



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Trabajo Final de Graduación para optar
por el Título de Especialista en Psicología Clínica

**CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, PARA UNA PROPUESTA DE ABORDAJE
PSICOTERAPÉUTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO**

Postulante:

Licda. Cinthya Mena Orozco

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2013



Caja Costarricense de Seguro Social



Centro de Desarrollo Estratégico e
Información en Salud y Seguridad
Social
(CENDEISSS)



Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Postg
(SEP)

PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS
POSGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

El Posgrado en Psicología Clínica y este tribunal que lo representa, hace constar que Cinthya Mena Orozco, cédula de identidad No. 1-0965-0329, estudiante de este Posgrado, ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo Final de Graduación titulado: “Criterios para la elaboración del diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad, para una propuesta de abordaje psicoterapéutico en el Hospital Nacional Psiquiátrico, el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los 27 días del mes de junio del año 2013, en la ciudad de San José, Costa Rica.


 Dra. Ana María Monteverde Castro
 Directora Posgrado Psicología Clínica
 Presidenta del Tribunal


 Dr. Mariano Rosabal Coto P.h.D.
 Director Trabajo Final de Graduación




 Especialidades Médicas

Dedicatoria

A mi esposo Esteban Castro, quien es mi apoyo y soporte constante, quien con su amor y comprensión esta siempre a mi lado pues es mi compañero incondicional, quien siempre ha creído en mí y con su ejemplo me ha enseñado a ser perseverante y valiente, quien ha estado para darme ánimo en los momentos difíciles y siempre me hizo ver que soy capaz de lograr mis metas, aun cuando creí que no lo conseguiría, este logro es de ambos, ya que este camino no lo recorrí sola, sino a su lado, ya que en todo momento hizo también suya esta meta.

Agradecimientos

Agradezco primeramente a Jehová Dios por ayudarme a concluir exitosamente esta meta; a mi esposo Esteban Castro por su amor, comprensión y por apoyarme en todos mis proyectos; a mi hermana Angie Mena por su amor, comprensión y compañía, por estar conmigo siempre y enseñarme que se puede conseguir las metas con esfuerzo y dedicación.

A mi madre quien siempre me impulsó a alcanzar mis sueños y con su ejemplo de fuerza y tenacidad me enseñó a seguir adelante a pesar de las circunstancias, aunque ya no está en esta tierra, sigue viva en mi corazón.

Agradezco también a mis profesores y supervisores, quienes con su enseñanza aportaron a la conclusión de esta meta.

A mis compañeros de residencia, quienes hicieron de esta experiencia un tiempo ameno, lleno de compañerismo y calidad humana.

Resumen

En la presente investigación se realizó una revisión de los principales criterios y características diagnósticas del Trastorno Límite de Personalidad, con el fin de ahondar en los parámetros determinantes para el establecimiento del diagnóstico clínico desde un acertado diagnóstico diferencial.

Lo anterior con el objetivo de reseñar aquellos modelos y programas de intervención psicológica que se han abocado a la investigación del abordaje de esta patología clínica; con el fin de analizarlos y determinar sus aportes respecto a las necesidades de nuestro medio.

Derivado de la práctica anterior, se planteó una propuesta de abordaje psicoterapéutico para paciente portadores de Trastorno Límite de la Personalidad, durante el período de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico, a partir de la integración de los modelos analizados teóricamente.

Con esta propuesta se pretende presentar una herramienta que permita realizar un abordaje psicológico, que vaya más allá de la atención a los síntomas desencadenados por la crisis que la persona enfrenta, sino más bien que aborde la patología subyacente como tal, y provea el sostén y el acompañamiento psicológico necesario para fortalecer recursos internos y establecer redes de apoyo externas que faciliten la mejoría y encaucen hacia un mayor nivel en la calidad de vida de estas personas.

La propuesta es una herramienta que servirá de guía a la hora de establecer el plan de tratamiento psicológico para la intervención intrahospitalaria de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad; la cual brinda un orden sugerido y un establecimiento de sesiones que permitirán determinar el plan de acción, seguido de técnicas que favorecerán la consecución de los objetivos y metas; sin dejar de lado que su diseño permite la flexibilidad, con el fin de que el clínico pueda ajustarla a las necesidades particulares de cada una de las personas con las que se implemente, tomando en cuenta las condiciones de cada caso.

Tabla de Contenidos

Capítulo	1
Introducción	1
1.1 Justificación	2
1.2 Antecedentes Históricos	4
Capítulo II.....	9
Marco Teórico	9
2.1 Definición de trastorno de personalidad	10
2.2 Trastorno Límite de Personalidad.....	10
2.3 Definición	11
2.4 Criterios Diagnósticos.....	11
2.5 Aspectos Psicodinámicos.....	14
2.6 Mecanismos de Defensa	16
2.7 Etiología.....	17
2.8 Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial	19
2.9 Evaluación Diagnóstica	24
2.9.1 Entrevistas Diagnósticas	24
2.9.2 Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)	25
2.9.3 Inventario Multifásico de Personalidad de Minesota (MMPI-2)	26
2.9.4 Test de Rorschach	27
2.10 Tratamiento	28
2.10.1 Factores para establecer el tratamiento	28
2.10.2 Evaluación inicial.....	28
2.10.3 Estrategias específicas de tratamiento	30
2.11 Abordaje Psicoterapéutico	31
2.11.1 Entrevista.....	32
2.11.2 Modelos en Psicoterapia.....	34
2.11.3 Enfoque Psicodinámico.....	36
2.11.4 Psicoterapia de Expresión y Psicoterapia de Apoyo	45
2.11.5 Terapia Dialéctica Conductual	47
2.11.6 Psicoterapias de Orientación Dinámica.....	49

2.11.7 Terapias Cognitivas.....	50
2.11.8 Terapias Grupales.....	52
3. Modelos de Abordaje Psicoterapéutico.....	53
3.1 Modelo de Abordaje Terapéutico desde la Terapia Dialéctica Conductual	53
3.2 Modelo de Abordaje Terapéutico desde el Enfoque Cognitivo Conductual	58
3.3 Modelo de Abordaje basado en las Teorías Objetales: Tratamiento del Síndrome Borderline en los adolescentes	68
Capítulo III	70
3.1 Planteamiento del Problema:	71
3.2 Objetivos.....	71
3.2.1 Objetivo General.....	71
3.2.2 Objetivos Específicos	71
Capítulo IV	72
Metodología.....	72
V Discusión	77
5.1 Diagnóstico Diferencial	78
5.2 Enfoques Psicológicos	82
5.3 Modelos de Abordaje Psicoterapéutico	85
VI Conclusiones	89
VII Recomendaciones.....	92
VIII Propuesta de Abordaje Psicológico Individual.....	96
Propuesta de Abordaje Psicológico Individual.....	97
8.1 Introducción.....	99
8.2 Justificación.....	100
8.3 Objetivos de la Propuesta:	101
8.4 Estructura de las Sesiones	103
8.5 Selección de Técnicas	104
8.6 Temas Generales a Trabajar	105

8.7	Desarrollo de las sesiones	106
8.8	Conclusiones de la propuesta	117
8.9	Recomendaciones de la Propuesta.....	118
8.10	Referencias Bibliográficas de la Propuesta	119
	Bibliografía General	120
	Anexos	122
	Anexo No. 1.....	123
	Auto registro de pensamientos negativos:	123
	Anexo No. 2.....	124
	Autoregistro Funcional	124
	Anexo No. 3.....	125
	Diario Autobiográfico: (Registro de logros de las conducta meta).....	125
	Anexo No. 4.....	126
	Emociones	126
	Anexo No. 5.....	128
	Fortalezas y Debilidades.....	128

Lista de Cuadros

Cuadro No. 1 Resumen de Datos Históricos.....	7
Cuadro No. 2 Descripción de la Estructura del Ego.....	17
Cuadro No. 3 Modelos Explicativos de la Etiología.....	18
Cuadro No. 4 Diagnóstico Diferencial con otros Trastornos del Eje II.....	23
Cuadro No. 5 Manejo Dinámico de la Intervención.....	38
Cuadro No. 6 Psicoterapia de Expresión y la Psicoterapia de Apoyo.....	46

Capítulo
Introduccorio

1.1 Justificación

El trastorno Límite de Personalidad es una patología clínica compleja que por sus características particulares y heterogéneas, cambios de humor brusco, afecto ambivalente, impulsividad y conducta autodestructiva, sugiere un reto en el momento de establecer el diagnóstico. La sintomatología suele ser cambiante e inconstante, generando, en muchos casos, confusión y falsas recuperaciones, las cuales, en la medida en que aumentan, exacerbaban los síntomas y llevan al paciente a la descompensación y al fracaso en las relaciones interpersonales.

Esta patología clínica es considerada como uno de los diagnósticos psiquiátricos más complejos y controvertidos; condición que se genera a partir de la elevada heterogeneidad clínica y a la comorbilidad con otros trastornos. (Calvo, 2012, p. 58).

Estas características heterogéneas pueden degenerar en dificultades en el momento de realizar el diagnóstico diferencial, por lo que resulta importante conocer ampliamente los criterios y características clínicas, con el fin de ahondar en la información certera que guíe, mediante la observación clínica y la evaluación diagnóstica, por el camino correcto del diagnóstico acertado.

Con base en lo anterior una de las principales tareas de la práctica clínica radica en aclarar el diagnóstico, curso, pronóstico y abordaje específico para cada situación en particular; por lo que es fundamental, describir ampliamente los componentes de la personalidad del Trastorno Límite debido a la complejidad de esta patología clínica la cual tiende a generar considerables dificultades a la hora de establecer el diagnóstico, siendo una consecuencia la elección del abordaje terapéutico; condición que promueve la necesidad de realizar una aproximación integral y global de este trastorno de personalidad, su etiología y características.

Tomando en cuenta la evidencia que, en la práctica clínica, supone el reto de establecer un acertado diagnóstico diferencial se ha considerado importante realizar una revisión de los criterios y características, desde diferentes posturas teóricas, que provean

herramientas para la identificación de factores determinantes para el establecimiento del diagnóstico clínico así como una sistematización de los mismos a partir de un análisis crítico de los principales modelos y formas de intervención psicoterapéuticas con el fin de plantear una propuesta de abordaje psicológico para usuarios/as con Trastorno Límite de Personalidad, en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Es importante tomar en cuenta que estas personas suelen consultar o acudir por ayuda profesional únicamente cuando se encuentran ante una crisis en la que han perdido el “control” de su entorno, se sienten descompensadas emocionalmente, y por lo general reportan *acting-out*, gestos suicidas y conductas autolesivas, razón por la que llegan al servicio de emergencias; lugar en el que reciben intervención en crisis para atenuar los síntomas que los han llevado a consultar.

Es precisamente en este momento en el que se debe indicar el internamiento y la intervención psicológica planteada, con el fin de realizar una alianza terapéutica, que de como resultado un seguimiento a nivel de consulta externa, ya que difícilmente, las personas portadoras del diagnóstico Límite de Personalidad iniciarán procesos terapéuticos en condiciones diferentes; esto debido a la particularidad de las características de su personalidad, ya que suelen ser pacientes tipo “puerta giratoria”; siendo los que acuden a emergencias únicamente cuando están ante una crisis.

Esta condición podría variar si en el momento de la crisis y durante el internamiento se aborda no solamente los eventos desencadenantes y los síntomas presentes, como suele ocurrir actualmente, sino que se inicie el abordaje de la patología clínica como tal; construyendo durante ese período de ingreso hospitalario, la estructura necesaria para enganchar al paciente en un proceso psicoterapéutico.

No se puede dejar de lado que estas personas suelen tener un pobre apego al tratamiento psicológico y suelen abandonar los procesos cuando ven “resuelta” la crisis que los ha llevado a consultar. Por este motivo, el abordaje inicial no debe centrarse únicamente

en el evento desencadenante de la crisis que ha promovido el internamiento; sino también en las características propias de su Trastorno de Personalidad.

Es por lo anterior que la propuesta del plan de atención pretende establecer sesiones estructuradas que permitan la intervención psicológica individual del paciente; promoviendo la empatía y el rapport con el objetivo de que a través de las sesiones realizadas en el período de internamiento se logre la alianza terapéutica y así establecer un control de seguimiento a nivel de consulta externa.

Este control acompañaría al paciente en su proceso de recuperación, favoreciendo un mayor nivel en su desempeño interpersonal para alcanzar una mejor calidad de vida, así como la disminución de las visitas al servicio de emergencias.

Debido a lo anterior y a la no existencia de un plan estructurado y documentado de abordaje psicoterapéutico para poner en práctica durante el período de internamiento de los pacientes portadores del diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en el Hospital Nacional Psiquiátrico, se realizará una revisión de criterios clínicos, modelos de abordaje y propuesta de planes de atención existentes, con la finalidad de plantear un modelo de abordaje psicológico, a partir de la integración de los enfoques citados.

1.2 Antecedentes Históricos

Durante muchos años, diferentes autores se han dedicado al estudio y análisis de las características de personas que presentan el Trastorno Límite de Personalidad, llegando a conclusiones que han permitido delimitarlo de una manera más definida.

Otto Kernberg (1987), ha manifestado que toda la investigación en torno a los trastornos límites se originó con el objetivo de clarificar la existencia o no de esquizofrenia límite y en el cómo diferenciar pacientes con estructuras de personalidad psicótica o formas

atípica, latente, simple o residual de enfermedad esquizofrénica, de personalidades límite propias que definitivamente no son psicóticas.

En relación con lo anterior el psiquiatra austriaco, Wilhelm Reich, (1925, citado en Méndez, 2005) detalló en su clásico trabajo sobre el carácter impulsivo: *Der Triebhafte Charakter* (1925), la ambivalencia, la influencia de los impulsos hostiles pre genitales, los defectos del Yo y del Superyo, la inmadurez de la organización defensiva y el narcisismo primitivo de las personalidades impulsivas, y reconoció que este y otros trastornos caracterológicos constituían tipos de casos límite, postulando así uno de los primeros pasos para el establecimiento de los criterios que más tarde delimitarían el Trastorno de Personalidad.

Por otro lado, es importante señalar que diferentes autores no solo han recopilado datos relacionados con el desarrollo de este trastorno, sino que también han descrito recorridos de escritos antiguos. Al respecto, lea la siguiente cita de Caballo y Camacho (2000):

Existen cuatro conceptualizaciones a saber, la primera está basada en el trabajo de Kernberg (1975), en el que empleó el término «límite» para describir la mayoría de las formas serias del carácter patológico, la segunda surgió en los años sesenta y setenta, y estuvo centrada en la tendencia de los pacientes límite a tener experiencias transitorias psicóticas; desde esta perspectiva se creyó que el trastorno límite pertenecía al espectro de los desórdenes esquizofrénicos; la tercera agrupó muchas de las investigaciones empíricas durante los años ochenta, enfatizando la disforia crónica y la labilidad afectiva de los pacientes límite y llevó a pensar que se trataba de un trastorno afectivo. La cuarta definición, esta en la obra de Gunderson (1984), en la que el término «límite» describe una forma específica del trastorno de personalidad que puede ser distinguida de un número sustancial de otros trastornos del Eje II; de este modo, se diagnosticó al margen de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos, y se propusieron así las siguientes características distintivas: automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasipsicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia. (p. 33).

Este recorrido histórico, permite conocer cómo se ha ido acuñando el término Límite y cómo desde un inicio se reforzaban las características básicas de la personalidad, tales como ambivalencia afectiva, impulsividad y conductas autodestructivas.

Posteriormente, Caballo y Camacho (2000), citaron dos conceptualizaciones más respecto a la historia del término “Límite”. La primera fundamentados en los trabajos de Zanarini (1993), mismo que concibió el trastorno límite dentro de los trastornos de los impulsos, indicando así que se trata de una forma específica de Trastorno de Personalidad visiblemente marcada por la pérdida del control de los impulsos. La segunda conceptualización está relacionada con las investigaciones de Herman y Van Der Kolk (1987) , quienes sugieren que se trata de una variación crónica del trastorno postraumático, relacionado con problemas disociativos. (p. 34).

Los recorridos históricos permiten conocer cómo desde un inicio no fue sencillo identificar las características básicas del Trastorno Límite de la Personalidad. Sin embargo, también es notoria la claridad con la que los autores coinciden en aspectos básicos del funcionamiento basal y en criterios que comparten con otros trastornos.

Esta información se resume en el cuadro No. 1, mismo que muestra la postura teórica de diferentes autores a través de un recorrido histórico por la conceptualización del término Límite.

Cuadro No. 1 Resumen de Datos Históricos relevantes del Trastorno Límite de Personalidad ¹

Año	Autor	Aportes
1938	Stern	<p>Escribió el primer trabajo psicoanalítico dedicado a los casos límite. Concibió a estos pacientes como con una psicopatología estable, aunque entre la neurosis y la psicosis. Los caracterizó por diez rasgos: narcisismo, inmoderada hipersensibilidad, rigidez psíquica, reacciones terapéuticas negativas, masoquismo, inseguridad somática o ansiedad, uso de mecanismos proyectivos y dificultades subyacentes en la prueba de realidad.</p>
1942	Helene Deutsh	<p>Describió una perturbación del carácter que llamó “como si”. Estas personas que parecían carecer de autenticidad, actuaban como si fuesen normales pero bajo esa fachada eran claramente problemáticas. Actuaban semejando a sus interlocutores, eran sugestionables, pasivos con sentimientos de despersonalización y desrealización; mostraban perturbadoras relaciones con los demás y unas vinculaciones adultas superficiales e imitativas, como las del niño pequeño, en cuya historia personal se encontraba un contacto emocional no sano con sus respectiva madres que habría originado un fallo en la internalización, identificación y normal formación del Yo y del Superyó.</p>
1947	Melita Schmideberg	<p>Etiquetó de limítrofes a un numeroso grupo de pacientes de quienes expresó tenían dificultad de adaptación al mundo real y a los cuales siempre les estaba sucediendo algo especial, entre ellos contaba sujetos alcohólicos, delincuentes y con tendencias a la actuación y el suicidio.</p>
1949	Eisenstein	<p>Lo define como una entidad psicopatológica particular, independiente de las neurosis y las psicosis y nosográficamente autónoma.</p>
1950	Bleuler	<p>La mayoría de los psiquiatras norteamericanos parecían estar convencidos de la existencia de un grupo de pacientes que sin ser esquizofrénicos, presentaban perturbaciones más graves que los que solían calificarse como psiconeuróticos.</p>
1953	Knight	<p>Propuso que se realizara un inventario completo del funcionamiento del Yo, él lo llamó evidencias macroscópicas: desinterés, ausencia de estresores precipitantes, falta de logro, planteamiento irreal, sueños</p>

¹ Fuente: Méndez, 2005, p.124-127

		bizarros, insuficiente contraste entre los sueños y la vida en vigilia y microscópicas de debilidades del Ego: deficiente integración de ideas, deficiente formación conceptual, ocasionales bloqueos, peculiaridades en el uso de las palabras, olvido implicacional, ocasional afecto inapropiado.
1960		Aceptada la evidencia de este espectro limítrofe, la investigación se ha orientado a reconocer los mecanismos psicológicos subyacentes y desarrollar abordajes terapéuticos especiales para estos casos.
1963	Modell	Introdujo la transferencia como instrumento de diagnóstico partiendo de la idea de que los pacientes límite entablan con sus terapeutas una vinculación semejante a la que los infantes establecen con un objeto transicional.
1966	Otto Kernberg	Ha ejercido mucha influencia en el estudio de estos estados, él los llama organización límite de la personalidad, pero incluye individuos con neurosis poli sintomáticas, tendencias paranoides, personalidades esquizoides, trastornos de los impulsos, alcoholismo, toxicomanías y algunos caracteres depresivos y sadomasoquistas; siendo en todos ellos fundamenta la disociación como mecanismo de defensas. Este se refiere a la necesidad de mantener separadas las introyecciones e identificaciones de signo contrario, una incapacidad para sintetizar imágenes contradictorias de sí mismo y del objeto.
1968	Grinker	A partir de un estudio sistemático de pacientes diagnosticados como casos límite, afirmó la existencia de un síndrome específico, de considerable consistencia interna y estabilidad.

Capítulo II

Marco Teórico

En este capítulo se desarrollará un recorrido por los principales conceptos, relacionados con el Trastorno Límite de Personalidad y la relevancia que estos tienen en el abordaje psicológico de esta patología clínica.

2.1 Definición de trastorno de personalidad

Muchos autores han señalado diferentes aspectos al referirse a los Trastornos de Personalidad. Sin embargo una de las definiciones que engloba la importancia del concepto como tal es la señalada por Méndez (2005), quien indica:

Se habla de trastornos de personalidad solamente cuando se trata del conjunto de rasgos que por su inflexibilidad y carácter desadaptativo, implican una perturbación significativa en el funcionamiento intrapsíquico, interpersonal o ambos. Son inflexibles y desadaptativos porque ante diversas situaciones se presentan los mismos tipos de respuestas, sin que sean debidamente tomados en cuenta los diferentes contextos, matices, formas y condiciones en que pueden presentarse dichas situaciones.(p. 12).

Estas características se manifiestan en el desempeño de sus vidas, en los contextos más cercanos, familia, trabajo, comunidad, etc. y pueden identificarse debido a los patrones disfuncionales y desadaptativos que los hacen entrar en períodos de crisis.

Por lo general, disfuncionan en todas las áreas de la vida y tienden a presentar un comportamiento desadaptativo generalizado; estas conductas, en muchos de los casos, pueden identificarse desde la adolescencia o la adultez joven, afectando la cognición, el afecto y la conducta, perjudicando su interacción con el medio y provocando malestar significativo. (Halguin, 2004, p. 397).

2.2 Trastorno Límite de Personalidad

En este apartado, se realizará un recorrido por las principales características y factores determinantes de este tipo de trastorno.

2.3 Definición

Muchos autores han descrito a las personalidades límite y han realizado diferentes estudios respecto a esta patología clínica. Para efectos de esta investigación, se define el Trastorno Límite de Personalidad, con base en las palabras de Mackinnon (2008):

La definición de límite o *border line*, es un concepto antiguo que refleja la confusión generada en los clínicos por estos pacientes angustiados, impulsivos, irritados y perturbadores. No son psicóticos, aunque en ocasiones pueden mostrar rasgos psicóticos y durante períodos breves pueden mostrarse manifiestamente psicóticos. La mayor parte del tiempo están lo suficientemente bien como para ser considerados neuróticos, pero con estos rasgos añadidos en el "límite". (p 299).

La definición anterior caracteriza la ambivalencia afectiva que portan estas personas, la cual es responsable de la disfuncionalidad que suelen presentar en sus contextos, aunado también a las confusiones a nivel cognitivo que en algunas ocasiones se podrían tomar como manifestaciones psicóticas; características que sugieren afinar la estrategia para el establecimiento del diagnóstico clínico.

La definición anterior es concluyente con la mencionada por Cuevas (2012), quien describe el trastorno límite de la personalidad como aquel patrón de inestabilidad emocional y afectiva, el cual se refleja en dificultades en la relación con sí mismo y con los otros, reflejándose en conductas autodestructivas. (p. 97).

2.4 Criterios Diagnósticos

El conocimiento de los criterios diagnósticos que caracteriza a los Trastornos Límite de la Personalidad, permitirá al clínico contar con una serie de datos que se deben identificar o descartar en la entrevista, con el propósito de iniciar el establecimiento del diagnóstico.

De acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (1995), el trastorno límite de la personalidad se define con base en la siguiente información:

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. [No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5]
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y desvalorización.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).[No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5]
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. (Psiquiatría, DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales., 1995).

Estos criterios permitirán al terapeuta indagar respecto al patrón afectivo, cognitivo y conductual del paciente, con el fin de corroborar o descartar la patología.

