jpgVI. APÉNDICES

**Apéndice 1. Carta consentimiento informado**

**Apéndice 2. Escala de Impulsividad de Barrat**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre:  Instrucciones. Las personas son diferentes en cuento a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. | | | | |
|  | **Raramente o nunca**  **(0)** | **Ocasionalmente**  **(1)** | **A menudo**  **(3)** | **Siempre o casi siempre**  **(4)** |
| 1. Planifico mis tareas con cuidado |  |  |  |  |
| 2. Hago las cosas sin pensarlas |  |  |  |  |
| 3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho  (no me perturbo con facilidad) |  |  |  |  |
| 4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad |  |  |  |  |
| 5. Planifico mis viajes con antelación |  |  |  |  |
| 6. Soy una persona con autocontrol |  |  |  |  |
| 7. Me concentro con facilidad |  |  |  |  |
| 8. Ahorro con regularidad |  |  |  |  |
| 9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo |  |  |  |  |
| 10. Pienso las cosas cuidadosamente |  |  |  |  |
| 11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos) |  |  |  |  |
| 12. Digo las cosas sin pensarlas |  |  |  |  |
| 13. Me gusta pensar sobre problemas complicados |  |  |  |  |
| 14. Cambio de trabajo frecuentemente |  |  |  |  |
| 15. Actúo impulsivamente |  |  |  |  |
| 16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo) |  |  |  |  |
| 17. Visito al médico y al dentista con regularidad |  |  |  |  |
| 18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren |  |  |  |  |
| 19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo) |  |  |  |  |
| 20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo) |  |  |  |  |
| 21. Compro cosas impulsivamente |  |  |  |  |
| 22. Termino lo que empiezo |  |  |  |  |
| 23. Camino y me muevo con rapidez |  |  |  |  |
| 24. Resuelvo los problemas experimentando (empleando una posible solución y viendo si funciona) |  |  |  |  |
| 25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano |  |  |  |  |
| 26. Hablo rápido |  |  |  |  |
| 27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (pensamientos irrelevantes cuando pienso) |  |  |  |  |
| 28. Me interesa más el presente que el futuro |  |  |  |  |
| 29. Me siento inquieto/a en clases o charlas |  |  |  |  |
| 30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente) |  |  |  |  |

**Apéndice 3. Formato de autoregistro**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SEMANA DE REGISTRO:  “PENSAMIENTOS, IDEAS Y EMOCIONES” | | | | | | | | | |
| Día | Inestabilidad en mis relaciones (idealización y devaluación) | | | Sentimiento de ser incapaz | | | Buscar salidas/Evadir | | |
| Frecuencia | Duración | Intensidad | Frecuencia | Duración | Intensidad | Frecuencia | Duración | Intensidad |
| V |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| J |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SEMANA DE REGISTRO:  “PENSAMIENTOS, IDEAS Y EMOCIONES” | | | | | | | | | |
| Día | Miedo e incertidumbre por pensar en mi futuro | | | Temor a la soledad/separación | | | Sentimientos de vacio | | |
| Frecuencia | Duración | Intensidad | Frecuencia | Duración | Intensidad | Frecuencia | Duración | Intensidad |
| V |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| J |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SEMANA DE REGISTRO:  “CONDUCTAS” | | | | | | | | | |
| Día | Actos de irresponsabilidad | | | Actos impulsivos | | | Acciones riesgosas | | |
| Frecuencia | Duración | Intensidad | Frecuencia | Duración | Intensidad | Frecuencia | Duración | Intensidad |
| V |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| J |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Día | Explosiones Verbales | | |
| Frecuencia | Duración | Intensidad |
| V |  |  |  |
| S |  |  |  |
| D |  |  |  |
| L |  |  |  |
| M |  |  |  |
| M |  |  |  |
| J |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SEMANA DE REGISTRO:  “FISIOLOGICO” | | | | | | | | | |
| Día | Espasmos al dormir | | | Tics nerviosos | | | Tensión muscular | | |
| Frecuencia | Duración | Intensidad | Frecuencia | Duración | Intensidad | Frecuencia | Duración | Intensidad |
| V |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| J |  |  |  |  |  |  |  |  |  |