En esta misma línea, Méndez (2005) señala las siguientes características de este trastorno: estallidos de rabia, conductas sexuales desenfrenadas, patrón relacional basado en la seducción, demandas de afecto, pobre control de impulsos, derroche de los bienes y de dinero, la tendencia al consumo desmedido de alcohol como mecanismo de huida ante los eventos en los que han perdido el control o ante aquellos en los que temen ser abandonados. (p. 129).

Estas condiciones llevan a concluir en la importancia de señalar la dificultad de realizar el diagnóstico, debido a que dependiendo del sistema conceptual que se utilice, el resultado diagnóstico final puede variar, debido a los múltiples síntomas y a la ambivalencia afectiva; situaciones que trascienden significativamente en el funcionamiento del individuo y su entorno (Méndez, 2005, p. 130).

Por este motivo, resulta necesario tomar en cuenta las diferentes posturas de autores y estudios realizados, con el fin de equiparar las diferentes investigaciones relacionadas con esta patología.

Citando los sistemas que utilizan criterios psicodinámicos; se debe señalar que por lo general, éstos se basan en los conceptos de Kernberg, (1994, citado en Méndez, 2005), quien dice:

Se debe atender primariamente las características de la patología del Ego; es decir que la esencia del síndrome *borderline* no está constituida por el síntoma revelador sino por una estructura del Yo que es específica y regularmente patológica por representar una detención del desarrollo, lo que hace que los síntomas reveladores no sean específicos ni su asociación tampoco lo sea. Por lo tanto la validez del diagnóstico estará determinada por la comprensión de la psicodinamia subyacente. (p. 130).

Esta interpretación del autor apela a la importancia que se debe dar a la psicodinamia que se encuentra debajo de los síntomas manifiestos y no tanto a las conductas disruptivas, señalando los síntomas revelados como distractores de la verdadera patología que subyace en las personalidades límite.

Por otro lado la postura de Goldstein (1995, citado por Méndez, 2005) afirma lo siguiente:

Mediante el concepto de diagnóstico ego-psicológico, se obtiene una descripción del paciente límite como poseedor de una estructura del ego particular en cuya manifestación entran en juego un grupo de relativas fortalezas que posibilitan la apariencia convenientemente normal de estos sujetos, pero bajo cuya superficie subyacen un grupo de debilidades del ego, las cuales sólo en estados regresivos, en una relación prolongada o con una historia longitudinal en detalle pueden apreciarse y ponerse de manifiesto, concluyendo que es precisamente esta simultaneidad de aparentes fortalezas y sumergidas debilidades lo que concede las características fenomenológicas particulares del Trastorno Límite de la Personalidad. (p. 130)

En la descripción anterior se enfatiza la necesidad de ahondar en la entrevista y el abordaje desde la historia detallada, con el fin de no quedarse únicamente con las aparentes fortalezas que suelen confundir y distraer, sino profundizar en la historia del funcionamiento, que proveerá la información respecto las debilidades del ego.

Ambas posturas coinciden en la importancia de la exploración de la estructura del ego, sin embargo, discrepan en cuanto a la importancia de la psicodinamia subyacente y las aparentes fortalezas y debilidades como fenómeno particular; condiciones que llevan a pensar en otras dificultades propias de la precisión diagnóstica.

A propósito de lo anterior, léase la siguiente cita realizada por Calvo (2012):

El DSM-IV, por ejemplo, estableció 9 criterios para identificar el diagnóstico, requiriendo cinco para emitir el diagnóstico, condición que permite 151 combinaciones diferentes de criterios, todos los cuales calificarían para portar ese diagnóstico, lo que sin duda significa una gran heterogeneidad de presentación del cuadro, así como posible traslapo con otros trastornos del Eje II. (p. 58).

Estos hallazgos sugieren que lo establecido por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*, referente al valor aplicado para cualquiera de los criterios y cualquiera de las combinaciones que se realice, puede que no sea exacto debido a que algunos pueden presentar menor sensibilidad y menor especificidad y otros mayor peso diagnóstico.

2.5 Aspectos Psicodinámicos

La importancia del estudio de los aspectos psicodinámicos radica en el hecho de que permitirán al clínico tener una idea general de los factores necesarios a explorar con el propósito de determinar aquellas condiciones dinámicas que favorecen o exacerban los síntomas característicos del trastorno.

Es fundamental identificar los elementos dinámicos que subyacen en esta patología debido a que estas personas manifiestan defensas neuróticas que les sirven como medio para prevenir la desintegración que podría llevarlos a la psicosis; condición que podría verse como una eventual fortaleza. Sin embargo, este comportamiento favorecerá la conducta que es marcada por patrones simbióticos, dependencia, vulnerabilidad, aunado a pérdida del control de las emociones y las situaciones, principalmente ante eventos generadores de estrés. (Méndez, 2005, p. 132)

En relación con lo anterior, cabe señalar que los aspectos psicóticos se hacen más evidentes al enfrentar condiciones de estrés, principalmente cuando recurren al consumo de alcohol o drogas, razón por la cual se debe indagar si hay historia de conducta adictiva y también la presencia de acontecimientos traumáticos o crisis importantes, las cuales deben ser exploradas junto con los aspectos sanos que también manifiestan estas personas para así determinar los eventos precipitantes de los comportamientos característicos del Trastorno, sin dejar aquellos casos que suelen presentar conductas de excesos sexuales, confusión de identidad, incertidumbre y estados emocionales extremos. (Halguin, 2004, p. 397).

Al respecto Méndez (2005), afirma lo siguiente:

Estas personas son capaces de mantener límites yoicos más o menos precisos en relación a otros, pero sus estructuras psíquicas, particularmente su Yo, carecen de la necesaria integración, al registrar múltiples contradicciones en cuanto a las representaciones afectivo-cognitivas de sí mismo y de otros, por lo que es cercano a la organización psicótica en cuanto al predominio de las operaciones defensivas primitivas, y cercano a la neurosis en cuanto a su contacto con la realidad. (p. 137).

La consideración expuesta por Méndez, señala la importancia de realizar la exploración pertinente, con el propósito de distinguir los aspectos neuróticos y los comportamientos psicóticos manifestados en la conducta del usuario; relacionándolos con la desintegración del Yo, característica que favorece la ambivalencia afectiva. Por lo anterior, es importante tener presente que las constantes fluctuaciones afectivas que experimenta el paciente, son evidencia de la naturaleza ambivalente y pobremente integrada de su mundo objetal interno. (Méndez, 2005, p. 138)

Por esta razón, y tomando en cuenta las dificultades de las relaciones objetales internalizadas, no se debe dejar de lado que existe una grave patología de la internalización de los vínculos; reflejada en la incapacidad de mantener su apego a la persona amada y a su representación interna; a pesar de la frustración y la hostilidad presentes en la relación, tendiendo a tolerar e integrar los aspectos buenos y malos del objeto de sí mismo; reflejando el hecho de que en un momento es evocada una autoimagen positiva y en otro momento se evoca una negativa. Evidenciando la identidad basada en la multiplicidad de

autoimágenes contradictorias, ligadas a gran cantidad de las imágenes objetales no integradas. (Méndez, 2005, p. 138).

2.6 Mecanismos de Defensa

Los mecanismos de defensa son aquellas estrategias que utiliza la persona para responder a las “amenazas” del medio, a aquellas condiciones que le generan estrés y ante las cuales, cree que debe defenderse. En este apartado se dará especial énfasis a los mecanismos de defensa predominantes en el Trastorno Límite de Personalidad.

De la misma forma que los otros trastornos de la personalidad, los individuos portadores de Trastorno Límite de Personalidad emplean mecanismos de defensa en su patrón relacional; utilizándolos como medio de interacción y de obtención de sus deseos; comportamientos que suelen llevarles a conductas autodestructivas en las que suelen involucrar a las personas cercanas y posicionarlas en alguna condición de riesgo.

A este respecto, es importante indicar que las defensas primitivas son utilizadas por el paciente límite como respuesta a condiciones de estrés, situaciones en las que tiende a confiar en ellas como punto de escape; por lo que se puede citar como mecanismos de defensa sobresalientes, la disociación, el *acting out*, como medio para atraer la atención y evitar el abandono real o imaginario, la identificación proyectiva, la negación y la omnipotencia (Méndez, 2005, p. 139).

Relacionado con lo anterior, el enfoque ego-psicológico de Goldstein, (1989, citado en Méndez 2005) define la estructura del Ego del paciente límite en un patrón específico de fuerzas relativas y debilidades subyacentes, el cual permite ver de una forma más clara cómo utilizan estas personas los mecanismos de defensa.

Cuadro No. 2 Descripción de la Estructura del Ego ²

Fuerzas Relativas del Yo	Debilidades Subyacentes del Yo
Prueba de Realidad	Pobre tolerancia a la frustración con bajo control de impulsos
Procesos de pensamiento	Proclividad al uso de defensas primitivas
Relaciones Interpersonales	Síndrome de difusión de identidad
Adaptación a la realidad	Inestabilidad afectiva

Estas fuerzas relativas del Yo interfieren de forma negativa en el patrón relacional de las personas con Trastorno Límite de Personalidad, por lo que suele ser un contexto caótico que pasa de un estado a otro de forma súbita; en el que realizan generalmente *acting out* para evitar el abandono imaginario, presentando fuertes niveles de ansiedad anticipatoria; estas condiciones forman parte de las debilidades mencionadas en la Tabla 1, las cuales les llevan a experimentar un gran nivel de inestabilidad emocional.

La descripción anterior provee un panorama que lleva a pensar en la existencia de estados de regresión y de episodios psicóticos breves como respuesta a los estresores del ambiente, con la particularidad de ser reversibles, sin causar efectos prolongados en la pérdida de la realidad, pero si revelando el caos que suponen sus patrones relacionales. (Méndez, 2005, p. 140)

2.7 Etiología

En este apartado se realizará un recorrido por la etiología del Trastorno Límite de Personalidad, con el fin de delimitar según los estudios vigentes, los conceptos teóricos relevantes en torno a este tema.

De acuerdo con las investigaciones realizadas, algunos de los modelos más utilizados para la explicación del Trastorno Límite han sido los de Otto Kernberg (conflicto y ambivalencia) y Gerald Adler (insuficiencia o déficit), (citados en Méndez 2005) los cuales se detallan en el cuadro No. 3.

² Fuente, Méndez, 2005, p. 139

Cuadro No. 3 Modelos Explicativos de la Etiología del Trastorno de Personalidad Límite ³

Otto Kernberg Conflicto y Ambivalencia	Gerald Adler Insuficiencia o Déficit
Su comprensión de la emoción es construida sobre la base de la clásica teoría de los impulsos. Quien exhibe excesos de emoción, ha fracasado en aprender las formas apropiadas de manejar sus impulsos y canalizar la energía pulsional.	Identifica como núcleo del problema en el trastorno límite, la incapacidad para establecer adecuadamente un introyecto positivo que denomina <i>holding introject</i>
Teoría del Split o escisión: resultante de una falla en el desarrollo del Ego para integrar las imágenes buenas y malas del self y del objeto. Esta escisión es un mecanismo de protección que resguarda de la ansiedad y se desarrolla por la carencia natural de integración de las primarias introyecciones y es entonces usada defensivamente para proteger las introyecciones positivas.	El paciente límite es alguien incapaz de conservar una imagen de buenas interacciones con las personas importantes de su vida. Tiene una débil capacidad de internalizar un objeto: este puede perderse con facilidad durante las frustraciones que surgen de un maternaje inadecuado.
Kernberg definió la escisión como el núcleo defensivo característico de la organización límite de la personalidad.	El terapeuta carga con la responsabilidad de mantener dentro de sí mismo las capacidades que él desea que sus pacientes desarrollen.
Los pacientes límites no pueden apreciar simultáneamente las propiedades positivas y las negativas de los objetos, el “self” y los otros. Siendo sus defensas el resultado de su falta de tolerancia a la ansiedad constitucionalmente determinada, junto con la severa intensidad de los impulsos.	El paciente límite tiene muchas fuerzas de alto nivel, incluyendo defensas, pero resulta vulnerable en forma específica dentro de unas relaciones diádicas; en las que se impone un miedo básico y una convicción: que ha sido y será abandonado
En la génesis de la organización límite intervienen factores ambientales y genéticos, siendo sus relaciones objetales tempranas y conflictivas prematuramente movilizadas en la transferencia.	Considera que la rabia del niño, su desamparo y su desesperación son secundarios a experiencias de ambiente de sostén maternal inadecuado, y esto está en el origen de la organización límite.

³ Fuente: Méndez, 2005, p. 141-143

De estos dos modelos se puede decir que Kernberg hipotetiza mucha agresión como etiología, evidenciada en trauma, abandono o sobre-indulgencia, sumada a una falla en el desarrollo del ego que impide la conformación de una buena integración del objeto; Adler, por su lado, sugiere fallas tempranas en el maternaje, las cuales podrían ser trauma, abandono, sobre-indulgencia o una respuesta inapropiada a una situación traumática, proyectándose en la débil capacidad de internalizar un objeto.

Por otro lado, es evidente que en los últimos años se ha realizado un amplio número de estudios con el fin de identificar marcadores de riesgo o de vulnerabilidad en el desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad. Como lo explica Caballo (2004):

Los posibles factores de inicio se dividen en seis grupos: 1) separación en la infancia, 2) compromiso o implicaciones parentales alteradas, 3) experiencias de abuso infantil, 4) temperamento vulnerable, 5) tendencia familiar a padecer trastornos psiquiátrico y 6) formas sutiles de disfunción neurológica y bioquímica.(p. 151)

Esta propuesta da énfasis a los patrones vinculares primarios, indicándolos como posibles causantes del desarrollo del trastorno.

Siguiendo esta línea, el Trastorno de Personalidad Límite es el producto de experiencias traumáticas en los primeros años de vida, vulnerabilidad y alteraciones neurológicas y bioquímicas; como la disminución de la actividad serotoninérgica (relacionada con los problemas de impulsividad); lo cual podría ser consecuencia de secuelas importantes de las primeras experiencias infantiles y de una condición de vulnerabilidad innata. (Caballo V. , 2004, p. 153).

2.8 Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial

El establecimiento del diagnóstico diferencial es básico, aunque no sencillo, debido a que el Trastorno Límite, comparte muchas características tanto con trastornos del Eje I como del Eje II. Por este motivo y como parte del objetivo específico propuesto en esta investigación, se realizará un recorrido por aquellos criterios que favorezcan el

establecimiento del mismo, tomando en cuenta la comorbilidad con otras patologías clínicas.

Caballo y Camacho, (2000) manifiestan la importancia de establecer un buen diagnóstico diferencial, debido a que los pacientes límite revelan gran variedad de trastornos asociados, tanto del Eje I como del Eje II. Esta condición está asociada al hecho de que raras veces solicitan ayuda médica por el Trastorno de Personalidad como tal, sino más bien lo hacen por presencia de síntomas relacionados con crisis o estresores ambientales, como depresión, episodios psicóticos breves o tensiones interpersonales. (p. 36).

En muchas ocasiones se dificulta aún más el establecimiento del acertado diagnóstico clínico debido a que suele atenderse por la sintomatología que lo lleva a consulta y al atenuarse los síntomas no se aborda la patología de fondo. Por esta razón en algunas ocasiones, se aborda desde la sintomatología depresiva, ansiosa o impulsiva, relacionada la mayoría de las veces con gestos suicidas; limitando así diagnosticar efectivamente para abordar efectivamente; razón de peso para tener sumo cuidado en el abordaje y realizar una buena exploración clínica.

En relación con lo anterior, es importante tomar en cuenta el solapamiento del Trastorno Límite de Personalidad con otros trastornos del Eje II, tales como narcisista, evitativo, pasivo-agresivo y paranoide, pero en mayor medida para el trastorno histriónico, antisocial, esquizotípico y dependiente, por lo que es necesario establecer un claro diagnóstico diferencial; tomando en cuenta la necesidad de analizar el patrón de comportamiento habitual, el inicio temprano de los síntomas y su curso, realizando un análisis longitudinal exhaustivo de los síntomas. (Escribano, 2006, p. 11).

Méndez (2005) señala que las personas con Trastorno Límite de Personalidad no solo suelen confundirse con Trastornos del Eje II, sino que también suelen poner de manifiesto otras formas de patología mental como puede ser un trastorno generalizado por ansiedad, trastorno por angustia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno somatoformes, de fuga psicógena, esquizoafectivos, psicosis reactivas breves y trastorno bipolar así como

otros trastornos de personalidad como el Paranoide, Histriónico, Narcisista, Esquizotípico, por Evitación o Dependencia.(p. 150).

Por otro lado, es importante señalar que el Trastorno Límite de la Personalidad suele confundirse con los estados depresivos, por lo que es necesario discriminarlos tomando en cuenta el tipo de comentarios a los que se refiere el paciente, ya que al analizarlos se podrá distinguir que en la depresión típica el discurso se basa en la culpa y la pérdida; mientras que en la depresión del estilo límite de personalidad, el discurso se basa normalmente en problemas de identidad y en conflictos de dependencia-independencia (Caballo & Camacho, 2000, p. 37).

Siguiendo lo anterior verase al respecto la siguiente cita de Caballo y Camacho (2000), quienes indican:

Los últimos intentos para diferenciar la depresión mayor del trastorno límite, se han realizado a través de las teorías del procesamiento de la información. Parece ser que los sujetos límite procesan la información a una velocidad diferente que los sujetos psicóticos y controles (Schubert et al (1985, citado en Caballo y Camacho (2000); se preocupan más por información emocional, y tienen pensamientos impactantes que les llevan a la distraibilidad y a distorsiones en la memoria y la percepción. Pero quizás lo más importante del estilo cognitivo de estos sujetos sea el predominio de creencias negativas y pensamientos dicotómicos. Aunque esto último es característico también de los depresivos, los sujetos límite poseen actitudes negativas particularmente hacia estímulos cuyos matices emocionales son ambiguos, controvertidos, o afectivamente neutrales.

Estas investigaciones permiten delimitar las diferencias entre los estados depresivos y la depresión que lleva al portador del Trastorno Límite de Personalidad a consultar en los Centros Hospitalarios.

Con base en la hipótesis de que los pacientes límite muestran una mayor frecuencia de expresiones negativas hacia el ambiente que los sujetos deprimidos (quienes tendrían una actitud negativa dirigida más hacia ellos mismos), Kurtz y Morey (1998 citados en Caballo y Camacho (2000) realizaron una investigación con ambos grupos de pacientes. Mediante un procedimiento experimental, se les presentó una serie de palabras con varios contenidos emocionales ante las cuales los sujetos deben emitir un juicio de agrado o

desagrado. Los resultados confirman la hipótesis, ya que los sujetos límite producen más respuestas de “desagrado” ante estímulos neutrales y ambivalentes.

Basándose en lo anterior, se podrían explicar algunas de las manifestaciones como las ideas paranoides, los enfrentamientos continuos con el resto de las personas, la ira o la hostilidad recurrentes y una visión del mundo vacía y sin significado.

Por su parte Gabbard (2002) indica que los pacientes Límite utilizan el término depresión para describir sentimientos crónicos de aburrimiento, vacío y soledad, pero desde el punto de vista diagnóstico ellos pueden carecer de los signos vegetativos de la depresión mayor del Eje I y que los sentimientos de rabia se pueden entremezclar con la depresión que caracteriza al Trastorno Límite, la cual no presenta los determinantes autónomos y endógenos de la depresión mayor. (p. 467).

Así mismo, Caballo y Camacho (2000) hacen referencia a la alta impulsividad junto con la labilidad emocional, relaciones violentas y frecuentes episodios depresivos asociados al trastorno límite de personalidad, los cuales han llevado a muchos investigadores a creer que tales síntomas son variaciones del trastorno bipolar. Además muchos especialistas se basan en que los sujetos límite muestran alteraciones en el sueño y en otros marcadores neurofisiológicos, característicos de los sujetos bipolares. Sin embargo, otros autores piensan que aunque ambos trastornos puedan coexistir, el Trastorno Límite de Personalidad no constituye un trastorno bipolar. (p. 38).

Con base en la investigación de Caballo y Camacho (2000), se detalla en cuadro No. 4 los componentes que comparten el Trastorno Límite de Personalidad y los que lo diferencian de los otros trastornos del Eje II; proveyendo elementos, que brindan un panorama más amplio a la hora de identificar las personalidades límites; siendo una guía que permitirá distinguir entre una patología y otra.

Finalmente, para realizar el diagnóstico diferencial, no se debe perder de vista, la inestabilidad afectiva, el temperamento cambiante, las conductas autodestructivas, la

impulsividad, los arranques de ira y cólera y los patrones relacionales conflictivos, girando en un contexto que va de una situación caótica a otra; como características distintivas de las personalidades Límite.

Cuadro No. 4 Diagnóstico Diferencial con otros Trastornos del Eje II ⁴

Trastorno	Criterios que comparte con el TLP	Diagnóstico Diferencial
Trastorno Esquizotípico	Ideas y alucinaciones paranoides	En el TLP, estos síntomas son más pasajeros, interpersonalmente reactivos y en respuesta a estructuras externas, además los síntomas psicóticos son más transitorios y reactivos a sucesos externos.
Trastorno Histriónico de la Personalidad	Labilidad emocional asociada a manipulaciones interpersonales y búsqueda de atención	En el TLP, además se producen arranques de cólera en las relaciones interpersonales y sentimientos repetidos de vacío y soledad. Conductas autodestructivas
Trastorno Paranoide de la Personalidad	Reacciones coléricas	Sensación de soledad y autodestrucción, mientras que la personalidad paranoide presenta una gran consistencia y rigidez en su comportamiento.
Trastorno Antisocial de la Personalidad	Manipuladores. Busca aprovecharse y obtener poder de sus acciones	El TLP, lo que pretende es descargar las emociones y suscitar atención o cuidado de los demás
Trastorno Dependiente de la Personalidad	Temen el abandono	Los TLP, a diferencia de los Dependientes, no son sumisos, sino impulsivos y coléricos, llegando incluso a apartarse de la persona deseada con el fin de llamar la atención.

⁴ Fuente: Caballo y Camacho, 2000, p. 36

2.9 Evaluación Diagnóstica

La importancia de realizar una adecuada evaluación diagnóstica radica en el fortalecimiento del diagnóstico clínico, el cual favorecerá la identificación del mejor tratamiento a seguir.

A continuación, se detallarán algunas modalidades y tipos de evaluación diagnóstica utilizadas para identificar los criterios que caracterizan a las personalidades límites.

En la actualidad se cuenta con variedad de instrumentos para realizar la evaluación de los trastorno límite de la personalidad. Existen variedad de modalidades y adaptaciones de pruebas y sugerencias de entrevistas con la finalidad de realizar una evaluación que permita organizar el plan de acción a seguir.

Sin embargo, según señala Escribano (2006), la evaluación de los trastornos de la personalidad constituye una tarea plagada de dificultades; los diversos problemas provienen de instrumentos mal contruidos y de las deficiencias en las descripciones de los trastornos de la personalidad que plantean criterios diagnósticos que se solapan entre los distintos trastornos. (p. 13).

2.9.1 Entrevistas Diagnósticas

La entrevista diagnóstica es una modalidad de evaluación que permite al clínico, mediante la realización de entrevistas estructuradas, evaluar la condición del paciente, sus patrones de comportamiento y síntomas actuales.

La Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de Personalidad del DMS-IV (*Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders; Zanarini et al., 1996*), el Examen Internacional para los Trastornos de la Personalidad (*International Personality Disorder Examination, IPDE; Loranger, 1999*) o la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (*Structured Clinical Interview for*

DSM-IV Axis II Personality Disorder, SCID II; Firstetal., 1997), citadas por Escribano (2006), son algunos de los instrumentos más utilizados. (p. 13).

2.9.2 Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)

El auto-informe más conocido para la evaluación de dichos trastornos es el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (*Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI-II*; Millon, 1998).

Esta prueba psicológica permite la evaluación de distintos desórdenes de la personalidad y síndromes clínicos diferentes a partir de 22 escalas que se dividen en cuatro secciones principales: escalas básicas de personalidad (Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-Sádica, Compulsiva, Pasivo-Agresiva y Autodestructiva); escalas de trastornos de personalidad patológica (Esquizotípica, Límite y Paranoide); escalas de síndrome clínicos de gravedad moderada (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Neurosis depresiva, Abuso de alcohol y Abuso de drogas) y escalas de síndromes clínicos de gravedad severa (Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Trastorno delirante). Además, se recogen otras cuatro escalas (Validez, Sinceridad, Deseabilidad social y Alteración) que arrojan datos de interés relevante. El cuestionario consta de 175 ítems de respuesta Verdadero/Falso y un tiempo de administración relativamente breve (de 15 a 25 minutos) (Escribano, 2006, p. 11).

Dentro de las escalas correspondientes al grupo de “Patología Grave de la Personalidad”, esta prueba psicológica arroja una que representa la personalidad límite (escala C), la cual representa intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de depresión y apatía, con rachas de ira, ansiedad o euforia, falta de regulación en el afecto, inestabilidad y labilidad en el estado de ánimo, así como pensamientos recurrentes de automutilación y suicidio (Millon, Davis, & Millon, 2007, p. 39).

Otro dato a tomar en cuenta a la hora de realizar la aplicación de esta prueba psicológica es que, según indica el manual del cuestionario, las puntuaciones de tasa de baremos, obtenidas a partir de las puntuaciones directas, inferiores a 40 no suministran

información sobre un diagnóstico específico, como es el caso del Trastorno Límite de Personalidad (Escribano, 2006, p. 13).

2.9.3 Inventario Multifásico de Personalidad de Minesota (MMPI-2)

El MMPI-2 es una prueba de importantes características psicométricas, la cual evalúa la personalidad, permitiendo al sujeto describirse a sí mismo, manifestando algunos elementos inconscientes; condición que le da a este instrumento un alto valor proyectivo (Rivera, 1991, p. 1).

Esta prueba consta de 566 reactivos divididos en tres escalas de validez y 10 escalas clínicas: Hipocondriasis, Depresión, Histeria conversiva, Desviación psicopática, Masculinidad-Femineidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía e Introversión social. También presenta cuatro escalas de contenido y 16 escalas suplementarias, las cuales permiten generar un reporte que describe la personalidad del individuo (Lucio & León, 2003, p. 5).

Con respecto a esta prueba psicométrica, Méndez, (2005) indica que en el paciente con Trastorno Límite de Personalidad los protocolos revelan signos de desorden del pensamiento, impulsividad, depresión, ansiedad, enojo y suspicacia. Así mismo, suelen presentar elevada la escala 8 (Esquizofrenia), la cual revela los procesos de pensamiento inusuales y peculiaridades de la percepción. Otra escala cuya alteración evidencia la sintomatología de ésta patología clínica es la 4 (Desviación Psicopática), la cual denota el rasgo caracterológico de impulsividad y baja tolerancia a la frustración.

Finalmente la escala 2 (Depresión), suele presentarse alterada reflejando el mundo interno de apatía, insatisfacción y baja autoestima. La elevación de la escala 6 también es común en estos protocolos, evidenciando la presencia de ira intensa inapropiada o falta de control del enojo. (p. 158).

Otra particularidad de estos protocolos, señalada por Méndez (2005), tiene que ver con las escalas de validez, siendo uno de los hallazgos más consistentes la elevación de la escala F, explicando la tendencia a la polisintomatología del paciente Límite. También las escalas L y K son inferiores T50, sugiriendo una tendencia general a enfatizar patología, reportando dificultades de una manera exagerada y dramática, características congruentes con las observaciones clínicas. (p. 159).

2.9.4 Test de Rorschach

El test de Rorschach constituye un instrumento de interpretación de formas definidas, de manchas de tinta de simetría bilateral que ayuda a identificar la estructura afectiva e intelectual de las personas a quienes se les aplica. (Lorenzo, 1981, p. 7).

Por otro lado, también permite interpretar la información generada, traduciendo datos de respuesta en un protocolo que arrojará datos de la personalidad. La aplicación e interpretación requiere de preparación por parte del profesional. (Sendín, 2007, p. 13).

Con respecto a la aplicación, para la evaluación del Trastorno Límite de la Personalidad, Méndez (2005) señala que estos pacientes suelen ofrecer respuestas que son ilógicas, extrañas o bizarras, incluyendo combinaciones fabulizadas y confabulaciones, siendo estas últimas muy frecuentes, aunado a presencia de más respuestas vagas que negativas, relacionado con la presencia de FC: CF+C, lo que indica ambivalencia afectiva, pobre modulación y falta de control. Igualmente una baja puntuación D, sugerirá la existencia de pobres recursos internos, ideativos y afectivos, condición que repercutirá en su forma de enfrentar las situaciones conflictivas. (p. 155).

Todos estos instrumentos son una herramienta valiosa en el momento de realizar la evaluación para el eventual diagnóstico. A pesar de que ninguna de ellas es específicamente para la valoración del Trastorno Límite de Personalidad; sí poseen elementos que puntúan a través de sus escalas rasgos de personalidad los cuales permiten delimitar las características clínicas de estas personalidades.

2.10 Tratamiento

En este apartado y con base en la bibliografía revisada se expondrán algunas de las técnicas de abordaje psicoterapéutico más comunes, con el fin de realizar un análisis de las mismas.

2.10.1 Factores para establecer el tratamiento⁵

Para iniciar, se detallará a continuación los factores necesarios a tomar en cuenta para la implementación del tratamiento para personas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad de acuerdo con lo establecido en la Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, aprobada por la Asociación Americana de Psiquiatría, (2002):

2.10.2 Evaluación inicial

En primer lugar resulta necesario determinar el marco de tratamiento, dar prioridad a los aspectos de la seguridad, incluyendo la exploración de ideas suicidas e intentos previos; con el fin de establecer un acuerdo junto con el paciente sobre los objetivos terapéuticos.

2.10.2.1 Asistencia Terapéutica

El tratamiento debe ser constante y continuado, brindando respuesta a la crisis y enfatizando en la seguridad del paciente. Este aspecto se logra establecer con base en la alianza terapéutica y la Psicoeducación respecto al trastorno. (p. 8).

⁵ La información descrita en este apartado se tomó de la Guía Clínica para el Tratamiento de la Personalidad, aprobada por la Asociación Americana de Psiquiatría, 2002. (P. 3-35)

2.10.2.2 Principios de la Selección del Tratamiento

Se detalla a continuación los principios establecidos por la Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, aprobada por la Asociación Americana de Psiquiatría, (2002):

- a) **Tipo:** Tomando en cuenta la multiplicidad de modelos, se debe buscar aquél que se ajuste a las necesidades del usuario, tomando en cuenta que lo principal es que, la experiencia clínica sugiere, que la mayoría de los pacientes con ese trastorno, necesitan una psicoterapia prolongada para obtener y mantener una mejoría duradera de la personalidad, los problemas interpersonales y el funcionamiento global. Se debe complementar psicoterapia y farmacoterapia.
- b) **Foco del Tratamiento:** Debe abordar tanto el trastorno límite de personalidad como los trastornos comórbidos del eje I y el eje II, dando prioridad según el riesgo o la presencia de síntomas predominantes.
- c) **Flexibilidad:** El plan de tratamiento tiene que ser flexible, adaptado a las necesidades de cada paciente, esto por las particularidades y características de esta patología clínica.
- d) **Papel de las preferencias del paciente:** Es necesaria la colaboración de ambas partes, paciente y terapeuta, por lo que el establecimiento de la alianza terapéutica es básico, para luego implementar, junto con el paciente, el plan de tratamiento, según las necesidades de éste.

2.10.3 Estrategias específicas de tratamiento ⁶

A continuación se describirá según la Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad aprobada por la Asociación Americana de Psiquiatría, (2002), las estrategias necesarias para la implementación del tratamiento.

2.10.3.1 Farmacoterapia

Según el estudio realizado la farmacoterapia es un tratamiento efectivo en estos pacientes debido a que algunos de los síntomas parecen estar asociados a alteraciones de la fisiología de los neurotransmisores. Por lo tanto la respuesta a la medicación tiende a ser efectiva.

2.10.3.1.1. Tratamiento de los síntomas de inestabilidad afectiva:

Para el tratamiento de síntomas como: labilidad emocional, sensibilidad al rechazo, ira intensa inapropiada, bajones depresivos o expresiones de cólera; lo recomendable es tratarlos inicialmente con un Inhibidor de la Recaptación de Serotonina (ISRS), por ejemplo fluoxetina. Ante síntomas depresivos y ansiedad, se sugiere el uso de las Benzodiazepinas. También, ante la presencia de graves manifestaciones de ira, es recomendable el uso de neurolépticos en dosis bajas. Finalmente, para la inestabilidad afectiva, será recomendable administrar estabilizadores del estado del ánimo como Litio, Valproato o Carbamacepina.

2.10.3.1.2. Tratamiento de los síntomas de descontrol impulsivo y conductual:

Ante manifestaciones de agresividad impulsiva, automutilación o comportamiento autodestructivo; se sugiere el uso de los ISRS como tratamiento de elección inicial; acompañado de un neuroléptico para combatir las conductas de riesgo y Valproato o Carbamacepina para el control de los impulsos.

⁶ La información descrita en este apartado se tomó de la Guía Clínica para el Tratamiento de la Personalidad, aprobada por la Asociación Americana de Psiquiatría, 2002. (P. 3-35)

2.10.3.1.3. Tratamiento de los síntomas cognitivo perceptivo:

Para el tratamiento del pensamiento autoreferencial, las ideación paranoide, ilusiones, desrealización, despersonalización o síntomas pseudoalucinatorios, los autores recomiendan la administración de neurolépticos a dosis bajas.

2.10.3.1.4. Características especiales del tratamiento:

Para lograr una efectiva planificación y un adecuado uso del tratamiento se debe considerar los aspectos relacionados con la comorbilidad, el consumo problemático de sustancias, comportamientos violentos y autodestructivos, rasgos antisociales, traumas, síntomas disociativos, estresantes psicosociales, edad, sexo y factores culturales.

2.10.3.1.4. El Manejo del Riesgo:

En cuanto a este tema, los autores recomienda tomar en cuenta la necesidad de colaboración y comunicación con otros clínicos que participan en el tratamiento y la necesidad de dejar constancia escrita de una forma cuidadosa y adecuada; considerando especialmente el adecuado manejo de la transferencia y contratransferencia. También es necesario psicoeducar respecto al trastorno y no dejar de lado el riesgo de suicidio y de comportamientos violentos e impulsivos.

2.11 Abordaje Psicoterapéutico

La intervención psicológica es fundamental como parte del tratamiento integral de los Trastornos Límite de la Personalidad. Por esta razón en este apartado se detallarán modelos y tipos de abordajes psicológicos relacionados específicamente para la intervención de las personalidades Límite.

2.11.1 Entrevista

En toda intervención psicológica, la entrevista es un factor clave debido a que es el medio por el cual el terapeuta establecerá el rapport necesario así como la empatía pertinente para lograr un adecuado vínculo terapéutico.

Tomando en cuenta las características de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad, es importante destacar que los pacientes que presentan este tipo de patología, suelen llegar a terapia porque se sienten amenazados o están atravesando algún período de crisis que sobrepasa sus capacidades; o también debido a que enfrentan episodios depresivos o cuadros ansiosos; por lo que no suelen comprometerse con el proceso terapéutico, manteniendo una actitud ambivalente en cuanto al desarrollo del mismo y tendiendo a dejar el proceso cuando los síntomas han disminuido o ellos han centrado su atención en otro interés.

Según Méndez (2005), en la entrevista se debe tomar en cuenta que las personas con Trastorno Límite de Personalidad tienden a usar la disociación y la omnipotencia como defensa; condición que los lleva a percibir los objetos externos como totalmente buenos o como totalmente malos. Este tipo de comportamiento lo suelen llevar a la interacción con el terapeuta por lo que por lo que puede pasar rápidamente de considerarlo un aliado y admirarlo a devaluarlo y considerarlo un enemigo potencial (p. 131).

Por otro lado, Kernberg (1999) señala que estos pacientes suelen contaminar la información sobre el pasado con las dificultades actuales de la personalidad, siendo esta contaminación aún más extrema en el caso de enfermedad psicótica funcional; razón por la cual una exploración cuidadosa de la vida actual del paciente límite con particular énfasis en el síndrome de difusión de identidad y en la naturaleza de sus relaciones objetales proveerá de una fuente de datos para clarificar el tipo y gravedad de la patología. (p. 91).

En concordancia con lo anterior, y tomando en cuenta lo señalado por Méndez (2005), léase la siguiente cita:

Es necesario tomar en cuenta que en estas personas, la imagen de sí mismas está generalmente compuesta de dos imágenes, una la de un lactante desvalido, otra la de alguien que es omnipotente dadivoso y omnipotente benevolente o destructivo de su autoimagen y él por su parte, se queda con el sentido de que no es nada más que un niño desvalido, razón por la que tiende a mostrar una confusión del sentido de sí mismo con el objeto, percibiéndolo de acuerdo con ciertas fantasías infantiles referentes a la figura materna. (p. 131).

Las características antes descritas son las que suelen marcar los patrones relacionales y el comportamiento basal de las personalidades límite.

Otro aspecto que resalta Méndez (2005) es la difusión de la identidad, la cual se evidencia durante la entrevista cuando el paciente relata una historia de conducta desordenada y contradictoria que refleja la ambivalencia de las polaridades emocionales y la dificultad de integración de la autopercepción, este relato es guiado por la confusión y la contradicción, por lo que es todo un reto para el entrevistador recopilar la información. (p. 131).

Esta información no debe perderse de vista, debido a la importancia de un adecuado control de la contratransferencia.

Debe tomarse en cuenta que estos pacientes relatan la información de forma caótica, sin secuencia, de forma atropellada y confusa y, a la vez, tienen expectativas poco realistas sobre el tratamiento y la relación con el entrevistador, por lo que éste debe estar muy alerta y establecer empatía y límites claros desde el inicio de la entrevista sin dejar de lado la importancia de aplicar una evaluación de la prueba de realidad. (Méndez, 2005, p. 133).

De acuerdo con Gabbard (2002), en la entrevista el terapeuta debe ser flexible ante las situaciones que así le requieran, pero también es necesario establecer límites claros desde el inicio de la entrevista, enfatizándolos cuando sea necesario. (p. 482).

Mendez (2005), continua señalando que los pacientes límite suelen tener serias dificultades en sus interrelaciones debido a que suelen anticipar el abandono y generan gran temor hacia la soledad, generando gran dependencia y demandas extremas de afecto y

atención acompañadas de terrores alternantes de abandono, desesperación, pasión y odio. Así mismo es común que los pacientes despierten intensas reacciones en los demás, condición a la que no escapa el terapeuta; razón por la que debe ser cauteloso en el manejo de la contratransferencia. (p. 133).

En palabras de Mendez (2005), se puede señalar entonces que:

En la entrevista de exploración el profesional puede experimentar sentimientos excesivamente intensos de vinculación y preocupación por el paciente, que son desusados después de una relación tan breve, esto es, que a pesar de una apariencia desesperada y depresiva, el paciente límite transmite sensación de energía y una capacidad para implicar rápidamente al terapeuta en su problema. Estos pacientes pueden mostrar una actitud de enojo, superioridad y desdén insolente hacia el terapeuta. (p. 137).

De acuerdo con lo anterior, es claro que son muchos los panoramas a los que podría enfrentarse el terapeuta en la atención de esta patología clínica debido al abanico de posibles reacciones por parte del paciente y su eventual interés por controlar las sesiones, por lo que el terapeuta debe estar atento a las resistencias y al manejo de la transferencia y la contratransferencia así como a la dinámica misma del proceso.

Es evidente la necesidad de que el terapeuta logre crear un ambiente protegido y de confianza a través de la empatía y el rapport, sin dejar de lado el establecimiento de límites claros y estando en todo momento atento a las posibles demandas del paciente. El terapeuta debe dar prioridad al problema que lo lleva a consultar, sin dejar de lado sus defensas comunes y su estilo caótico de vida, característico de la patología de fondo, la cual no se debe pasar por alto, a pesar de que la intensidad de la crisis presente quiera opacarla.

2.11.2 Modelos en Psicoterapia

Como parte del tratamiento, la psicoterapia es fundamental en el abordaje de las personalidades límite debido a que proveerá de diferentes estrategias a partir de los modelos propuestos para enfrentar la sintomatología característica del Trastorno y ayudar

al paciente a mejorar su calidad de vida. Sin embargo también supone un reto a partir del cual se debe seleccionar el modelo y el plan de atención adecuado para cada caso.

En el siguiente apartado se realizará un recorrido por diferentes modelos de atención en psicoterapia relacionados de manera específica con la intervención psicológica del Trastorno Límite de Personalidad.

2.11.2.1 Generalidades

En relación con el abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad la Asociación Americana de Psiquiatría (2002) señala lo siguiente:

Dos enfoques terapéuticos han reportado resultados positivos en ensayos controlados y aleatorizados: La terapia psicoanalítica / psicodinámica y la terapia conductual dialéctica, ambos con las siguientes características clave: sesiones semanales con un terapeuta individual, una o más sesiones grupales semanales y reuniones entre los terapeutas para consulta / supervisión. En lo que respecta a la duración del tratamiento, se aclara asimismo que la mejoría sustancial en el cuadro clínico se documenta hasta que ha transcurrido aproximadamente un año de intervención psicoterapéutica, esto aún y cuando muchas personas requieren abordajes incluso más prolongados. (p. 20).

Sin embargo, hay posiciones a este respecto. Por ejemplo, Gabbard (2002) afirma que no existe un proceso de intervención rápido para este trastorno. También indica que aquellos pacientes que permanecen en la terapia de orientación psiconanalítica por un período sustancial, entre 1 y 2 años pueden experimentar una mejoría significativa; sin dejar de lado el desánimo que puede experimentar el terapeuta ante el progreso lento del paciente así como del carácter desafiante y emocionalmente abrumador de todo el proceso para el analista. (p. 471).

Este mismo autor señala que estos pacientes tienden a abandonar los procesos psicológicos, presentando pobre adherencia al tratamiento, producto de sus conductas autodestructivas y sus excesivas demandas hacia el terapeuta, lo que dificulta

significativamente lograr el establecimiento de la alianza terapéutica. (Gabbard, 2002, p. 473)

Por otra parte es importante señalar que por su naturaleza particular no todos los pacientes con un Trastorno Límite de Personalidad manifiestan las mismas quejas o situaciones, por lo que el tratamiento deberá adaptarse a la necesidad de cada paciente (Caballo & Camacho, 2000, p. 48).

2.11.3 Enfoque Psicodinámico

El enfoque psicodinámico provee de técnicas y herramienta, para realizar la intervención psicológica en casos de Trastorno Límite de Personalidad. A continuación, se presentan los pasos propuestos por este modelo de intervención.

2.11.3.1 Entrevista

Realizar una entrevista exhaustiva constituye un paso básico y fundamental en todo proceso de psicoterapia. Sin embargo, con las personalidades Límite es necesario ser particularmente cuidadoso debido a que suelen plasmar la información de forma desordenada e impensada y tienden a no permitir ser dirigidos en la misma, por lo que el terapeuta debe escuchar y al mismo tiempo identificar aspectos particulares de la personalidad del individuo que le den indicios de la presencia de la patología.

A este respecto, es importante considerar que al realizar una historia clínica cuidadosa se pueden encontrar elementos que sugieran la presencia del Trastorno Límite. No obstante es sumamente importante no dejar de lado la información subyacente debido a que ésta solo se manifestará cuando el paciente esté experimentando la puesta en marcha del tratamiento; razón por la que en la primera entrevista puede resultar sencillo la obtención de datos de historia. Sin embargo, el terapeuta deberá sospecharse de una patología grave debido a que debajo de ésta “fachada”, suelen esconderse los síntomas característicos del Trastorno. (Mackinnon, 2008, p. 301)

Así mismo, es fundamental que el terapeuta esté atento a identificar la presencia de las defensas del paciente y a aquellas características que indican la presencia del Trastorno Límite de la Personalidad teniendo presente los cambios de humor, la ambivalencia afectiva, la impulsividad, la carencia de coherencia en la historia, la presencia de eventos caóticos; condiciones que indudablemente presentará de forma diferente en una sesión y en la posterior.

Con base en lo anterior, que es necesario tomar en cuenta aspectos básicos como el manejo de la contratransferencia y la transferencia, estar alerta ante las demandas excesivas del paciente y sus conductas manipuladoras, sin perder de vista que atraviesa por situaciones que le llevan a experimentar malestar interno. También es importante mantener una posición de escucha atenta y comprensión, sin caer en el juego de adulación que probablemente el paciente expresará al sentirse escuchado y comprendido, por lo que la empatía y el rapport deben ir siempre acompañados de límites claros y pocas interpretaciones. (Mackinnon, 2008, p. 315)

Estas condiciones nos llevan a reafirmar que tanto la entrevista como el abordaje psicológico deberá ajustarse a las necesidades de cada usuario, como bien lo señala Gabbard (2002) por lo que algunas de sus recomendaciones se han descrito en el cuadro No. 5.

Cuadro No. 5 Manejo Dinámico de la Intervención en el Trastorno Límite de Personalidad⁷

Mantener la flexibilidad	<p>Se requiere una postura flexible del terapeuta con giros entre intervenciones interpretativas y no interpretativas encaminadas hacia el estado de la relación de la persona con el analista en un determinado momento.</p> <p>Responder de manera espontánea (no remota ni fría) a la forma de relación de objeto que se está imponiendo por parte del paciente.</p> <p>Mantener una postura reflexiva respecto a la “danza terapeuta-paciente”.</p>
Establecer condiciones que hacen viable la psicoterapia	<p>Dada la naturaleza caótica de la vida de la persona con este trastorno, la estabilidad debe ser impuesta de fuentes externas temprano en el proceso.</p> <p>Establecer y restablecer qué implica la terapia y en qué se diferencia de otras relaciones (honorarios, horarios estables de citas, terminación de sesiones en tiempo, consecuencias de ausencias).</p> <p>Planteamiento de co-requisitos (tratamiento farmacológico, asistencia a grupos NA o AA, hospitalización en caso de riesgo suicida).</p> <p>Discutir la disponibilidad entre sesiones sólo después de que el paciente inicie un cuestionamiento acerca de eso / Retomar llamadas entre sesiones como foco de exploración en el trabajo terapéutico.</p>
Permitir la transformación en objeto malo	<p>Tolerar y contener el enojo, la agresión y el odio intenso del paciente.</p> <p>Actuar como un contenedor que acepta las proyecciones e intenta comprenderlas y sostenerlas hasta que el paciente se encuentre nuevamente en capacidad de poseer estos aspectos proyectados.</p>
Promover la función reflexiva	<p>Propiciar que la persona pueda pensar acerca de su mundo interno y el de otros por medio de técnicas como: elaborar el estado emocional que pudo haber desencadenado una emoción, observar los cambios en los sentimientos momento a momento de manera que la persona pueda llegar a internalizar las observaciones del terapeuta de sus estados internos, estimular la fantasía del paciente acerca del estado interno de terapeuta, ayudarle a pensar acerca de las conductas autodestructivas / cuestionamiento repetido acerca de potenciales consecuencias adversas.</p>

⁷ Fuente: Gabbard 2002, p. 477-486

<p>Establecer límites cuando sea necesario</p>	<p>Muchos pacientes pueden experimentar las barreras profesionales habituales como crueles y de privación punitiva, demandando demostraciones más concretas de cuidado como abrazos, sesiones extendidas y disponibilidad permanente. Si bien, deben sostenerse los límites (seguridad, continuación de la psicoterapia), el terapeuta no puede mantener distancia emocional y falta de respuesta completa a las súplicas emocionales del paciente.</p>
<p>Establecer y mantener la alianza terapéutica</p>	<p>Resulta útil que el terapeuta le recuerde al paciente los objetivos de la psicoterapia cuando el proceso se vuelve particularmente difícil. Recordar que la psicoterapia es un proceso escogido por la persona para trabajar en objetivos específicos que provocan sufrimiento y que el terapeuta es un aliado en ello.</p>
<p>Manejar la escisión entre la psicoterapia y la farmacoterapia</p>	<p>Si tanto la psicoterapia como la farmacoterapia son proporcionados por el mismo profesional, la medicación también debe ser considerada como un tema importante que requiere exploración en el marco de una comprensión dinámica (transferencia, contratransferencia, resistencia, explorar fantasías respecto a la medicación). Evitar la escisión para prevenir la idealización – des idealización.</p>
<p>Ayudar al paciente a reapropiarse de los aspectos del self que son renegados y/o proyectados en otro lugar</p>	<p>Conectar aspectos fragmentados del self del paciente e interpretar las ansiedades subyacentes conectadas con reapropiarse e integrar las representaciones del self dispares en una totalidad coherente. Cuando así se requiera, ayudar a comprender al paciente que está situando inconscientemente aspectos de sí en otros como un modo de intentar controlar aquellas partes dolorosas de sí. Interpretación del temor de que si integran los aspectos buenos y malos de sí y de otros, el odio intenso que albergan destruirá cualquier remanente de amor. Ayudar a reconocer que el odio es una emoción omnipresente que debe ser integrada y templada con amor, de manera que la agresión sea aprovechada en direcciones más constructivas.</p>
<p>Monitorear los sentimientos contratransferenciales</p>	<p>La atención continua de los propios sentimientos previene el acting-out contratransferencial. Cada terapeuta tiene límites personales respecto a cuánto odio e ira puede tolerar. Si el/la terapeuta monitorea de cerca los sentimientos contratransferenciales, este límite puede ser manejado en forma constructiva, más que en forma destructiva.</p>

Estas recomendaciones planteadas por Gabbard (2002) dejan ver el arte necesario para el abordaje psicológico en los procesos de personas con ésta patología clínica, debido a que el manejo de la transferencia y la contratransferencia son básicos. Además el terapeuta debe precisar el objetivo de la terapia y no caer en las demandas y exigencias del paciente, estableciendo límites claros desde un inicio y proveyendo de un ambiente empático en el que brinde las herramientas a la persona para que ésta reconstruya su ambiente.

Tomando en cuenta estas recomendaciones resulta fundamental explorar los componentes autodestructivos del paciente, la historia de conductas autolesivas y aquellos comportamientos relacionados con condiciones de riesgo como el consumo de alcohol o drogas, irresponsabilidad en los contactos sexuales y conductas de riesgo en general con el propósito de llevarlo a la reflexión y a explorar alternativas diferentes ante sus situaciones conflictivas. (Mackinnon, 2008, p. 315)

Dichas recomendaciones sumadas a las descritas por Gabbard, proveen una línea de intervención que sugiere un abordaje activo y precavido, el cual debe centrarse en la empatía y el establecimiento de límites con flexibilidad en cuanto a técnicas e interpretaciones así como en la modalidad del tratamiento, teniendo muy presente la ambivalencia afectiva del paciente, sus cambios de humor, demandas de atención, afecto y su incapacidad para diferenciar al objeto malo del objeto bueno; condiciones que podrían llevarlo a idealizar y luego a odiar al terapeuta.

2.11.3.2 Transferencia

En relación con el tema de la transferencia es indispensable considerar la condición que las personas con Trastorno Límite de Personalidad suelen abandonar tempranamente los procesos terapéuticos, debido a que no es sencillo para ellos establecer vínculos o alianzas que les permita ver a su terapeuta como una figura colaboradora, sino que tienden a la idealización y a la devaluación, por lo que acuden a sus defensas primitivas y esto interfiere en el establecimiento de la alianza. (Gabbard, 2002, p. 474)

Estas condiciones permiten observar a un paciente ambivalente con el que la dificultad del establecimiento de la alianza terapéutica aumenta debido a sus particularidades y su patrón relacional caótico el cual suele llevar a terapia, aunado a la amenaza de abandonar el proceso en el momento que los síntomas se atenúan.

Por lo anterior, es importante tomar en cuenta que los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad suelen presentar una intensa idealización del terapeuta en la que lo colocan en una posición de idealización, rodeada de fantasías románticas; por lo que se debe tener sumo cuidado con las percepciones que el paciente pueda presentar hacia los límites que establezca el terapeuta, ya que podría interpretarlos como señales de abandono; condición que lo podría llevar a la descompensación psicótica, previendo un anticipado abandono con el aumento de demandas y amenazas de suicidio con lo que colocará al terapeuta en una posición desvalorizada, viéndolo como su enemigo. (Gabbard, 2002, p. 474-475) (Mackinnon, 2008, p. 317)

Otro aspecto señalado por Mckinnon (2008), es que el paciente ha internalizado un introyecto odiado y posiblemente abusivo que está intentando externalizar desesperadamente a través de la identificación proyectiva. Esta situación conduce al paciente a observar al terapeuta como uno más dentro de una larga lista de personas desconsideradas y abusivas; por lo dado que en su mundo interior no existe un sentido integrado de las otras personas que combine todas sus virtudes y defectos en una imagen única. (p. 316).

Esta clara alternancia entre la idealización y la devaluación del terapeuta es el ritmo que marca la marcha en el proceso ante el cual el terapeuta debe permanecer atento a manejar esta condición ambivalente que al explorar las defensas de la escisión a través de la transferencia le permitirá conocer lo que ocurre en el mundo interno del paciente, a fin de ser un factor protector en el proceso de recuperación.

Otro aspecto importante dentro del tema de la transferencia es el manejo de las interpretaciones las cuales deben ser abordadas con suma prudencia principalmente al inicio del proceso, con el propósito de que el paciente no piense que el terapeuta está siendo entrometido y sin sentimientos; condición que perjudicará la alianza terapéutica, por lo que el clínico deberá optar por mantenerse en la superficie de la situación. (Mackinnon, 2008, p. 320).

A propósito de lo anterior, léase la siguiente cita:

Las interpretaciones profundas basadas en un material aparentemente ‘perspicaz’ ofrecido en una fase temprana por el paciente límite son potencialmente desastrosas, puesto que el paciente límite carece de la fortaleza del yo necesaria para integrar estas interpretaciones y puede tener una respuesta paranoide y colérica”. De allí que insistan en la trascendencia de asumir una postura ecuánime, empática y de apoyo en la fase inicial del tratamiento, a fin de consolidar el desarrollo de un sentimiento más estable de sí mismo en el paciente, llevar a una visión interna más integrada de los demás, disminuir la conducta autodestructiva y abrir la puerta a un trabajo de interpretación más directo. (Mackinnon, 2008, p. 320)

Siguiendo esta misma argumentación, la Asociación Americana de Psiquiatría (2002) sugiere que las intervenciones de tipo interpretativo, confrontativo y clarificador han de centrarse más en el aquí y ahora que en situaciones de un pasado lejano, principalmente en la fase inicial del proceso, sin dejar de lado que en el enfoque dinámico pueden ser empleadas en algunas ocasiones las interpretaciones de experiencias pasadas como parte del proceso. (p. 22)

Al respecto, Gabbard (2002) apunta a la pertinencia de orientar la psicoterapia hacia la expresividad (interpretación de la transferencia) o el apoyo (ambiente sostenedor-tranquilizador), señalando que las interpretaciones de la transferencia son una intervención de alto riesgo y de alto beneficio, por lo que éstas pueden incrementar la colaboración. No obstante para ello, primero debe prepararse el camino para la interpretación, realizando valoraciones afirmativas de la experiencia interna del paciente; sin dejar de lado, la importancia de crear un ambiente de sostén a través de la validación empática de la experiencia del paciente antes de ofrecer una interpretación de las dinámicas inconscientes. (Gabbard, 2002, p. 475)

Tomando en cuenta lo anterior, se concluye que uno de los aspectos más importantes es la construcción de la alianza terapéutica, la cual debe ser estructurada a través de empatía, apoyo y sostenimiento emocional. También son importantes los elementos de reconocimiento de las capacidades del paciente para establecer relaciones de confianza en su vida adulta, principalmente cuando han ocurrido experiencias de trauma temprano, por lo que es recomendable utilizar estas técnicas durante todo el proceso terapéutico.

2.11.3.3 Contratransferencia

En lo referente al manejo de la contratransferencia, Gabbard (2002), recomienda que el terapeuta que atiende a una persona con trastorno límite de la personalidad se enfrenta a una manifestación de cambiantes estados del afecto y el humor, lo que conlleva a una variedad de reacciones contratransferenciales importantes tales como ansiedad, sentimientos de desamparo, rabia, odio, entre otros. (p. 450).

Es indispensable que el terapeuta ante situaciones como ambivalencia afectiva, explosiones emocionales, demandas excesivas, impulsividad, seducción, idealización y desvalorización masiva, así como conductas autodestructivas, logre identificar su posición al respecto, debido a que podría sentirse psicológicamente agredido, expresar enojo, terror hostil y preocupación erótica o cargada de ansiedad por el paciente. (Gabbard, 2002, p. 476)

Respecto a lo anterior, es necesario que el terapeuta esté alerta con el fin de que no desarrolle sentimientos de culpa que el paciente sabrá utilizar para obtener provecho. Por esta razón el establecimiento de unos límites claros deben estar siempre presentes durante el proceso (Mackinnon, 2008, pág. 321)

Otro de los aspectos señalados por Gabbard (2002), radica en que los pacientes con Trastorno de Personalidad Límite suelen presentarse como víctimas desvalidas tras experiencias de abuso en la infancia y podrían sugerir llegar al suicidio debido a las

insuficiencias del terapeuta. Ante esta condición el terapeuta podría caer en fantasías de ser el “salvador”, y caer en la tendencia de sentirse el héroe, asumiendo la responsabilidad por la vida del paciente, desligándolo de este compromiso y asumiéndolo peligrosamente como suyo. (p. 477).

El asumir una postura de vigilancia del comportamiento del paciente, podría demandar gran parte de la intervención en el establecimiento de límites; por lo que el terapeuta tendrá que lidiar con sus propias emociones y evitar los comportamientos hostiles o sarcásticos, manteniendo la postura necesaria para contener emocionalmente al paciente. (Mackinnon, 2008, p. 321)

Por estas razones, es indispensable que el terapeuta conozca ampliamente la información relacionada con el patrón de comportamiento de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad, pero también es fundamental que revise su paradigma interno, sus mecanismos de defensa y que honestamente reconozca ante sí mismo los sentimientos desfavorables que le genera el paciente así como la intensidad del sentimiento estimulado por el paciente, ya que puede llevarlo a incurrir en errores sutiles o manifiestos de los límites establecidos dentro del proceso o transgresiones propias de la ética profesional; por lo que el abordaje debe ser sumamente cuidadoso y no se debe dejar de lado la posibilidad de consultar o supervisar el caso con otro profesional tomando en cuenta que la contratransferencia es un herramienta valiosa que abre la brecha al mundo interno del paciente.

Respecto a lo anterior, Gabbard (2002) recomienda que el terapeuta emplee en forma constructiva sus sentimientos contratransferenciales expresándoselos al paciente, por ejemplo, señalándole tener la sensación de que está intentando que se enoje con él, en lugar de permitirle ayudarlo o planteando límites a los bombardeos verbales con frases conciliadoras. En este sentido, dicho autor destaca que los terapeutas deben ser reales y genuinos con los pacientes con este trastorno, porque de lo contrario incrementarán la envidia hacia ellos como figuras de santidad que son básicamente no humanos. (p. 486).

Estos aspectos dirigen la atención hacia la importancia de lograr un manejo adecuado de la transferencia y la contratransferencia, siendo todo un desafío el mantener el rol correcto como terapeuta, por lo que es necesario una constante revisión interna de los sentimientos generados por el paciente y del paradigma personal.

2.11.4 Psicoterapia de Expresión y Psicoterapia de Apoyo

Desde este otro enfoque terapéutico, se detallará las recomendaciones sugeridas para el abordaje de personas con Trastorno Límite de Personalidad.

Este enfoque sugiere la utilización de técnicas de expresión y de apoyo para sostener el proceso terapéutico. Kernberg (1999), sugiere que el paciente límite induce en el terapeuta fuertes corrientes emocionales que lo pueden llevar a abandonar una posición de neutralidad técnica haciendo imposible la interpretación de las áreas centrales de transferencia. Esta situación lleva al terapeuta a que al esforzarse por conservar una actitud esencialmente analítica, tienda a reprimirse en el uso de medidas de apoyo, corriendo el riesgo de debilitar los rasgos expresivos y de apoyo de la psicoterapia.(p. 119).

La técnica de Psicoanálisis para el abordaje de pacientes con trastorno de personalidad límite descrita por Kernberg (1999) se divide en una adhesión consistente del analista a una posición de neutralidad técnica, su uso consistente de la interpretación como una herramienta técnica, su facilitación del desarrollo de una neurosis de transferencia plenamente desplegada y de su resolución psicoanalítica solo por la interpretación. (p. 120).

En su análisis del tratamiento de este tipo de personalidades, Kernberg (1999) citado en Méndez, 2005), describe dos modalidades de abordaje terapéutico: La Psicoterapia de expresión y la Psicoterapia de apoyo; ambas se resumen en el cuadro No. 6.

Estos dos planteamientos de abordaje psicológico, son de los más antiguos, establecidos para este tipo de patologías clínicas, por lo que demandan algunas características particulares del paciente para poder participar de estos procesos.

Cuadro No. 6 Aspectos Relevantes de la Psicoterapia de Expresión y la Psicoterapia de Apoyo ⁸

Modelo	Objetivos	Interpretación de la Transferencia	Técnicas	Requisitos	Indicaciones
Psicoterapia de Expresión	<p>Establecer un adecuado manejo de las transferencias primitivas que predominan como resistencias.</p> <p>Determinar la gravedad de perturbaciones intrapsíquicas e interpersonales, a fin de abordarlas centrándose en el aquí y en el ahora.</p>	<p>Debe centrarse en la gravedad del “acting-out” y en las perturbaciones de la realidad externa del paciente que quizá amenacen la continuidad del tratamiento y la supervivencia psicosocial del mismo.</p>	<p>Clarificación</p> <p>Interpretación</p>	<p>El terapeuta no deberá intervenir directamente en la vida del paciente.</p> <p>El paciente debe cumplir con un contrato de asistencia regular a la terapia, al menos 2 o 3 veces a la semana.</p> <p>Los pacientes deben estar dispuestos a abstenerse de drogas y alcohol y de otras conductas físicamente autodestructivas.</p> <p>Mínimo una inteligencia “normal”, debido a la comunicación verbal altamente simbólica y abstracta de esta modalidad de psicoterapia</p>	<p>Pacientes con organización límite de la personalidad, específicamente con personalidad infantil, narcisista con rasgos límite abiertos, narcisista con condensación del sí mismo grandioso patológico con agresión, para pacientes que presentan una mezcla de rasgos de personalidad narcisistas y paranoides fuertes</p>
Terapia de Apoyo	<p>Establecer metas para adecuado funcionamiento autónomo y para la búsqueda de alternativas de apoyo.</p>	<p>La transferencia negativa suprimida puede ser resaltada, mediante un examen de la realidad.</p>	<p>Explorar defensas primitivas</p> <p>Análisis sistemático de la conducta del paciente</p>	<p>Mínimo de inteligencia “normal”</p> <p>Disposición, voluntad y capacidad de asistir regularmente a las sesiones</p>	<p>Si el paciente carece de motivación o de la capacidad o voluntad para participar en las 2 o 3 sesiones por semana de la terapia de expresión</p>

⁸ Fuente: Kernberg (1999), p. 131-158

2.11.5 Terapia Dialéctica Conductual

Esta modalidad de tratamiento ofrece una gama de recomendaciones para la intervención psicológica de las personalidades límite, los cuales se han recopilado a través de diferentes autores y se detallan a continuación.

La Terapia Dialéctica Conductual fue descrita por primera vez como tratamiento estructurado para el Trastorno Límite de Personalidad por la psicóloga Marsha Linehan en 1993 (Linehan, 1993, citada en Cuevas, 2012). Se trata de una modalidad de tratamiento que incluye sesiones individuales y sesiones grupales para el entrenamiento de diversas habilidades.

En palabras de Cuevas, (2012), esta modalidad de tratamiento consiste en:

Un enfoque de origen cognitivo-conductual, que incorpora la filosofía dialéctica y la práctica del Zen. Para este enfoque, las alteraciones emocionales y conductuales propias de este trastorno son mantenidas por un ambiente invalidante que refuerza unas conductas claramente disfuncionales. A partir de aquí, el tratamiento se dirige en primer lugar al abordaje de conductas que pueden suponer una situación de riesgo vital para el paciente (conductas de autolisis e intentos de suicidio). Típicamente, los pacientes tienen la posibilidad de contactar con el terapeuta para el afrontamiento de situaciones de crisis (por teléfono), previo acuerdo con el terapeuta. (p. 99).

Esta descripción permite ver como el modelo propone el acompañamiento psicológico basado en la prevención de las conductas de riesgo y en el establecimiento del vínculo terapéutico.

En esta misma línea, se puede decir que esta terapia consiste en un conjunto de estrategias aplicadas a una jerarquía de objetivos de tratamiento en la que el terapeuta apoya al paciente, y se encargará de entrenarlo en habilidades de auto aceptación, para así promover el cambio necesario. Esto a través de la aplicación de los principios conductuales a los problemas del paciente (Aramburú, 1996, p. 126).

Esta terapia tiene como objetivo entrenar al paciente para que logre poner en práctica conductas más adaptativas, sustituyendo aquellas que no lo son y buscando

alternativas para la resolución de las relaciones intra e interpersonales y de ésta forma disminuir el impacto negativo que pudieran tener algunos comportamientos en el proceso. Esto con el fin de conseguir la validación y la aceptación de las propias experiencias personales. (Cuevas, 2012, p. 99).

La metodología de la terapia, la explica Cuevas (2012) en los siguientes términos:

El programa de tratamiento pasa por diversas fases, habitualmente de manera lineal (aunque no necesariamente). Así, por ejemplo, no se abordan conflictos emocionales hasta que el paciente no es capaz de manejar conductas que suponen una seria amenaza para sí mismo o para los demás. Las diversas fases contemplan, el manejo de las conductas de autolisis, el afrontamiento de conductas que repercuten negativamente en el éxito de la terapia, la validación de los conflictos emocionales, el aumento de la capacidad para regular las propias emociones y para mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias, elaboración de situaciones traumáticas anteriores, entrenamiento para la resolución de los problemas de la vida diaria y para la promoción del auto-respeto y finalmente entrenar al paciente para mantener la alegría y para disfrutar de sus experiencias personales. El encuadre puede ser variable. Aunque se trabaja también con la familia, para poder llevarla a cabo se requiere un compromiso firme por parte del paciente, que deberá permanecer en tratamiento no menos de 6 meses. Éste es quizás el componente clave para el avance y el éxito de la terapia. (p. 100).

La descripción que utiliza el autor deja ver que esta modalidad de tratamiento involucra no solo al paciente, sino también a su familia, convirtiéndose, éste modelo en una herramienta valiosa que promoverá la formación de una red de apoyo; condición indispensable en la práctica clínica para el sostenimiento del bienestar de los usuarios que participan de procesos psicológicos.

Por otro lado, la posición de Aramburú (1996), realiza una distinción entre la Terapia conductual tradicional y la Terapia Dialéctica, concluyendo que ésta última enfatiza mucho más la aceptación radical de la conducta y de la realidad, promoviendo el movimiento entre cambio y aceptación desde una posición flexible lo cual se adapta a las necesidades y características del paciente. (p. 127).

Dicha autora menciona como parte de las fortalezas de esta terapia las siguientes estrategias de abordaje: formular y utilizar la paradoja, representar el “abogado del diablo”, extremar el significado de las expresiones, empleo de cuentos metáforas, la activación de

la mente sabia, cambiar lo negativo a positivo, permitir el cambio y la inconsistencia y la evaluación dialéctica. (Aramburú, 1996, p. 127).

Tomando en cuenta la descripción de los autores mencionados, se puede concluir que la Terapia Dialéctica Conductual es una propuesta efectiva para aquellos pacientes que pueden ser intervenidos psicológicamente a través de ésta modalidad debido a que sus postulados pretenden fomentar un terapeuta flexible que se mantenga atento a las conductas de riesgo y que promueva el cambio y la autoaceptación, siendo dinámico y facilitando el establecimiento de la red de apoyo.

2.11.6 Psicoterapias de Orientación Dinámica

A continuación se detallará el aporte de este modelo de intervención psicológica en el tratamiento de las personalidades límite.

Esta modalidad de abordaje está focalizada en la transferencia, y suele aplicarse de acuerdo con lo expuesto por Cuevas (2012):

Dos sesiones individuales por semana, dirigidas a la contención y el análisis, de los intentos de separación de los demás ante el temor de que terminen en el abandono, y que tiene su origen en los intentos de separación de la madre en la infancia. Supone que ante esta circunstancia, los demás son percibidos como personas maliciosas al tiempo que el paciente puede sentirse despreciable. Esta terapia intenta abordar los conflictos, las emociones y las conductas derivadas de estas distorsiones y errores. (p.100).

Esta terapia está más enfocada a la contención de emociones derivadas de conflictos internos, producto de situaciones de la primera edad las cuales repercuten en la edad adulta, afectando patrones relacionales.

Por otro lado, Cuevas (2012) afirma que casi todas las terapias de corte psicoanalítico parten del supuesto de que el Trastorno Límite es un trastorno evolutivo del yo, lo cual afecta a la propia integración del yo y de las relaciones objetales y por tanto, a las relaciones con los demás, por lo que suelen basar sus postulados en la intervención de la integración de la propia identidad. (p. 100).

2.11.7 Terapias Cognitivas

Las terapias cognitivas son una modalidad de tratamiento que también provee de sugerencias para el abordaje de las personalidades Límite a través de técnicas y herramientas que facilitan el control y la modificación de pensamientos y creencias por aquellas que resultan más benéficas para el usuario.

Entre las terapias cognitivas se puede destacar la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas de Young. La Terapia de Esquemas y la Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler entre otras. Dichos modelos terapéuticos aportan diferentes recursos para el abordaje psicológico de patologías clínicas, incluyendo el Trastorno Límite de Personalidad. (Cuevas, 2012, p. 101).

A continuación se describen algunas de las terapias mencionadas.

2.11.7.1 Terapia Cognitiva de Beck

Según Beck (2000), esta terapia se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Por esta razón se avoca a la identificación de aquellos pensamientos que son producto de distorsiones cognitivas de los pacientes para así favorecer procesos de sustitución y modificación, con el fin de promover un mayor control sobre las emociones y las conductas. (p. 32).

De acuerdo con Cuevas (2012), la terapia cognitiva de Beck parte de la asunción de que los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentan serias dificultades para identificar creencias y esquemas cognitivos erróneos y disfuncionales, tanto para sí mismos como para con los demás. Es por esta razón que esta terapia pretende entrenar a los pacientes para que aprendan a identificar estas creencias para posteriormente modificarlas de una manera más ajustada a la realidad y así favorecer la integración de una personalidad más sana, lo cual se reflejará en sus patrones relacionales. (p. 101).

De acuerdo con esta propuesta, la utilización de diferentes técnicas puede promover el autocontrol en los pacientes Límite y guiarlos a responsabilizarse de sus conductas al lograr el control de sus pensamientos e identificar las distorsiones cognitivas que suelen generar a partir de la realidad que les rodea.

2.11.7.2. Terapia Centrada en Esquemas de Young

La Terapia centrada en esquemas de Young, consiste en identificar y modificar los “esquemas desadaptativos tempranos”. Por ésta razón este tipo de terapia es adaptable al abordaje de las personalidades Límite, ya que en la base de alteraciones del Trastorno Límite de la Personalidad se encuentran los conflictos de los primeros años, con significantes marcados en las relaciones vinculares. A este respecto, esta modalidad de tratamiento plantea que sólo a partir de la modificación de esos esquemas desadaptativos el paciente podría manejar las alteraciones propias del trastorno. (Cuevas, 2012, p. 101)

2.11.7.3 Terapias de Esquema

Esta modalidad de terapia permite al clínico la utilización de distintas técnicas cognitivo-conductuales así como el empleo de herramientas a partir de otros enfoques con el fin de realizar un análisis de las creencias y distorsiones cognitivas del paciente, para así modificarlas hacia ideas más ajustadas a la realidad. (Pérez, 2007, p. 8)

Según este autor, ésta terapia trata temas y creencias centrales de los pacientes con trastornos de personalidad, denominando a dichos temas como esquemas desadaptativos temprano. En palabras del autor:

El esquema desadaptativo temprano, se entiende como un patrón compuesto de memorias, emociones, cogniciones y sensaciones corporales en relación con uno mismo, y las relaciones de uno con otras personas, que se desarrollan durante la infancia o la adolescencia, elaboradas durante la vida del individuo y disfuncionales en grado significativo. Estos esquemas tendrían su origen en la interacción entre unas necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia y las características temperamentales, es decir biológicas e innatas, del niño, siendo cinco las necesidades emocionales que se plantean como centrales, a saber: los afectos seguros con otras personas, la autonomía, competencia y sentido de identidad, la libertad para expresar necesidades y emociones válidas, la espontaneidad y el juego y los límites realistas y el autocontrol. Estas necesidades estarían ligadas de forma obligatoria a cinco esquemas de adaptación temprana: desconexión temprana y

rechazo, trastornos de autonomía y de rendimiento, límites alterados, ser dirigido por otros y la hipervigilancia e inhibición (Pérez, 2007, p. 8).

Esta modalidad de tratamiento permitirá a través de la modalidad de los esquemas, fomentar una sana integración de la personalidad así como una mejoría en los patrones relacionales, que de lograrse se reflejará en el mundo circundante del paciente.

2.11.8 Terapias Grupales

Las terapias grupales podrán ser una opción de tratamiento siempre y cuando tanto el grupo como el paciente posea ciertas características para el proceso. Esas características son las siguientes:

Es importante señalar, que tradicionalmente los pacientes con este trastorno no han sido considerados aptos para la psicoterapia de grupo debido a la intensidad de sus conductas disruptivas y desadaptadas los cuales impiden una adecuada cohesión grupal. Por esta razón la principal tendencia radica en utilizar modalidad de psicoterapia individual. (Díaz, 2001, p. 59)

Sin embargo, para algunos autores el tratamiento grupal es más eficaz que el individual. Respecto a esta consideración, Clarkin y Cols, (1991, citados en Díaz, 2001), identifican las siguientes consideraciones terapéuticas:

Advierten que esta modalidad provee la disminución de la intensidad de la transferencia, que posibilita la modificación de modelos de conductas desadaptativas a través de la modificación de modelos de comportamiento inadecuados, llevándolos a tener conciencia de los impulsos auto-agresivos, a fin de que logren una menor subjetividad de las reacciones afectivas y que desarrollen, un adecuado control de los impulsos a través del establecimiento de límites claros. (p. 59).

Díaz señala la importancia de que el terapeuta logre crear un espacio que posibilite la contención de los impulsos y efectos disruptivos el cual será logrado a través de la dinámica del grupo. Este modelo terapéutico constituye un medio de contención de las emociones y los impulsos, tornándose por lo tanto en grupo exclusivo para personas con Trastorno Límite de la Personalidad con el requisito máximo de llevar simultáneamente psicoterapia individual. (Díaz, 2001, p. 60)

A este respecto, Kibel (1980, citado en Díaz, 2001) plantea un tratamiento grupal a corto plazo, en régimen de internamiento donde se expliquen los objetivos así como el establecimiento de normas y la reducción del acting-out y las conductas regresivas.

Finalmente, Díaz, (2001) concluye que la tendencia actual consisten en el tratamiento combinado en terapias individuales y grupales, ya sea el mismo terapeuta o distintos terapeutas. (p. 60).

Según las conclusiones del autor, los cambios terapéuticos investigados en esta modalidad terapéutica muestran una clara mejoría en la categoría de "pérdida de control de impulsos" y "episodios psicóticos", mientras que se produce una ligera mejoría en la categoría de "relaciones interpersonales". También indica que la alianza entre los miembros del grupo se ha considerado como una de las variables que permiten una mejoría significativa entre los pacientes. (Díaz, 2001, p. 61)

El enfoque grupal provee de medios que podrían favorecer la modificación de los pacientes Límite, aportando, además, espacios para el fortalecimientos de las habilidades sociales y de adecuadas relaciones interpersonales. Sin embargo, se considera que ésta podría ser una intervención de segunda mano, siempre y cuando el proceso a nivel individual éste visiblemente consolidado y haya preparado al paciente para interactuar de forma asertiva con el medio.

3. Modelos de Abordaje Psicoterapéutico

Con base en el tercer objetivo de esta investigación, se realizará una amplia descripción de tres modelos de atención terapéutica dirigidos al abordaje de las personalidades Límite con el fin de conocer sus propuestas y postulados.

3.1 Modelo de Abordaje Terapéutico desde la Terapia Dialéctica Conductual ⁹

⁹ Se sigue con detalle los lineamientos propuestos por García (2006), p. 4-8.

El primero de los modelos que se plantea está basado en la Terapia Dialéctica Conductual; modelo descrito en el apartado anterior.

Con respecto a esta modalidad de tratamiento, García (2006) en su investigación, detalla el programa planteado por Linehan. Este programa consta de las siguientes secciones:

a) Bases teóricas

Linehan (1993, citada en García 2006) elabora una teoría o modelo para explicar el Trastorno Límite de Personalidad, el modelo teórico constituye la base lógica del programa de tratamiento. El enfoque teórico de esta autora supone una aproximación bio-social. Además, asume una perspectiva basada en la filosofía dialéctica para entender el trastorno. (p. 3)

Desde esta aproximación biosocial descrita por Linehan (1993, citada en García, 2006) el Trastorno Límite de la Personalidad se conceptualiza como:

- Una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre aspectos biológicos y un ambiente invalidante.
- La disfunción en la regulación emocional constituiría un componente muy determinado biológicamente que se traduce en una alta vulnerabilidad emocional que se refiere a que el individuo presenta una alta sensibilidad ante los estímulos emocionales, una tendencia a experimentar emociones muy intensas y dificultades respecto a volver a su línea de base emocional.
- Las dificultades en la modulación emocional están relacionadas con esa alta reactividad. Los pacientes límite presentan dificultades importantes en estrategias de regulación emocional.
- Presentan déficits respecto a identificar, etiquetar y modular las emociones. Algunas de las conductas impulsivas características se pueden conceptualizar como intentos de regular las emociones.
- Conductas autolesivas, en muchas ocasiones, cortarse, golpearse o quemarse sirve para aliviar el dolor emocional, el dolor físico “alivia” el dolor emocional. La conducta autolesiva se convierte en una conducta de evitación y el alivio momentáneo actúa como un refuerzo negativo que provoca que la conducta disfuncional se repita en el futuro. Además, el individuo no se enfrenta a las emociones y no se da la oportunidad de conocerlas, con lo que modularlas se hace más difícil. (p. 3-5)

Así mismo, la autora indica que un factor importante de la teoría bio-social de Linehan, es el factor psicosocial denominado ambiente invalidante.

En palabras de García (2006):

Este aspecto se refiere sobre todo a un patrón de crianza, que responde con respuestas inapropiadas o no contingentes a la comunicación de experiencias íntimas. Cuando se produce una expresión emocional intensa, el ambiente hace ver al individuo que se equivoca en su descripción de la experiencia emocional y se atribuye su forma de expresar emociones a características de personalidad socialmente inaceptables. El problema surge cuando el individuo es vulnerable emocionalmente, es decir, cuando tiene dificultades para regular sus emociones. Es decir, se le pide a un niño vulnerable emocionalmente que cambie, pero no se le enseña cómo. Linehan lo describe como decirle a un niño sin piernas que camine, pero sin proporcionarle muletas o piernas artificiales. (p.3)

Ante estas condiciones, la autora plantea que en un ambiente de esas características muchas veces son necesarias expresiones emocionales extremas para provocar una respuesta de apoyo debido a que el ambiente puede emitir mensajes erróneos sobre la facilidad de resolver los problemas vitales, por lo que la meta será favorecer el planteamiento de metas realistas y la tolerancia del malestar. (García, 2006, p. 4)

Tomando en cuenta estos aspectos, se debe tener presente que la interacción entre la vulnerabilidad emocional y el ambiente invalidante durante el desarrollo de la personalidad del individuo lleva a una persistente inestabilidad emocional, lo cual constituye el área más problemática del Trastorno Límite de la Personalidad. (García, 2006, p. 5).

Por esta razón, la autora sugiere mantener un monitoreo constante de las distintas áreas del individuo, ya que la inestabilidad emocional, es el problema que lleva al sujeto a intentar resolver sus conflictos y, al no lograrlo, traslada el conflicto a otros ámbitos. Razón por la cual, es fundamental el entrenamiento en cambio y autoaceptación. (García, 2006, p. 6)

b) Principios Dialécticos:

García (2006), distingue los siguientes principios terapéuticos:

- Principio de interrelación y globalidad: Consiste en que el análisis de la realidad en sus partes es limitado si no se tiene en cuenta la relación de las partes con el todo.
- Principio de polaridad: Consiste en que la realidad se compone de tesis y antítesis.

- Principio de cambio continuo: Asume que la realidad es dinámica; las tensiones entre la tesis y la antítesis hacen que se produzcan cambios que llevan a la integración o síntesis, de la cual se derivan dos nuevas fuerzas opuestas, que tienden a integrarse, y así, en un proceso de cambio continuo.

c) **Objetivos de la Terapia:**

- Dotar al paciente de estrategias que le permitan la integración de los patrones opuestos.
- Reconocer y validar la vulnerabilidad emocional que presentan los pacientes
- Proporcionar las habilidades necesarias para la regulación de las emociones.

d) **Técnicas:**

- Entrenamiento en habilidades para mejorar las relaciones interpersonales.
- Control de conductas impulsivas.
- Control de conductas que atenten contra la calidad de vida.
- Flexibilización de los patrones cognitivos
- Mejora del sentido de la identidad personal

e) **Estructura del Programa:**

- Intervención basada en principios terapéuticos y no una intervención basada en un manual de tratamiento.
- No existe un manual en el que se especifiquen las técnicas a utilizar en cada sesión de tratamiento en la terapia individual.
- Este programa de tratamiento se basa en una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia.
- La terapia debe ser proporcionada por un grupo de terapeutas

f) **Jerarquía de Metas:**

- Conductas suicidas y parasuicidas
- Conductas que interfieran con el curso de la terapia
- Conductas que afecten a la calidad de vida
- Aumentar habilidades comportamentales

g) Fases de la Terapia:

Se organiza en cuatro fases diferentes (Linehan, 1993, citado en García, 2006), que a su vez incluyen distintos módulos. La estructura general que plantea es la siguiente: (p. 6-8).

Pre fase de Tratamiento:

- Centrarse en el momento.
- Conciencia sin crítica.

Fase I: Tolerancia al "dolor"

- Estrategias para sobrevivir a las crisis.
- Aceptación radical de la realidad.

Fase II: Regulación emocional.

- Observar e identificar estados emocionales.
- Validar y aceptar las propias emociones.
- Reducir la vulnerabilidad a las emociones negativas.
- Aumentar la experiencia de las emociones positivas.

Fase III: Efectividad personal

- Entrenamiento en asertividad.
- Reestructuración cognitiva
- Equilibrio entre los objetivos y el mantenimiento de las relaciones y la autoestima.

Esta modalidad de tratamiento esta diseñada para tratar los problemas de impulsividad, el control de las emociones y los conflictos en la relaciones interpersonales, condiciones que están altamente relacionadas con las conductas de riesgo de éstos pacientes. Considero que, al plantear el tratamiento desde el establecimiento de jerarquías de metas, favorece la obtención de metas.

3.2 Modelo de Abordaje Terapéutico desde el Enfoque Cognitivo Conductual ¹⁰

Esta propuesta de intervención está basada en las terapias cognitivo conductuales y fue diseñada por Tannia Escribano Nieto, del Departamento de Psicología de la Universidad CEU San Pablo, Madrid España. (Escribano, 2006)

La propuesta de intervención está sustentada en el modelo explicativo general de intervención expuesto por Caballo (2004), pero con aportaciones específicas para el tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad. Se compone de cuatro fases: inicial, de construcción de hipótesis y selección de objetivos, de intervención propiamente dicha y de seguimiento (Escribano, 2006, p. 15-18).

FASE I: FASE INICIAL

Esta fase hace referencia a las primeras sesiones de la terapia que se tienen con el paciente.

a) Objetivos

- Identificación del paciente: nombre, edad, estado civil, estudios realizados, datos familiares, etc.
- Análisis del motivo de consulta: por qué ha solicitado ayuda terapéutica, historia de su problema o problemas, grado de importancia o preocupación sobre ellos, si viene voluntariamente, etc.

¹⁰ Se sigue con detalle los lineamientos propuestos por Escribano (2006), p. 15-18.

- Análisis de la motivación para la terapia: qué espera conseguir, qué está dispuesto a hacer, expectativas de resultado y eficacia con respecto a la valoración que hace de ellos, si se ha dado plazos para obtener resultados, etc.
- Empatizar con el paciente.
- Que el paciente se encuentre cómodo durante las sesiones.
- Favorecer la aparición y la estabilidad de la alianza terapéutica.
- Determinar la sintomatología más característica que manifiesta el paciente.
- Especialmente importante la detección de posibles conductas autodestructivas, autolesiones e ideación suicida. Las personas con TLP son a menudo pacientes potencialmente suicidas y suelen manifestar comportamientos autolíticos que pueden poner en peligro su vida.
- Detectar situaciones críticas o de riesgo y seleccionar la actuación.

b) Técnicas y habilidades

- **Habilidades de recepción del paciente**

Evidentemente, a priori no se puede saber las características personales del paciente, por este motivo es mejor mostrarse respetuoso y agradable dentro de las pautas socialmente establecidas entre dos desconocidos que pueden iniciar un trabajo en común (presentarse, saludar, sonreír, dar la mano). Mantener un tono general de asertividad, empatía y calidez.

- **Habilidades de escucha activa**

Tanto a nivel verbal como no verbal. Estas habilidades son importantes para conocer la demanda del paciente, facilitar su comodidad y establecer las bases para una adecuada relación terapéutica.

- **Habilidades para hacer preguntas**

Lo más frecuente es que el paciente venga por un trastorno del Eje I descrito en el DSM-IV-TR (APA, 2002). Las primeras sesiones deben centrarse en la evaluación de la demanda del paciente, sin embargo, en las próximas sesiones sería recomendable evaluar más ampliamente aspectos como cronicidad de los problemas, otras dificultades en el pasado, otros tratamientos, aspectos comunes de los problemas. Es decir, hábitos cognitivos, conductuales y emocionales que pueda estar presentes tanto en la historia de los problemas del paciente como en la actualidad y que, además, se den de forma generalizada.

- **Habilidades pedagógicas**

Para poder explicar de modo riguroso y accesible al paciente cómo entendemos el comportamiento humano, cuál es nuestro método de trabajo, cómo es una primera aproximación. Se le puede explicar sus dificultades y las actuaciones a realizar para intentar que aprenda a resolver sus problemas. Es importante que el paciente pueda verse reflejado en estas explicaciones y que el terapeuta acompañe de ejemplos que puedan hacer más accesible la información que se le provee.

- **Conocimientos que facilitan la evaluación**

Conocer la posible comorbilidad entre los trastornos del Eje I y los del Eje II resulta necesario para realizar una evaluación adecuada y un diagnóstico correcto, dada la alta incidencia de la misma en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

- **Observación**

Del estilo de expresión e interacción del paciente.

- **Evaluación del riesgo de suicidio**

Si se detecta ideación, intentos anteriores y desesperanza. Así mismo se debe evaluar la posibilidad de ocurrencia de episodios psicóticos, consumos de sustancias o utilización indiscriminada de fármacos, pertinencia de tratamiento farmacológico, etc.

- **Auto-observación**

Detectar nuestras propias emociones en relación al paciente que nos permitan poder conocer nuestras ideas o nuestros pensamientos con respecto al mismo o a la terapia con ese paciente.

- **Saber esperar**

Intentar no apresurarnos ni atosigar al paciente para que nos dé un tipo de información determinada. Si el paciente se ve presionado a contar cosas que no quiere contar puede sentirse no entendido, incómodo y abandonar la terapia.

- **Valoración de déficit cognitivo**

De acceso a pensamientos o emociones, capacidad de atención, etc.

- **Presencia comórbida de trastornos del Eje I, como del Eje II**

En estos pacientes, lo que puede dificultar la evaluación y detección del TLP. Por esta razón, resulta necesario realizar el diagnóstico diferencial del trastorno. El paciente con TLP puede manifestar múltiples combinaciones sintomáticas.

Estos pacientes fomentan en ocasiones intensas reacciones de contratransferencia por parte del profesional, ya sea por las amenazas suicidas recurrentes en muchos de los casos, las continuas idealizaciones y devaluaciones e incluso las posibles reacciones agresivas que pueden llegar a tener. Tienen tendencia a cuestionar la competencia del terapeuta.

FASE II: FASE DE CONSTRUCCIÓN DE HIPÓTESIS Y SELECCIÓN DE OBJETIVOS.

a) Objetivos

- Lograr la aceptación del programa terapéutico por parte del paciente y de este modo facilitar su participación e involucración en el desarrollo del mismo.
- Aumentar el conocimiento del paciente sobre el método terapéutico.
- Psicoeducación específica sobre el Trastorno Límite de Personalidad.
- Construcción de hipótesis de origen y mantenimiento del mapa cognitivo-conductual del paciente, según los principios del aprendizaje.
- Mantener y fomentar la motivación para el cambio, así como la alianza terapéutica.
- Selección y priorización de objetivos y metas de la intervención.
- Lograr el autocuidado del paciente: con el fin de que este logre recurrir a conductas alternativas a los comportamientos violentos y autodestructivos, si los hubiera.
- Lograr el auto observación del paciente: con el fin de que este comprenda lo que le lleva a actuar de determinada manera y en qué situaciones ocurre.

b) Dificultades

- La falta de información que suele darse en estos casos puede dificultar o limitar la construcción de la hipótesis de origen y de mantenimiento del problema.
- El volumen de problemas y su cronicidad también hacen más difícil la organización de la información y la creación de un modelo explicativo que intente abarcar o explicar el mayor número de problemas del paciente.
- Una de las dificultades más frecuentes de esta fase es la selección de objetivos a trabajar prioritariamente. La gravedad y la frecuencia de la sintomatología y el interés del paciente son variables que nos ayudan a jerarquizarlos. Pero, aun así, a veces esta decisión es complicada y casi siempre decisiva.
- A veces el paciente tiene dificultades para identificar o asumir que su comportamiento habitual, sus pensamientos y sus emociones son parte del problema y no acepta que sea un objetivo terapéutico.

- Motivar para el cambio va a ser una de nuestras mayores dificultades como terapeutas, sobre todo cuando le sugerimos al paciente modificar aspectos de su “personalidad” que no considera que sean problemáticos o que los asume como su “forma de ser”.

c) **Técnicas y habilidades**

- **Autorregistros en formato de análisis funcionales:** ayuda a los pacientes a identificar y concretar las conductas problema que manifiestan y así podrán ser conscientes de las condiciones o situaciones (antecedentes y consecuentes de las mismas).
- **Utilización de cuestionarios:** biográfico, Escala de Actitudes Disfuncionales, etc.
- **Análisis de productos:** autorregistros, verbalizaciones, cuestionarios, la propia entrevista, etc.
- **Habilidades de negociación.**
- **Habilidades pedagógicas.**
- **Refuerzo de conductas** orientadas o facilitadoras de cara a la implicación y motivación en la terapia y a la consecución de los objetivos.

FASE III: INTERVENCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

a) **Objetivos cognitivos**

- Reconstruir la autoimagen inestable que caracteriza a estos pacientes.
- Detección y modificación de los pensamientos automáticos.
- Modificación del pensamiento dicotómico que suelen manifestar estos pacientes.
- Análisis de la validez sociocultural de las creencias.
- Producir cambios en las creencias equívocas.
- Modificar las distorsiones cognitivas que caracterizan a las personas con Trastorno Límite de Personalidad.

- Reinterpretar el esquema cognitivo del paciente para modificarlo paulatinamente y de forma progresiva hasta llegar a completar un auténtico proceso de reconstrucción.
- Mejorar la capacidad para procesar la información.
- Evitar cuidadosamente la velocidad excesiva durante el proceso terapéutico. Los progresos deben ser paulatinos, lentos y seguros. Imprimir una excesiva velocidad a los cambios en la vida de este tipo de pacientes es la causa de muchos fracasos terapéuticos.

Uno de los puntos iniciales del trabajo con estos pacientes es que su falta de identidad les hace difícil perseguir objetivos concretos y mantener sus prioridades estables. Ante esta situación, el terapeuta debe procurar centrarse en objetivos muy patentes y comprensibles y contribuir a fortalecer el sentido de identidad del paciente. Debe esforzarse también por conseguir detallar lo que tienen en común los problemas que presenta, intentando mostrar al paciente la presencia de patrones cognitivos persistentes y de este modo pueda construir, conocer y utilizar su mapa cognitivo. Es decir, que aprenda a detectar sus pensamientos automáticos y así identificar sus esquemas subyacentes y sus factores de vulnerabilidad cognitivos. Es importante confrontar ciertas ideas utilizando evidencias contrarias extraídas de la propia vida del paciente. Así mismo en ocasiones podemos defender una forma extrema del pensamiento del paciente hasta que sea obvia la cualidad auto derrotista de éste. Aun así, el centro de atención cognitivo radica en disminuir el pensamiento dicotómico que suelen tener las personas con este trastorno. Para ello se debe insistir en los procesos de reestructuración cognitiva y la implicación activa tanto por parte del terapeuta como del paciente. Es especialmente útil en muchos pacientes la combinación de técnicas como la reestructuración cognitiva y la exposición en vivo para el manejo o el cambio de las distorsiones cognitivas y los pensamientos desadaptados (Escribano, 2006, p. 17).

b) Técnicas para lograr los objetivos cognitivos:

- Reestructuración cognitivo-conductual sistemática.

- Técnica de reestructuración cognitivo-conductual sistemática presente-pasado-futuro
- Estrategias dialécticas: representar el “abogado del diablo”, extremar el significado de las expresiones, formular y utilizar la paradoja, etc.
- Exposición en vivo.
- Exposición en imágenes.

c) Objetivos emocionales

- Descenso de la intensidad y la variabilidad de los estados emocionales.
- Buscar la estabilidad de la personalidad, evitando los extremos de rigidez y parálisis emocional por un lado y de flexibilidad excesiva e inestabilidad por el otro.
- Moderar las emociones inestables, variables y caprichosas.
- La presencia de emociones contrarias caracteriza el mundo emocional de la persona con Trastorno Límite de Personalidad, no obstante se debe tener presente que los pensamientos tienen influencia en las emociones y el estado anímico obviamente influye en la forma de ser.

Según Escribano (2006), a partir de este punto el terapeuta debe ayudarle a comprender qué es una emoción, por qué se origina, además de explicarle la transitoriedad e intensidad de las mismas, ya que el problema de muchas personas con este trastorno es que las emociones se sienten de forma muy intensa y tardan mucho en cambiar, por lo que ayudar al paciente a entender que el malestar que pueda sentir es transitorio así como animar a que exprese sus sentimientos de rabia y de ira de una forma controlada resulta imprescindible para el avance del proceso.(p.17).

d) Técnicas para lograr los objetivos emocionales:

- Técnicas de relajación: Relajación progresiva de
- Técnicas de respiración controlada.
- Técnicas de reestructuración cognitiva mencionadas anteriormente.
- Entrenamiento en Inoculación de estrés

- Exposición en vivo.
- Exposición en imágenes.
- Entrenamiento en empatía.
- Entrenamiento en asertividad.

e) Objetivos conductuales:

- Disminución o eliminación de la conducta suicida.
- Abordaje de conductas que interfieren con la terapia.
- Adquisición de habilidades conductuales de afrontamiento más adaptativas y moderadas.
- Control de la impulsividad
- Lograr desarrollar la capacidad de afrontar los acontecimientos de una forma más tranquila.

Ante este panorama, el objetivo principal en el área conductual es que el paciente conozca cómo se originan y mantienen sus conductas y las consecuencias a corto, medio y largo plazo así como el papel que tienen en el mantenimiento tanto de las propias conductas como del problema mismo. Se debe intentar que el paciente ponga todo de su parte para tratar de controlar sus conductas, especialmente las suicidas y las que interfieran con la terapia, y que sea honesto en la discusión de las mismas. El terapeuta y el paciente deberán trabajar conjuntamente para tratar de identificar las primeras señales de impulsividad a través de un entrenamiento de auto instrucciones, evitando el paso al acto y la externalización mediante la búsqueda de otros medios y de respuestas más adaptativas para alcanzar el mismo fin. En este sentido, se puede reforzar, extinguir o castigar aquellas conductas que consideremos de interés, teniendo en cuenta que estos pacientes suelen mostrarse muy sensibles a reforzadores a corto plazo (Escribano, 2006, p. 18).

f) Técnicas para lograr los objetivos conductuales

- Contratos conductuales.

- Entrenamiento en Auto instrucciones
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Técnicas operantes: refuerzo positivo y coste de respuesta.
- Utilización de videos para mostrar al paciente sus conductas.
- Técnicas de reestructuración cognitiva.

La autora recomienda que no se debe olvidar, de cara a la mejoría del paciente, que en ocasiones determinadas personas de su entorno pueden estar contribuyendo al mantenimiento de su trastorno o de algunas de las conductas desadaptativas. Ante esta situación, se debe realizar un trabajo adicional con estas personas, explicándoles de qué manera su actuación puede estar influyendo en la repetición de comportamientos poco saludables por parte del paciente.

FASE IV: SEGUIMIENTO.

Esta fase cobra especial importancia. Teniendo en cuenta la intensa inestabilidad que manifiestan así como las frecuentes recaídas que a menudo sufren las personas con este trastorno. El objetivo principal es consolidar los aprendizajes efectuados y, sobre todo, la utilización y práctica de lo aprendido por parte del propio paciente. Se considera que esta fase deberá ser larga, incluyendo sesiones mensuales, trimestrales y semestrales, estableciendo objetivos estructurados de trabajo, revisión de las estrategias utilizadas, evaluación constante de los resultados, análisis de las dificultades que pueden ir apareciendo a medida que avanza la terapia, además del análisis de las circunstancias que las desencadenan, y la prevención en recaídas ante potenciales estresores.

3.3 Modelo de Abordaje basado en las Teorías Objetales: Tratamiento del Síndrome Borderline en los adolescentes ¹¹

Este tercer modelo, describe el abordaje psicológico individual e incluye a la familia, presentando técnicas y opciones de abordaje para adolescentes y su grupo de cuidadores.

Con respecto a esta modalidad, Díaz, (2001), señala lo siguiente:

En la intervención familiar con pacientes adolescentes, se debe tratar la psicopatología individual de los padres, sus relaciones de pareja y la fortaleza y debilidad de todo el sistema familiar, siempre en un medio que facilite la integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del adolescente, dentro de un modelo de comprensión psicodinámica del paciente y del sistema familiar. (p. 61).

Este modelo plantea un enfoque en el que se aborda a toda la familia como parte del proceso de recuperación del adolescente, condición con la que se verá favorecido todo el núcleo familiar.

Díaz (2001) propone un tratamiento psicoterapéutico en régimen hospitalario en cuatro fases que reactualizan el fracaso de estos pacientes durante la primera etapa de separación-individuación (1 año y medio a los 3 años):

a) Primera fase: evaluación

Comprende desde el comienzo del tratamiento hasta el control eficaz del *acting-out* y el establecimiento de una colaboración terapéutica.

b) Segunda fase: elaboración

El objetivo que propone es el dominio casi total del *acting-out*, reforzamiento de la depresión y reelaboración del afecto relacionado con la separación y el abandono. Se intenta que el paciente sea consciente de la relación entre sentimientos y comportamientos

¹¹ Se sigue con detalle los lineamientos propuestos por Díaz (2001), p. 60-61.

y mantenga un mayor control sobre sus pulsiones agresivas y por consiguiente un mayor control consciente de sus impulsos. Durante esta etapa se mantienen reuniones conjuntas con la familia.

c) Tercera fase: separación

Capacidad de tolerar al objeto y poder pensar y decidir por sí mismo.

d) Cuarta Fase: Creación de un espacio transicional

Denominado "estación de recarga libidinal", coincidente con la etapa de separación-individuación de Mahler, donde el paciente pueda volver a tomar contacto con el objeto para poder separarse posteriormente. Esto implicaría un seguimiento del paciente una vez terminado el tratamiento.

El planteamiento del autor es claro y conciso y permitirá a través de estas cuatro fases lograr trabajar la sintomatología del paciente, favoreciendo la participación activa de los familiares como agentes de cambio, llevándoles a conocer qué tan mantenedores son de los síntomas negativos y de qué forma pueden contribuir al cambio y la mejoría.

Luego de realizar un recorrido por las diferentes posturas teóricas, se enmarca con mayor claridad el panorama respecto a las particularidades del Trastorno Límite de Personalidad, que permite englobar sus características y criterios clínicos y así derivar en la necesidad de establecer una propuesta de abordaje terapéutico que se ajuste a las demandas de esta patología clínica; tomando en cuenta los modelos psicológicos descritos en este trabajo de investigación para adecuarlos a nuestro medio.

Capítulo III
Problemas y
Objetivos

3.1 Planteamiento del Problema:

¿Se puede implementar un modelo de intervención terapéutica para el paciente diagnosticado con Trastorno de Personalidad Límite, para el período de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico?

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo General

Realizar una propuesta de abordaje psicoterapéutico para el tratamiento de usuarios con Trastorno Límite de Personalidad aplicado durante el período de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

3.2.2 Objetivos Específicos

3.2.2.1 Determinar los principales criterios clínicos, mediante el estudio de publicaciones relativas al tema, con el fin de ampliar los conocimientos relacionados al Trastorno Límite de la Personalidad.

3.2.2.2 Realizar un diagnóstico teórico crítico a través de la revisión de diferentes posturas teóricas, respecto a los principales modelos y formas de intervención psicoterapéuticas documentados con el fin de implementar una propuesta de abordaje psicológico para usuarios con Trastorno Límite de Personalidad en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

3.2.2.3 Sistematizar los criterios diagnósticos más relevantes para la implementación de una propuesta de abordaje psicoterapéutico.

Capítulo IV

Metodología

4.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación utilizada para la elaboración del presente documento se denomina Revisión Bibliográfica.

4.2 Fuentes de información

Para la realización de la presente investigación no se obtuvo fuentes primarias debido a que en el Hospital Nacional Psiquiátrico no existe documentación referente al abordaje psicológico de usuarios con Trastorno Límite de Personalidad.

Las fuentes de información utilizadas fueron de carácter secundario obtenidas de artículos de revistas científicas, guías clínicas, libros especializados y manuales de pruebas psicológicas.

Estas fuentes secundarias comprenden un período que aborda desde 1987 a 2012, por lo que este trabajo registra una significativa actualización.

Se tomó en cuenta los artículos de revistas señalados, debido al valioso aporte en la presente investigación, ya que son artículos actualizados, de autores que han realizado revisiones en torno al tema del diagnóstico y abordaje del Trastorno Límite de Personalidad; de los cuales, se extrajo aquella información necesaria para complementar el presente trabajo de investigación.

Los manuales de aplicación de pruebas psicológicas consultados también aportan valiosa información referente al tema del diagnóstico diferencial, condición por la cual se incluyen en la presente investigación.

Por otro lado la consulta de libros de texto especializados y guías clínicas, favoreció la obtención, de datos necesarios, para complementar información referente a este trastorno de personalidad. Cabe señalar, que dentro de la información recabada no se cuenta con documentos publicados en nuestro país; debido a que en este momento no existen

publicaciones nacionales referentes al tema; por lo que se requirió realizar una búsqueda en bases de datos fuera de nuestras fronteras.

4.2.1 Artículos de Revista:

Aramburú, F. B. (1996). La Terapia Dialectica Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad. *Psicología Conductual*, 4(1), 123-140.

Caballo, E. V., & Camacho, S. (enero-julio de 2000). El Trastorno Límite de Personalidad: Controversias Actuales. *Psicología desde el Caribe*(5), 31-55.

Calvo, N. (2012). Diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) mediante el autoinforme Personality . *Actas de Psiquiatría* , 57-62.

Cuevas, Y. C. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento . *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 97-114.

Díaz, C. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Asociación Española Neuropsiquiátrica*, 78(XX1), 51-70.

Escribano, N. T. (2006). Trastono Límite de la Personalidad, Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, Copyright ©InstitutoInNiS, 1, 4-20.

García, P. (2006). *Un Programa de Tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad*. España.

Pérez, N. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 18(1), 1-22.

4.2.2 Guías Clínicas:

Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. España: Ars Médica.

4.2.3 Libros Especializados:

- Caballo, V. (2004). *Manual de Trastornos de la Personalidad: Descripción, Evaluación y Tratamiento*. España: Editorial Síntesis S.A.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial médica Panamericana.
- Halguin, R. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Kernberg, O. F. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad, Estrategias Terapéuticas*. México: Manual Moderno.
- Mackinnon, R. A. (2008). *La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Méndez, R. M. (2005). *Manual de los Trastornos de Personalidad*. San José, Costa Rica: EDNASSS.
- Millon, T. (1998). *Trastornos de Personalidad*. España: MASSON.

4.2.4 Manuales de Pruebas Psicológicas:

- Lucio, G. E., & León, G. M. (2003). *Uso e Interpretación del MMPI-2 en español*. México: Manual Moderno.
- Millon, T., Davis, R., & Millon, C. (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.
- Psiquiatría, A. A. (2002). *Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona: Ars Médica.

4.3 Manejo de la Información:

Luego de realizar la búsqueda de información referente al tema, se llevó a cabo una selección de la misma, en la que se extrajo aquella que comprendía el eje de la presente investigación. Posteriormente, se procedió a comparar datos, desde diferentes enfoques psicológicos y modelos terapéuticos; ahondando específicamente en aquellos que hacen referencia al abordaje del Trastornos Límite de Personalidad.

Luego de seleccionar y comparar la información se procede a realizar la discusión pertinente relacionándola con nuestro contexto y la necesidad institucional, razón por la cual, esta discusión se deriva la necesidad de detallar una propuesta de abordaje psicológico para usuarios portadores de esta patología clínica.

La información recopilada fue seleccionada, comparada y discutida, con el fin de brindar conclusiones y recomendaciones dirigidas a plantear una propuesta para nuestro medio costarricense, específicamente, en el abordaje psicológico, en el período de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico de usuarios con Trastorno Límite de Personalidad.

V Discusión

En el presente capítulo se llevará a cabo un análisis crítico de los diferentes enfoques y modelos psicológicos. Este apartado tiene relación con el tercer objetivo planteado, el cual indica la sistematización de criterios diagnósticos, para la implementación de una propuesta de abordaje psicoterapéutico.

Luego de analizar la información recopilada, así como realizar el recorrido las diferentes posturas teóricas y modelos de abordaje para la intervención del Trastorno Límite de Personalidad, se ha corroborado el reto que sugiere el establecimiento del diagnóstico clínico como tal debido a que las características propias del Trastorno están ligadas a condiciones similares de otras patologías clínicas las cuales podrían prestarse a confusión, en vista del afecto ambivalente y carácter impulsivo y cambiante propio de estas personas.

5.1 Diagnóstico Diferencial

Dentro de la búsqueda de criterios para establecer el diagnóstico del Trastorno Límite, resulta necesario ahondar en los criterios y características, que los autores de diferentes posturas teóricas han plasmado como rasgos identificadores de esta patología clínica. Dichas posturas servirán como herramientas básicas a la hora de realizar el diagnóstico diferencial, con el fin de reconocer aquellos rasgos que sobresalen en la sintomatología del paciente y que nos alertan a identificarlo.

Uno de los primeros aspectos a tomar en cuenta consiste en la identificación de los criterios diagnósticos señalados en el DSM-IV. Estos criterios sugieren una lista de comportamientos que deben ser observados en el paciente dentro de su patrón conductual.

Sin embargo, este registro debe hacerse con sumo cuidado debido a que puede llevar a confusión ya que algunos de estos criterios también los comparten otros trastornos de personalidad, y precisamente, en esto radica el lograr identificar si estamos o no frente a un Trastorno Límite de Personalidad.

Una condición importante de señalar es el hecho de que dependiendo del sistema conceptual que se utilice el resultado diagnóstico final puede discrepar debido a la multiplicidad de síntomas y cambios bruscos y frecuentes en el estado de ánimo, los cuales repercuten significativamente en el funcionamiento basal (Méndez, 2005, p. 130). Así mismo estos mismos síntomas pueden solapar algunos rasgos típicos del trastorno como tal y generar confusión.

Uno de los aspectos fundamentales a tomar en cuenta es que las personas que sufren esta condición, no buscan atención psicológica ni acuden por ayuda terapéutica, sino que suelen acudir a los centros de atención y servicios de emergencia cuando se encuentran frente a una crisis, ante las cuales suelen responder con conductas auto-lesivas, gestos suicidas, arranques de ira y comportamientos que les han puesto en riesgo a ellos y a las personas cercanas.

Este nivel de descompensación emocional con el que suelen acudir al Servicio de Emergencias debe ser explorado con delicadeza, con el propósito de conocer los detonantes del evento, ya que estos proveerán de información valiosa a la hora de diagnosticar debido a que éstas personas, generalmente, son movidas a consultar cuando enfrentan abandonos reales o imaginarios, temor a la pérdida o separación y generalmente acompañan estos sentimientos de gestos suicidas o amenazas de muerte, causados por la pérdida del control de impulsos y sus emociones.

Generalmente, en el proceso de entrevista este tipo de pacientes suelen relatar acontecimientos que van de una situación caótica a otra en la que prevalece el locus de control externo, presentándose siempre como “las víctimas de los otros” y variando constantemente la atención de un objeto a otro; presentan la información desordenadamente, y no quieren salir del tema central que les ha llevado a consultar en emergencias, por lo que no es un buen momento para ahondar en historia, sino más bien para realizar la intervención en crisis necesaria y posteriormente, luego de establecer la alianza terapéutica, indagar sobre historia y eventos previos similares al presente.

Por estas razones, es necesario realizar la entrevista de forma amplia y detallada, ahondando principalmente en el evento que ha mediado la crisis actual y las condiciones

que le han llevado a buscar ayuda, mostrando empatía y estableciendo límites claros, desde el primer contacto.

También es indispensable desde el inicio de la entrevista empezar a discriminar criterios que comparte con otros trastornos, para ir realizando el diagnóstico diferencial que aclarará el panorama; sin dejar de lado que producto de la crisis que enfrenta, probablemente, traerá consigo síntomas de ansiedad, angustia, alteraciones del pensamiento y síntomas somáticos, los cuales podrían solapar la patología de fondo y empañarla con conductas propias de estas condiciones.

Por lo anterior, es sumamente importante puntuar aquellas conductas que hacen la diferencia a la hora de realizar el diagnóstico. Por ejemplo, en lo que respecta al Eje II, comparten comportamientos característicos con el trastorno narcisista, evitativo, pasivo-agresivo y paranoide, pero en mayor medida con el trastorno histriónico, antisocial, esquizotípico y dependiente. (Escribano, 2006, p. 11)

A este respecto, Caballo y Camacho (2010) han enlistado características claves para la diferenciación de esta patología con los otros trastornos del Eje II. Estos investigadores señalan como uno de los aspectos determinantes el hecho de que en los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad los síntomas psicóticos suelen ser más pasajeros y siempre son reactivos a sucesos externos. Otro rasgo que los identifica por encima de los otros trastornos de personalidad se vincula con la presencia constante de sentimientos de vacío y soledad los cuales se manifiestan en relaciones interpersonales tormentosas. Como tercer aspecto, los autores señalan las repetidas conductas autodestructivas, dirigidas a la búsqueda incesante de atención y temor al abandono, pero con la diferencia de no ser sumisos.(p.37).

Esta referencia permite discernir dentro de todo el caos que suelen presentar rasgos determinantes para el diagnóstico, acompañados de ambivalencia afectiva e inestabilidad emocional.

Con respecto al Eje I, resulta fundamental lograr distinguirlo de la Depresión Mayor debido a que ésta condición suele ser otra de las razones por las que se presentan a consulta de Emergencias. Siguiendo la investigación de Caballo y Camacho (2010), la clave para

distinguirlo radica en analizar los comentarios que realiza el paciente mientras describe el evento precipitante, ya que mientras la depresión típica se basa en la culpa y la pérdida, la depresión del límite de personalidad se basa normalmente en problemas de identidad y en conflictos de dependencia-independencia, sumados a pensamientos negativistas hacia el entorno, más que hacia ellos mismos, como sería lo típico en los casos de Depresión Mayor. (p.37).

Así pues en este tipo de pacientes prevalecen los sentimientos de tristeza, dirigidos hacia el ambiente como responsable de su “condición”, más que hacia una situación interna de desesperanza, como suele ocurrir con las personas deprimidas.

Caballo y Camacho (2010) indican que el hecho de que los pacientes Límite, a diferencia de las personas con depresión mayor; suelen presentar sentimientos negativos ante estímulos ambiguos, controvertidos, afectivamente neutrales y ambivalentes, acompañados de pensamientos dicotómicos y creencias negativas. (p.37).

Por otro lado, Gabbard (2002) alerta sobre la necesidad de indagar respecto a la presencia o no de síntomas vegetativos característicos de la Depresión Mayor, como factor determinante para distinguir entre ambos, debido a que las personas con Trastorno Límite de la Personalidad suelen utilizar el término depresión para describir sentimientos crónicos de aburrimiento, vacío y soledad. (p. 467).

El tener presente estas características a la hora de realizar la entrevista, así como la aplicación de pruebas psicológicas cuyas escalas determinan rasgos típicos del Trastorno Límite de Personalidad, (Test de Rorschach, Millon-III, MMPI-2, entre otros), acompañado de la observación clínica, serán las herramientas que favorecerán el establecimiento del diagnóstico clínico.

Debido a la ambivalencia afectiva e inestabilidad emocional así como a la incapacidad para establecer relaciones interpersonales adecuadas resulta más difícil establecer una alianza terapéutica; condición indispensable para iniciar el proceso terapéutico individual que provea el espacio para la intervención psicológica acertada y continua.

5.2 Enfoques Psicológicos

En este apartado se discutirá las diferentes posturas de los enfoques terapéuticos previamente analizados.

A lo largo de la investigación, se realizó un recorrido por algunas de las posturas teóricas más relevantes en el abordaje psicológico de las personalidades Límite, destacando las recomendaciones que emiten, según sus investigaciones, puntos medulares para la intervención de esta patología clínica.

Por ejemplo, el enfoque psicodinámico hace énfasis especialmente en el tema del manejo de la transferencia y la contratransferencia. Estos aspectos son básicos en la intervención debido a los comportamientos demandantes y exigentes de las personalidades Límites, quienes suelen manifestar su ambivalencia afectiva también con el terapeuta, pasando de la idealización al odio, con lo que a través de la manipulación anhelan alcanzar el control del proceso, con amenazas de muerte y conductas autodestructivas.

Por este motivo, este enfoque profundiza este tema debido a que los autores consideran que en el adecuado manejo de la transferencia y contratransferencia radica el éxito de la terapia.

Por otro lado, este modelo sugiere como base para el terapeuta, la flexibilidad, la observación detallada, el establecimiento de límites claros, una consolidada alianza terapéutica y el monitoreo constante de la contratransferencia.

En lo referente a las psicoterapias de apoyo y expresión, éstas hacen especial énfasis a la neutralidad técnica, señalando la necesidad de esta posición y el uso consistente de la interpretación como una herramienta técnica que facilitará el desarrollo de una neurosis de transferencia plenamente desplegada y de su resolución psicoanalítica solo por la interpretación; esto a través del uso de técnicas de clarificación y de interpretación.

La Terapia Dialéctica Conductual, basa sus preceptos en el empleo de estrategias aplicadas a objetivos terapéuticos que se han organizado jerárquicamente, explica que el

terapeuta, debe mantener una posición de apoyo al paciente; dirigiéndolo a través del aprendizaje de la auto-aceptación, con el propósito de generar cambios, utilizando principios conductuales aplicables a los problemas que presenta. (Calvo, 2012, p. 99)

Esta modalidad de terapia provee de una gran variedad de técnicas que permiten ser adaptadas a las necesidades del paciente así como la elaboración de un marco de referencia amplio, en cuanto aplicación de estrategias de abordaje que facilitan el desarrollo del proceso terapéutico.

Esta terapia tiene como objetivo entrenar al paciente para que logre poner en práctica conductas más adaptativas, sustituyendo aquellas que no lo son y buscando alternativas para la resolución de las relaciones intra e interpersonales. De esta forma se logrará disminuir el impacto negativo que pudieran tener algunos comportamientos en el proceso; esto con el fin de conseguir la validación y la aceptación de las propias experiencias personales. (Cuevas, 2012, p. 99).

Respecto al abordaje de las personalidades Límite las terapias cognitivas comparten algunas similitudes con la Terapia Dialéctica. No obstante éstas se centran principalmente en ganar la confianza del paciente, poner límites a sus intentos de trato especial, llamadas excesivas y “crisis”, mediante el arte de estar atento a la transferencia, detectando los primeros indicios para desactivarlos, indagando sobre sus sentimientos y alentándole a expresar sus reacciones y a analizarlas. (Beck, 2000, p. 32)

También sugiere centrarse en el pensamiento dicotómico; característica cognitiva básica de estas personas. Es necesario hacerles ver que aunque las cosas no salgan como ellos esperan, hay otras alternativa y opciones y que el hecho de fallar en algo no quiere decir que todo está mal, por lo que resulta mejor ver los hechos como parte de un continuo y tomar en cuenta el abanico de opciones que el medio le presenta antes de dar por perdida una situación.

Por esta razón, que la Terapia Cognitiva sugiere entrenar al paciente a comprender que sus pensamientos dicotómicos y que es necesario cambiarlo para que aprenda que en la medida en que logre controlar sus pensamientos dicotómicos, mejorará el control de sus emociones. (Beck, 2000, p. 31)

La propuesta de la Terapia centrada en esquemas, Young (citado en Pérez, 2007), plantea que la identificación y modificación de los esquemas desadaptativos tempranos de las personalidades Límite, constituye la condición básica para manejar las alteraciones del trastorno. Pérez (2007) indica tres estilos básicos de afrontamiento desadaptativo de los esquemas: la rendición al esquema, la evitación de ese esquema y su activación y la sobrecompensación de ese esquema. (p.8).

Finalmente las terapias grupales, incluyen a pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad en grupos homogéneos. Sin embargo, estas personas por sus características disruptivas y desadaptativas generalmente no son los más aptos para participar en terapias grupales.

Por lo anterior, considero importante tomar en cuenta el hecho de que antes que estos pacientes sean abordados en terapia grupal, primero deben haber concluido, o al menos llevar muy avanzado, un proceso psicoterapéutico individual en el que hayan superado situaciones particulares que les ayuden a ser más funcionales y a aceptar condiciones propias de su personalidad y del mundo circundante, sin que los desestabilice. Así mismo, será necesario, antes de iniciar cualquier proceso de terapia grupal, que hayan alcanzado metas terapéuticas importantes relacionadas con el autocontrol, la autonomía y la estabilidad emocional las cuales se reflejen en sus patrones relacionales. De lo contrario, la modalidad de abordaje grupal, no será lo más conveniente.

Todos estos enfoques psicológicos plantean diferentes métodos de aplicación. Sin embargo, los modelos que se centran en modificación de pensamientos con el propósito de modificar las conductas y en el establecimiento de cambios dirigidos a la funcionalidad, la autoaceptación y la autonomía en pro de una mejor calidad de vida y no a la búsqueda de

una cura como tal, son las que pueden generar mayor beneficio a la hora de seleccionar el modelo de abordaje; me refiero a la Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Dialéctica Conductual, las cuales se enfocan en la modificación de conductas desadaptativas y adquisición de nuevos patrones de comportamiento a través de técnicas variadas y el establecimiento de la alianza terapéutica; en aras de favorecer una mejoría en el paciente, y que efluje en su estilo de vida cotidiano.

Estos enfoques están dirigidos a la búsqueda del autocontrol, la autonomía, la mejora en las relaciones interpersonales así como en la autoaceptación; sin dejar de lado la disminución de conductas autolesivas, como meta primordial, desde el inicio de la terapia.

Sin embargo, la clave para seleccionar el enfoque de atención psicológica debe basarse en las necesidades inmediatas del paciente más que en una elección o gusto relacionado con el paradigma del terapeuta; recordando que la flexibilidad y la adaptación deben estar dirigidas a las características particulares del paciente y su necesidad con el fin de lograr una adherencia al tratamiento psicológico en pro de su beneficio.

5.3 Modelos de Abordaje Psicoterapéutico

Como parte de la discusión utilizada en esta sección se analizarán los diferentes modelos de abordaje psicológico que se reseñaron en la investigación.

Una vez establecido el diagnóstico clínico de Trastorno de Personalidad Límite y seleccionado el enfoque psicológico, será fundamental elegir un modelo de abordaje terapéutico apropiado para cada caso en particular, ya que no se debe definir un solo paradigma de intervención psicológica. Lo recomendable es tomar en cuenta lo señalado por los autores y exponentes para flexibilizar la intervención según las necesidades particulares de cada uno de los pacientes, procurando siempre contar con un plan de tratamiento estructurado dirigido a la modificación de la conducta y a la adquisición de nuevos comportamientos más adaptativos y funcionales.

Tomando en cuenta las particularidades del Trastorno Límite de Personalidad, descritas a lo largo de este documento, se sugiere que estas deben generar interés por afinar

el reconocimiento de las conductas determinantes, ya que el paciente puede tender a idealizar al terapeuta y al no recibir lo que espera de él, “odiarlo” y alejarse, poniendo en peligro su recuperación al abandonar el tratamiento.

En relación con el tema, es importante señalar que estos pacientes tienden a la idealización por lo que es sumamente necesario mantener durante la entrevista una actitud empática y proveer un ambiente seguro y adecuado, sin dejar de lado el establecimiento de límites claros y precisos que le permitan al paciente recibir la intervención en crisis que en ese momento necesita; pero que no le genere una expectativa de que está siendo “salvado” por el terapeuta, el cual debe ser muy cauteloso en el manejo de la transferencia y contratransferencia, teniendo presente que estos pacientes tienden a generar rechazo por sus comportamientos.

Como parte de la presente investigación se revisaron las siguientes propuestas de abordaje terapéutico; una basada en la Terapia Dialéctica Conductual, otra basada en la Terapia Cognitiva Conductual y una más, basada en la Teoría de las Relaciones Objetales.¹²

La propuesta de la Terapia Dialéctica Conductual está basada en principios terapéuticos y no en un manual de tratamiento debido a que no existe un manual en el que se especifiquen las técnicas a utilizar en cada sesión de tratamiento en la terapia individual. Este programa de tratamiento se basa en una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia por lo que la terapia debe ser proporcionada por un grupo de terapeutas que aborden metas como las conductas suicidas y parasuicidas, conductas que interfieran con el curso de la terapia y conductas que afecten la calidad de vida, con el propósito de aumentar habilidades comportamentales.

Esta propuesta de abordaje no plantea la estructuración de sesiones como tal, sino que señala la importancia de jerarquizar las metas, según la necesidad del paciente, con el fin de lograr integrar las necesidades de éste con las técnicas a saber, estableciendo las metas terapéuticas.

¹² Los tres modelos de abordaje psicológico se encuentran documentados en el capítulo II, apartado 3 de esta investigación.

Por otro lado, el modelo Conductual provee de una estructuración de fases y sesiones dirigidas por técnicas cognitivo-conductuales orientadas al cambio y a la modificación de conductas desadaptativas desde un modelo de abordaje enmarcado en sesiones estructuradas donde la continuidad y el seguimiento son básicos para la obtención de metas terapéuticas. Así mismo la puesta en práctica de técnicas y modificaciones de pensamiento y, por ende, de conducta; plantea desde el ámbito de la psicoeducación, el aprendizaje de la autoaceptación y la autonomía como herramientas de resolución de conflictos internos cuyos avances y beneficios se verán reflejados en la vida del paciente y por ende en su ambiente más cercano.

En lo que respecta a la propuesta basada en las relaciones objetales, ésta se encuentra dirigida específicamente a los adolescentes que presentan esta patología clínica,. Este abordaje dirige la atención no solo al usuario, sino también a su familia.

El abordaje anterior constituye la única de las tres modalidades que sugiere la intervención psicológica dentro del período de hospitalización. El objetivo que propone es el dominio casi total del *acting-out*, reforzamiento de la depresión y reelaboración del afecto relacionado con la separación y el abandono; intentando que el paciente sea consciente de la relación entre sentimientos y comportamientos y que logre mantener un mayor control sobre sus pulsiones agresivas y, por consiguiente, un mayor control consciente de sus impulsos. Durante esta etapa se mantienen reuniones conjuntas con la familia. (Díaz, 2001, p. 61)

Como se logra deducir, los tres modelos de abordaje terapéutico proveen de herramientas, métodos, técnicas y estrategias para intervenir a los usuarios/as con personalidad Límite, ampliando el panorama y proveyendo una gama de opciones para trabajar. Razón por la cual se considera que los tres modelos se enfocan a conseguir la meta de una mejoría en la calidad de vida del paciente, partiendo desde la adquisición de habilidades para controlar los impulsos que los llevan a conductas autolesivas y de riesgo hasta la consecución de habilidades y recursos internos que les permitan sentirse mejor con ellos mismos y reflejar esta conducta en sus respectivo contextos.

Las propuestas de intervención psicológica así como los enfoques terapéuticos anteriormente sistematizados, proveen de un abanico de opciones de tratamiento los cuales se pueden adaptar a las necesidades que el usuario presente. Por ese motivo se ha considerado básico retomar de las tres propuestas y de los enfoques reseñados aquellos aspectos que serán de utilidad para el abordaje de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad en el contexto del Hospital Nacional Psiquiátrico.

A partir de éste análisis se ha diseñado una propuesta de intervención psicológica individual dirigida al abordaje de usuarios/as con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad durante el período de internamiento, con el fin de proveer la atención psicológica de la patología clínica subyacente y no solo de los síntomas asociados a la crisis.

El objetivo de esta propuesta radica en conseguir durante el internamiento, la óptima adherencia al tratamiento con el fin de favorecer la consecución de la intervención psicológica individual en la Consulta Externa posterior al egreso.

En el siguiente apartado de esta investigación se presenta la propuesta de abordaje psicológico detallada en cada uno de sus aspectos, permitiendo al terapeuta contar con una herramienta que le guiará en la obtención de objetivos y temas a trabajar en el abordaje psicológico, así como las técnicas sugeridas para alcanzar las metas propuestas, siendo esta propuesta una herramienta valiosa para la intervención psicológica de los usuarios/as diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad.

VI Conclusiones

En este apartado se detallarán las conclusiones generadas a partir del análisis crítico de la información recopilada para esta investigación, basándose en los objetivos específicos que se plantearon al inicio.

De acuerdo con el primer objetivo específico se concluye que el establecimiento del diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad es una de las prácticas más complejas y supone un gran reto para el terapeuta debido a la particularidad y heterogeneidad de las características de esta patología clínica y su marcado traslape con otros trastornos del Eje II y el Eje I.

Debido a que estas personas suelen acudir por ayuda únicamente cuando se encuentran enfrentando una crisis es común en la práctica clínica abordar los síntomas presentes y no la patología subyacente, siendo esto una debilidad a la hora de establecer el diagnóstico, puesto que los síntomas manifiestos pueden opacar la patología clínica como tal.

Por lo anterior, es necesario conocer ampliamente los criterios y características que distinguen a las personalidades límite de las otras patologías, con el objetivo de lograr establecer un acertado diagnóstico.

La segunda conclusión, relacionada con el segundo objetivo específico de esta investigación. Radica en la elección del enfoque y modelo de intervención psicoterapéuticos a utilizar, luego de establecer el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.

Debido a que estas personas suelen acudir por atención y ayuda a los servicios de emergencias movidas por situaciones críticas o condiciones depresivas acompañadas de gestos suicidas, es indispensable contar con la terapia adecuada y las técnicas más acertadas así como con el plan de tratamiento básico para implementar en el período de internamiento.

Es por esta razón que luego de realizar la revisión de diferentes propuestas y modelos terapéuticos se concluye que es importante contar con una recomendación de abordaje terapéutico que reúna los principales temas a trabajar en terapia así como recomendación de técnicas para la intervención psicológica.

Aunado a lo anterior, se determina que no se debe dejar de lado la importancia de adecuar el plan de tratamiento a las necesidades particulares de cada uno de los pacientes, por lo que se requerirá flexibilidad por parte del terapeuta.

Así mismo se determina que estas personas no son propensas a permanecer en un proceso psicoterapéutico, razón por la cual se concluye la necesidad de realizar el inicio de la intervención psicológica durante el período del internamiento, para así fomentar en este espacio la alianza terapéutica y el establecimiento del plan de tratamiento, con el propósito de lograr la adherencia al proceso y promover la recuperación paulatina.

Finalmente y en relación con el tercer objetivo específico, se determina que es necesario contar con una propuesta de intervención psicológica que provea los temas y objetivos generales necesarios para la implementación del plan de tratamiento; la cual muestre las técnicas a utilizar para alcanzar los objetivos y provea la flexibilidad necesaria para ser adecuada a cada caso en particular.

Por lo anterior y debido al hecho de que en el Hospital Nacional Psiquiátrico no se cuenta actualmente con una propuesta de abordaje psicoterapéutico documentada para la intervención psicológica de usuarios/as con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad durante el período de internamiento, se diseñó, como parte de esta investigación una propuesta de intervención psicológica para poner en práctica durante el período de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico la cual permitirá realizar el enlace para el seguimiento a nivel ambulatorio en la modalidad de consulta externa en aras de favorecer una mejor calidad de vida en los usuarios/as portadores de este diagnóstico.

VII Recomendaciones

En este apartado se puntuarán las recomendaciones a tomar en cuenta en el abordaje psicológico de las personas con Trastorno Límite de Personalidad, partiendo desde el establecimiento del diagnóstico clínico, la elección de enfoque y modelo de intervención psicológica hasta la puesta en práctica de la propuesta de tratamiento.

- Realizar el análisis de los principales criterios diagnósticos, características clínicas, elementos de la entrevista y aplicación de pruebas, sugeridos en la presente investigación para el establecimiento del acertado diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad.
- Tomar en cuenta los elementos relacionados con la distinción de los otros trastornos del Eje II y los Trastornos del Eje I, con el fin de establecer un correcto diagnóstico diferencial.
- Proveer el ambiente necesario y el establecimiento de la alianza terapéutica durante el período de internamiento en la aplicación del plan de tratamiento con el fin de establecer el seguimiento ambulatorio en la Consulta Externa como parte del plan de tratamiento.
- Mantener el adecuado manejo de las condiciones transferenciales y contratransferenciales; actividad cuyo éxito dependerá en gran medida del conocimiento que posea el terapeuta respecto al Trastorno Límite de Personalidad, sus características, componentes dinámicos, patrones relacionales, condiciones propias del estado afectivo, mecanismos de defensa, magnitud de la ambivalencia del afecto, estilo de comunicación, funcionamiento basal, conductas autodestructivas y tendencia al suicidio. Al contar con esta información logrará relacionarla con la historia de vida del paciente, su condición actual y, por supuesto, la crisis que lo lleva a consulta por ayuda y que medió su internamiento.
- Establecer el encuadre psicoterapéutico basado en la empatía y el rapport y en el establecimiento de límites claros desde el inicio del proceso.

- Se debe tomar como prioridad la identificación y el control de las conductas suicidas y de riesgo. Se debe manejar cualquier protocolo de intervención con sumo cuidado y empeño sin presionar ni promover la huida, sino más bien fortaleciendo la alianza terapéutica y la motivación para el cambio, pero con la habilidad necesaria para el establecimiento de límites claros que le permitan, no solo tener un camino marcado, sino que sirvan de contenedores de las conductas explosivas y autodestructivas.
- El establecimiento de límites claros debe ser oportuno y recordado a lo largo del proceso con el objetivo de que el terapeuta logre realizar un encuadre que le permita mantener el rol esperado dentro del proceso y el mantenimiento de la ética, a pesar de las demandas o exigencias que el paciente pueda presentar.
- El establecimiento de límites no debe verse solo como parte del rol del terapeuta sino también como un medio a través del cual el paciente con esta patología clínica puede ser guiado a aprender a controlar sus conductas autodestructivas e impulsivas, debido a que el ambiente terapéutico debe proveerle seguridad, empatía y rapport, pero también los elementos necesarios para que reestructure sus pensamientos y su visión distorsionada del mundo, aprendiendo a controlar su afecto, conducta y emociones para lograr establecer relaciones interpersonales sanas y duraderas.
- Implementar en el abordaje psicológico durante el período de internamiento de usuarios/as con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, la propuesta de intervención psicológica planteada en este documento, adaptándola a las condiciones del usuario.
- Someter a revisión el protocolo de atención propuesto en este trabajo de investigación para que sea validado por la autoridad competente.

- De aprobarse la propuesta de intervención psicológica, debe capacitarse en la ejecución de la misma a los funcionarios del servicio de psicología clínica del Hospital Nacional Psiquiátrico.
- Posterior a la ejecución e implementación del protocolo, debe iniciarse un proceso de validación de resultados obtenidos, con el objetivo de introducir mejoras producto de la aplicación del mismo.

VIII Propuesta de Abordaje Psicológico Individual

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
POSGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Propuesta de Abordaje Psicológico Individual
para implementar en el tratamiento de usuarios/as con Trastorno Límite de
Personalidad durante el período de internamiento en el Hospital Nacional
Psiquiátrico**

Elaborada por

Licda. Cinthya Mena Orozco

Junio 2013

TABLA DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	91
2. Justificación.....	92
3. Objetivos de la Propuesta	93
4. Estructura de las sesiones.....	95
5. Selección de Técnicas	96
6. Temas a trabajar.....	97
7. Desarrollo de las sesiones.....	98
8. Conclusiones de la propuesta.....	109
9. Recomendaciones de la propuesta.....	110
10. Referencias bibliográficas.....	111

8.1 Introducción

Según la revisión realizada y, siguiendo la descripción que a lo largo del tiempo han señalado los diferentes autores reseñados en la presente investigación; se puede indicar que el Trastorno Límite de la Personalidad, constituye uno de los trastornos de personalidad más complejos debido a la dificultad que presenta su identificación diagnóstica y, al establecimiento de un abordaje terapéutico específico.

Para algunos autores, como García, (2006) el Trastorno Límite de la Personalidad ha llegado a ser el trastorno emocional más representativo de nuestros tiempos, describiéndolo como el resultado de una sociedad instalada en la inmadurez, la banalidad y la falta de cohesión. (p. 2).

Las personas con Trastorno Límite de Personalidad, por sus síntomas heterogéneos y complejos; así como por su inestabilidad afectiva y patrón relacional conflictivo, suelen vivir en un ambiente de constante sufrimiento, vacío y presión, el cual abarca a los miembros de su entorno más cercano, familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros; provocando condiciones de vida caóticas y poco controlables, ante las cuales sus pobres recursos internos suelen ceder a la desesperación, la impulsividad, la ira y las conductas desadaptativas.

Por esta razón luego de revisar el planteamiento plasmado por varios autores desde diferentes enfoques de abordaje, tales como: Terapia Dialéctica Conductual, Cognitiva Conductual, Terapia Grupal, Enfoque Psicodinámico, Teoría de las Relaciones Objetales y Terapias de Esquemas, se ha considerado valioso y oportuno diseñar una propuesta de abordaje psicoterapéutico para personas diagnosticadas con Trastorno Límite de Personalidad que pueda ser aplicado en el Hospital Nacional Psiquiátrico, a partir de la integración de los enfoques señalados.

8.2 Justificación

A partir del análisis de la información recopilada en esta investigación y tomando en cuenta que el Hospital Nacional Psiquiátrico no cuenta con una propuesta de abordaje psicoterapéutico documentada para la intervención psicológica de usuarios/as con Trastorno Límite de Personalidad, se ha planteado, a partir de los tres modelos terapéuticos y los diferentes enfoques de intervención psicológica reseñados en el marco teórico de este documento, una propuesta de abordaje individual para la intervención psicológica, aplicable durante el período de internamiento.

Las personas con diagnóstico Límite de personalidad suelen acudir por ayuda, únicamente cuando están enfrentando una crisis que les ha llevado a experimentar sentimientos depresivos.

Como parte de su funcionamiento basal estas personas suelen abandonar el tratamiento inmediatamente después de que ven resueltos sus conflictos actuales o cuando han desviado la atención hacia otras situaciones. No obstante, cuando se presenta una nueva crisis, suelen acudir nuevamente a Emergencias, reflejando un comportamiento cíclico, y, por ende, recibiendo atención únicamente para los síntomas emergentes, pero no para la patología subyacente.

Estas condiciones llevan a plantear la necesidad de estructurar un plan de atención psicológica para los pacientes que ingresan al Hospital Nacional Psiquiátrico bajo el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad con el fin, de que sean enganchados en un proceso terapéutico que aborde las características propias de esta patología clínica y que les permita avanzar hacia una mejor calidad de vida y hacia un mejor funcionamiento en sus contextos más cercanos.

El plan de intervención psicológica consta de cuatro pasos básicos: la descripción de la estructura de las sesiones, los objetivos o temas a trabajar, las técnicas que se emplearán para alcanzar los objetivos y el desarrollo de las actividades dentro de cada sesión de

trabajo. Además, en el apartado de Anexos se han documentado algunos materiales diseñados específicamente para la puesta en práctica de las técnicas a trabajar.

Es importante señalar que debido a que en nuestro país no existe documentación de una guía o propuesta de abordaje psicológico específicamente para el Trastorno Límite de Personalidad se ha elaborado la presente propuesta de abordaje psicoterapéutico, de modalidad individual, tomando en cuenta el análisis de la información recopilada y adaptándola a la necesidad de nuestro contexto actual, específicamente en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Esta propuesta de abordaje pretende ser una guía para la atención de estas personas la cual provea de la implementación de técnicas y herramientas que faciliten el establecimiento del rapport, la empatía y la alianza terapéutica; condición clave para la adherencia al proceso. A partir de este último aspecto se inicia una serie de sesiones que generen la mejoría en el usuario/a, llevándolo a adquirir consciencia de su condición, así como de nuevos modelos de conducta más funcionales basados en la autoaceptación y la autonomía con el objetivo de que al momento del egreso hospitalario se logre iniciar un control de seguimiento en la Consulta Externa que promueva y facilite el mantenimiento de las conductas adquiridas, la modificación de aquellas que resultan desadaptativas y la obtención de autonomía, aceptación e independencia.

8.3 Objetivos de la Propuesta: ¹³

Como parte de la propuesta de intervención psicológica se plantean los objetivos terapéuticos a alcanzar, siendo estos los que marcarán la elección de las técnicas a utilizar y el desarrollo de las sesiones, sin dejar de lado la importancia de tener siempre presente que el plan de atención psicológica que se plantea es una guía que deberá ser adaptada a las necesidades de cada paciente, por lo que se requerirá flexibilidad por parte del terapeuta.

¹³ Algunos de los objetivos descritos en este apartado, han sido tomados de las propuestas de abordaje psicológicas planteadas en el marco teórico de esta investigación.

Uno de los principales objetivos es lograr establecer la alianza terapéutica, con el fin de promover la adherencia al tratamiento y lograr que el paciente permanezca dentro del proceso el tiempo que sea requerido. Otro aspecto importante a trabajar es la psicoeducación respecto al Trastorno Límite, con el propósito de que el paciente sea instruido en aspectos que debe conocer acerca de la enfermedad que padece para así iniciar el camino hacia el reconocimiento de sus conductas y funcionamiento.

Por otro lado, será fundamental guiar en el reconocimiento de la posible comorbilidad con trastornos del Eje I y del Eje II, con el fin de que comprenda de donde provienen las emociones que experimenta y las razones por las que se le han prescrito diferentes medicamentos farmacológicos y también lo referente al tratamiento psicológico.

Es muy importante determinar la sintomatología más característica que manifiesta el paciente para establecer las conductas meta a trabajar, según la prioridad jerárquica de las mismas, dando mayor énfasis a las conductas de riesgo como autolesiones e intentos de auto eliminación para luego promover en el paciente la autoaceptación, el fortalecimiento de la autoestima, el reconocimiento de fortalezas y debilidades, para orientarlo hacia el autocontrol, la disminución de las conductas impulsivas y autodestructivas, la obtención de una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y la mejora en sus relaciones interpersonales.

Otro de los objetivos a alcanzar en esta propuesta de abordaje consiste en la identificación de pensamientos distorsionados, dicotómicos e irracionales, así como de los procesos cognitivos disfuncionales y desadaptativos, con el fin de que éstos sean canalizados y por ende sustituidos por pensamientos que se ajusten a la realidad. Es importante también, sobre esta misma línea, fomentar el aprendizaje en el reconocimiento y la expresión de sentimientos y emociones de forma asertiva, con el propósito de que logre construir un sentido de identidad definido, que le permita ser más funcional y sentirse mejor con sí mismo/a.

Como parte de estos objetivos, el terapeuta deberá ser empático y facilitar un ambiente seguro, brindando el rapport adecuado, reconociendo y validando la vulnerabilidad emocional del paciente, y a la vez estableciendo de límites claros que faciliten la ejecución del proceso terapéutico.

Finalmente, pero no menos importante, se deberá entrenar al usuario/a en la adquisición de estrategias de afrontamiento a partir de los recursos internos que posea y de los recursos externos con los que cuenta para que aprenda a enfrentar las situaciones que le rodean y sus propios conflictos internos de forma eficaz y con mayor éxito.

8.4 Estructura de las Sesiones

En este apartado se describirá la estructura de las sesiones, su contenido y formato, con el fin de que su aplicación sea clara y específica, tomando en cuenta que las mismas deben ser ajustadas a las necesidades de cada paciente, siendo ésta una propuesta de atención psicológica que permite la flexibilidad.

La propuesta de intervención psicológica está dirigida al abordaje individual durante el período de internamiento en los diferentes pabellones del Hospital Nacional Psiquiátrico. Está diseñado para ser trabajado en diez sesiones; siete de abordaje psicoterapéutico y tres sesiones de seguimiento iniciales; con apertura para la ampliación de éstas según la particularidad de cada caso. Cada una de las sesiones se podrá realizar en 60 minutos con una frecuencia de dos a cuatro veces a la semana según las condiciones del paciente y el sistema. Los procesos deben ser pausados y seguros trabajando cada tema según el tiempo y la capacidad del paciente, sin generar presiones ni exigencias, con el fin de favorecer la recuperación del usuario.

Las sesiones se dividen en:

No. de Sesión	Descripción
Sesión I	Inicio, identificación, establecimiento de rapport, recolección de información Establecimiento de la alianza terapéutica
Sesión II	Alianza terapéutica, motivación para el proceso, establecimiento de metas y planes terapéuticos
Sesión III a VII	Intervención terapéutica propiamente dicha
Sesión VIII A X	Seguimiento inicial en la Consulta Externa

8.5 Selección de Técnicas ¹⁴

La selección de las técnicas está basada en la obtención de los objetivos terapéuticos. Se pretende utilizar aquellas que resulten más viables y prácticas, con el fin de que el paciente logre identificarse fácilmente con ellas y le resulte interesante ponerlas en práctica tanto en el ambiente terapéutico como fuera de éste debido a que éstas herramientas serán la base para conseguir las tareas planteadas y alcanzar una mejor calidad de vida.

A lo largo de las sesiones se utilizarán diversas técnicas, algunas de ellas derivadas de los enfoques terapéuticos y de los modelos de abordaje psicológico del Trastorno Límite, que se reseñaron como parte de la presente investigación: Terapia Cognitiva (Cuevas, 2012), Cognitivo Conductual (Beck, 2000), Dialéctica Conductual (García, 2006), Terapia de Esquemas (Pérez 2007) y de la Teoría de las Relaciones Objetales (Díaz, 2001), entre otras.

¹⁴ Algunas de las técnicas planteadas en este apartado, han sido tomadas de las propuestas de abordaje psicológicas reseñadas en el marco teórico de esta investigación: Modelo Terapia Dialéctica Conductual García (2006), Modelo desde el Enfoque Cognitivo Conductual Escribano (2006) y el Modelo basado en las Teorías Objetales Díaz (2001).

Algunas de las técnicas a utilizar serán el diálogo socrático, la escucha activa, los autoregistros de pensamiento, el diario autobiográfico, el dibujo, la escultura en plastilina, la resolución de cuestionarios, a partir de las cuales se pretende guiar al usuario/a hacia una comprensión de su funcionamiento, hacia la aceptación de sí mismo, hacia el reconocimiento de sus fortalezas y debilidades, con el fin de lograr una condición de mayor autonomía, autoaceptación y por ende una mejor funcionalidad en su medio.

8.6 Temas Generales a Trabajar ¹⁵

Para cada sesión se ha diseñado una serie de temas a trabajar los cuales están relacionados con los objetivos planteados esto con el fin de profundizar en la modificación de las conductas propias de la patología clínica y así favorecer la mejoría del paciente.

Tomando en cuenta lo anterior, se sugiere realizar el establecimiento de los temas, basándose en los objetivos anteriormente citados los cuales se han diseñado a partir de la jerarquización de las necesidades observadas en el paciente.

Algunos de los temas que el terapeuta podrá establecer son los siguientes: la situación desencadenante de la crisis actual que lo ha llevado a buscar ayuda, los síntomas presentes y actuales que está experimentando, el tema de las relaciones interpersonales, la comprensión de sus conflictos internos, sus conductas impulsivas y autodestructivas; la identificación de pensamiento dicotómico, pensamientos distorsionados y conductas en torno a estos. Cada uno de estos temas se trabaja en las sesiones con el fin de obtener conductas más adaptadas.

¹⁵ Algunas de las técnicas planteadas en este apartado, han sido tomadas de las propuestas de abordaje psicológicas reseñadas en el marco teórico de esta investigación: Modelo Terapia Dialéctica Conductual García (2006), Modelo desde el Enfoque Cognitivo Conductual Escibano (2006) y el Modelo basado en las Teorías Objetales Díaz (2001).

Otros temas a tomar en cuenta, serán la expresión asertiva de sentimientos, pensamientos y emociones así como el autocuidado, autoconcepto y autoestima con el fin de que logre recurrir a conductas alternativas a los comportamientos violentos y autodestructivos. También será importante incluir los temas relacionados con el sentido de su identidad y la promoción de la autonomía, para así promover la motivación para el cambio.

8.7 Desarrollo de las sesiones ¹⁶

En este apartado se presentará el diseño detallado de cada una de las sesiones que se han planteado para llevar a cabo esta propuesta de intervención psicológica individual.

Cada una de las sesiones que se detallará a continuación está diseñada con base en una serie de objetivos a trabajar, así como los temas relacionados con éstos objetivos que serán metas o tareas a alcanzar y finalmente las técnicas sugeridas para alcanzarlos.

En total se ha planteado diez sesiones; siete de abordaje psicoterapéutico y tres de seguimiento inicial. Se recomienda que las dos primeras sesiones se realicen en los primeros ocho días de internamiento con una distancia entre ambas de uno o dos días máximo debido a que la continuidad en el proceso es un factor que favorecerá la adherencia al tratamiento psicológico y una oportunidad para realizar la alianza terapéutica

Con respecto a la tercera y cuarta sesión, se recomienda que se realicen con un intervalo de tres a cuatro días entre cada una (segunda semana de internamiento); con el fin de que cuenten con tiempo suficiente para completar los autoregistros y el diario auto biográfico; material necesario para trabajar en la siguientes sesiones. En lo referente a la cuarta, quinta, sexta y séptima sesión, lo recomendable será realizarlas en el período restante del internamiento con una periodicidad de máximo día por medio. También es importante

¹⁶ Algunas de las técnicas planteadas en este apartado, han sido tomadas de las propuestas de abordaje psicológicas reseñadas en el marco teórico de esta investigación: Modelo Terapia Dialéctica Conductual García (2006), Modelo desde el Enfoque Cognitivo Conductual Escribano (2006) y el Modelo basado en las Teorías Objetales Díaz (2001).

la continuidad en el proceso como factor que favorecerá la adherencia al tratamiento psicológico y la alianza terapéutica.

En lo referente a las sesiones de seguimiento, estas deberán pactarse con el usuario/a para llevarse a cabo a partir del momento en que finalice el internamiento. Se sugiere realizar la primera sesión de seguimiento en la Consulta Externa en un período no mayor a 1 mes (de ser posible). Estas sesiones se establecen debido a la particularidad y la característica de inestabilidad emocional de estos pacientes, por lo que la intervención dentro del período de hospitalización servirá de enganche a través de la alianza terapéutica.

Las sesiones de seguimiento se sugiere calendarizarlas una por mes (según las posibilidades del usuario/a y el sistema) y los temas a trabajar. Los objetivos que se plantean deberán estar regidos por las necesidades propias del usuario/a siempre con el objetivo de mantener las conductas aprendidas previamente.

Como parte del plan de seguimiento, se pretende fomentar la autonomía y la independencia por lo que cada vez que se presente a sesión de seguimiento se deberá verificar el mantenimiento de las conductas aprendidas en el proceso y la puesta en práctica de las mismas. Lo ideal es espaciar la frecuencia de las sesiones, con el propósito de favorecer la independencia y la autonomía.

Con el fin de poner en práctica todas las técnicas planteadas se ha diseñado un material de fácil acceso, para que sea utilizado por el terapeuta y pueda contar con las herramientas completas a la hora de poner en práctica la propuesta. Este material se encuentra dirigido en los anexos de esta propuesta.

Finalmente, cabe mencionar que esta es una propuesta dirigida al abordaje psicológico de pacientes con Trastornos Límite de Personalidad, en el contexto institucional del Hospital Nacional Psiquiátrico; por lo que en todo momento el terapeuta debe estar atento a flexibilizarla según la necesidad específica de cada paciente.

Sesión	Objetivos	Temas a Trabajar	Técnicas sugeridas
I	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de Alianza Terapéutica • Analizar el motivo de consulta (situación desencadenante de la crisis) • Detectar posibles conductas autodestructivas e ideación suicida • Detectar posibles situaciones de riesgo • Identificar el grado de motivación para iniciar el proceso terapéutico (qué espera conseguir, qué está dispuesto a hacer?, expectativas de resultado) • Lograr el establecimiento de la empatía • Realizar el encuadre Terapéutico • Establecer la alianza Terapéutica • Identificar la sintomatología más característica del paciente • Valorar nivel cognitivo, capacidad de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de situaciones de riesgo (conductas autodestructivas, suicidas). • Historia de cronicidad del problema actual. • Grado en que le ha generado malestar y qué ámbitos de su vida se han visto afectados. • Descripción de síntomas • Historia de conductas auto-lesivas • Información referente a conflicto actual por el que medió el internamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadre terapéutico • Contrato terapéutico • Intervención en Crisis • Contención emocional • Entrevista (sobre situación actual, detonante, impacto de la crisis) • Diálogo Socrático • Escucha activa • Psicoeducación

Sesión	Objetivos	Temas a Trabajar	Técnicas sugeridas
II	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la alianza terapéutica, la motivación para el cambio y para continuar en el proceso. • Indagar sobre historia de cronicidad de los síntomas • Identificar con el paciente redes de apoyo (si existen) • Promover la auto-observación del paciente: que comprenda lo que le lleva a actuar de determinada manera y en qué situaciones ocurre, relacionarlo con la crisis que ha mediado el internamiento. • Entrenar en relajación • Identificación de redes de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de situaciones de riesgo (conductas autodestructivas, gestos suicidas). • Condiciones o situaciones que le generan malestar significativo, relacionadas con el evento precipitante • Auto-observación consciente y objetiva. • Historia de internamientos previos (si existen) • Indagar si conoce el diagnóstico y que sabe de él • Fortalecimiento de redes de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Escucha activa • Diálogo Socrático • Auto Observación • Psicoeducación • Técnicas de Relajación (control de la Respiración, establecimiento de lugar seguro, imaginación dirigida).

Sesión	Objetivos	Temas a Trabajar	Técnicas
III	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar respecto a las conductas autodestructivas y el nivel de control de impulsos, así como el nivel de consciencia del usuario al respecto. • Lograr que el paciente identifique y modifique los pensamientos: automáticos, dicotómicos y negativos. • Lograr que el paciente identifique las conductas problema, derivadas de estos pensamientos. • Lograr que el paciente trabaje en su autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de conductas de riesgo (conductas autodestructivas y gestos suicidas) • Verificación de los acuerdos y temas trabajados en la sesión anterior. • Pensamiento dicotómico. • Pensamientos distorsionados • Pensamientos automáticos • Análisis de la validez sociocultural de las creencias. • Conductas inadecuadas derivadas de pensamientos y creencias • Consciencia sobre conductas de riesgo • Información referente a emociones: qué son, cómo se generan, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoregistros de pensamientos negativos: para ayudar a identificar los pensamientos y las creencias centrales. (Ver Anexo No. 1) • Autoregistros funcionales: identificación de conductas problemas ligadas a pensamientos negativos. (Ver Anexo No. 2). • Reestructuración cognitiva • Diario Auto Biográfico (Ver Anexo No. 3) • Refuerzo de conductas facilitadoras para la consecución de los objetivos.

Sesión	Objetivos	Temas a Trabajar	Técnicas
IV	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar hacia la modificación de pensamientos negativos, automáticos y dicotómicos. • Producir cambios en las creencias equivocadas. • Modificar las distorsiones cognitivas • Reinterpretar el esquema cognitivo del paciente • Entrenar en Asertividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas de riesgo • Reforzamiento de técnicas aprendidas en sesión anterior (relajación, autocontrol, etc) • Pensamiento dicotómico, distorsionados y automático • Conductas inadecuadas derivadas de estos pensamientos. • Conductas impulsivas y autodestructivas. • Comprensión de los conflictos internos y relacionales • Análisis de Autoregistro y diario autobiográfico 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo Socrático • Escucha activa • Auto-observación • Reestructuración cognitiva-conductual • Exposición en imaginación (basada en el contenido de los autoregistros de pensamientos) • Refutar esquemas de pensamiento a través de la verificación. • Estrategia dialéctica de la paradoja. • Diario autobiográfico, (análisis de datos desde la sesión anterior).(Ver Anexo No. 3)

Sesión	Objetivos	Temas a Trabajar	Técnicas
V	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la intensidad y la variabilidad de los estados emocionales Promover la estabilidad emocional • Moderar las emociones inestables, variables y caprichosas. • Guiar hacia la reconstrucción de autoimagen y autoconcepto. • Promover el reconocimiento de conductas desadaptativas • Promover el autocontrol • Educar respecto a pensamiento, emoción y conductas de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de la puesta en práctica de técnicas aprendidas en sesiones anteriores. • Identificación de estados emocionales • Manejo de las emociones • Expresión adecuada de sentimientos • Identidad y Autonomía. • Autoimagen • Auto concepto 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación en cuanto a las emociones, intensidad y control de las mismas (Ver Anexo No. 4) • Reestructuración cognitiva • Expresión controlada de las emociones (Ver Anexo 4) • Técnicas de relajación • Entrenamiento en empatía y asertividad • Reconocimiento de fortalezas y debilidades (Ver Anexo No. 5). • Autoestima: técnica con el uso de plasticina, realizar un diseño que represente sus fortalezas.

Sesión	Objetivos	Temas	Técnicas sugeridas
VI	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir o eliminar conductas desadaptativas. • Abordaje de conductas que interfieren con la terapia • Adquisición de habilidades conductuales de afrontamiento más adaptativas y moderadas • Trabajar respecto a las conductas autodestructivas y de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo del mantenimiento de las conductas trabajadas y adquiridas en las sesiones anteriores • Identificación de conductas desadaptativas • Relaciones interpersonales • Psicoeducación: familiares, redes de apoyo • Habilidades sociales y conductuales • Impulsividad • Estrategias de Afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en solución de problemas • Entrenamiento en habilidades sociales • Reestructuración cognitiva (Anexos No.1 y No. 2) • Mantenimiento del cambio (Motivación y refuerzos) • En base a información referente a redes de apoyo, trabajada en las sesiones iniciales, plantear la psicoeducación (en sesión con la familia) respecto a su participación en los procesos de recuperación, como entes activos. • Técnicas de imaginación dirigida, aproximación sucesiva, rol play, para entrenamiento en solución de problemas.

Sesión	Objetivos	Temas a Trabajar	Técnicas
VII	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar para el mantenimiento del cambio • Promover la adherencia al tratamiento • Guiar en la adquisición de estrategias de afrontamiento • Guiar en la adquisición de habilidades para la resolución de conflictos • Informar respecto a la importancia del seguimiento del proceso psicoterapéutico para el mantenimiento de las conductas adquiridas. • Promover el establecimiento de Proyecto de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo del mantenimiento de las conductas trabajadas y adquiridas en las sesiones anteriores • Identificación de conductas desadaptativas • Relaciones interpersonales • Habilidades sociales y conductuales • Impulsividad • Estrategias de afrontamiento • Autoestima y autoconcepto • Establecimiento de Proyecto de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en solución de problemas (rol play, modelado de conductas, imaginación dirigida, cuentos, dibujos). • Entrenamiento en habilidades sociales (técnicas de modelado, rol play, imaginación dirigida) • Reestructuración cognitiva (Ver Anexos No. 1 y No.2) • Manejo de las emociones (Anexo 8, segunda parte) • Control de los impulsos • Técnicas de relajación (aprendidas en sesiones iniciales) • Reconocimiento de Fortalezas (Anexo No.5) • Dibujo: proyecto de vida.

Sesiones de Seguimiento

Sesión	Objetivos	Temas a Trabajar	Técnicas sugeridas
VIII	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear la presencia o no de conductas autolesivas • Mantenimiento de la motivación hacia el cambio • Consolidar los aprendizajes • Verificar la utilización y práctica de lo aprendido 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de estrategias utilizadas • Evaluación de resultados • Análisis de nuevas dificultades • Prevención de recaídas ante potenciales estresores 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo Socrático • Debate filosófico • Escucha activa • Psicoeducación • Tareas para la casa (Anexos No. 1, No. 2 y No. 3).
Sesión	Objetivos	Temas	Técnicas Sugeridas
IX	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear la presencia o no de conductas autolesivas • Mantenimiento de la motivación hacia el cambio • Consolidar los aprendizajes • Verificar la utilización y práctica de lo aprendido 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de estrategias utilizadas • Evaluación de resultados • Análisis de nuevas dificultades • Prevención de recaídas ante potenciales estresores • Autonomía e Independencia emocional • Revisión de mantenimiento de las conductas alcanzadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo Socrático • Debate filosófico • Escucha activa • Psicoeducación • Refuerzo por mantenimiento de conductas. • Tareas para la casa

Sesión	Objetivos	Temas a Trabajar	Técnicas sugeridas
X	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear la presencia o no de conductas autolesivas • Mantenimiento de la motivación hacia el cambio • Consolidar los aprendizajes • Verificar la utilización y práctica de lo aprendido 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de estrategias utilizadas • Evaluación de resultados • Análisis de nuevas dificultades • Prevención de recaídas ante potenciales estresores • Revisión de mantenimiento de las conductas alcanzadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo Socrático • Debate filosófico • Escucha activa • Psicoeducación • Motivación para el cambio.

8.8 Conclusiones de la propuesta

Luego del análisis de la información recopilada y del planteamiento de la presente propuesta de intervención, se puede concluir que ésta se diseñó pretendiendo brindar un recurso práctico para subsanar la necesidad tanto de los usuarios como del Hospital.

Por lo anterior, la estructura de las sesiones se ha diseñado con el fin de que se pueda adaptar a las necesidades de los usuarios, tomando en cuenta las condiciones institucionales para lograr ofrecer un plan de tratamiento efectivo que se logre implementar en el período de internamiento.

Por otro lado, es importante señalar que el establecimiento de objetivos y temas se ha realizado basándose en lo propuesto por otros autores que han diseñado modelos de intervención psicológica, por lo que se hace la observación de que estos pueden ser flexibles y adaptarse a las necesidades particulares de cada usuario/a.

De igual forma, las técnicas seleccionadas proveen de herramientas para lograr la modificación de las conductas desadaptativas y obtener un mejor funcionamiento general que se refleje en una mayor calidad de vida. Las técnicas sugeridas pueden ser rediseñadas o replanteadas según las necesidades del paciente.

Con respecto al desarrollo de las sesiones, estas se diseñaron a partir de una serie de objetivos, metas y técnicas sugeridas que permiten seguir una línea de acción que favorecerá la recuperación del usuario/a, al permitirle avanzar de una meta a otra, de forma paulatina y segura.

Por lo anterior, se concluye que ésta propuesta es una herramienta que servirá de guía a la hora de establecer el plan de tratamiento psicológico para la intervención intrahospitalaria de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad la cual brinda un orden sugerido y un establecimiento de sesiones que permitirán determinar el plan de acción, seguido de técnicas que favorecerán la consecución de los objetivos y metas.

8.9 Recomendaciones de la Propuesta

A partir de la implementación de la presente propuesta de intervención psicológica se pretende que el terapeuta logre establecer la alianza terapéutica necesaria para motivar al usuario/a a ser parte del proceso terapéutico el cual debe contener aquellos aspectos necesarios para el adecuado abordaje de esta patología clínica y no solamente de los síntomas precipitantes de las crisis. Por lo anterior, se detallan las siguientes recomendaciones:

- Proveer un ambiente de seguridad y empatía, acompañado de límites claros y específicos.
- Tomar en cuenta la propuesta como guía para la implementación del plan de intervención psicológica para pacientes con Trastorno Límite de Personalidad.
- Analizar las necesidades y jerarquizarlas, tomando como prioridad aquellas que significan un riesgo potencial para el paciente y posteriormente las que pueden ser trabajadas con menor urgencia.
- Tomar en cuenta los objetivos, temas y técnicas sugeridos para luego adaptarlos a las condiciones específicas de cada usuario/a.
- Promover la motivación para mantenerse en el proceso terapéutico.
- Promover la adherencia al tratamiento, con el propósito de lograr establecer un proceso terapéutico individual en modalidad de Consulta Externa.
- Favorecer el entrenamiento al personal de psicología clínica que pondrá en práctica la propuesta.
- Difundir la presente propuesta a los profesionales en psicología clínica que laboran en pabellones de corta estancia, larga estancial servicio de emergencias y consulta externa.

8.10 Referencias Bibliográficas de la Propuesta

Díaz, C. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Asociación Española Neuropsiquiátrica*, 78(XX1), 51-70.

Escribano, N. T. (2006). Trastono Límite de la Personalidad, Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, Copyright ©InstitutoInNiS, 1, 4-20.

García, P. (2006). *Un Programa de Tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad*. España.

Bibliografía General

- Aramburú, F. B. (1996). La Terapia Dialectica Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad. *Psicología Conductual*, 4(1), 123-140.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Caballo, E. V., & Camacho, S. (enero-julio de 2000). El Trastorno Límite de Personalidad: Controversias Actuales. *Psicología desde el Caribe*(5), 31-55.
- Caballo, V. (2004). *Manual de Trastornos de la Personalidad: Descripción, Evaluación y Tratamiento*. España: Editorial Síntesis S.A.
- Calvo, N. (2012). Diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) mediante el autoinforme Personality . *Actas de Psiquiatría* , 57-62.
- Cuevas, Y. C. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento . *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 97-114.
- Díaz, C. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Asociación Española Neuropsiquiátrica*, 78(XX1), 51-70.
- Escribano, N. T. (2006). Trastono Límite de la Personalidad, Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, Copyright ©InstitutoInNiS, 1, 4-20.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial médica Panamericana.
- García, P. (2006). *Un Programa de Tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad*. España.
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. España: Ars Médica.
- Halguin, R. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Kernberg, O. F. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad*. México: Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Kernberg, O. F. (1999). *Trastornos Graves de la Personalidad, Estrategias Terapéuticas*. México: Manual Moderno.

- Lorenzo, M. D. (1981). *Introducción a la Práctica del Rorschach*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Lucio, G. E., & León, G. M. (2003). *Uso e Interpretación del MMPI-2 en español*. México: Manual Moderno.
- Mackinnon, R. A. (2008). *La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Méndez, R. M. (2005). *Manual de los Trastornos de Personalidad*. San José, Costa Rica: EDNASSS.
- Millon, T. (1998). *Trastornos de Personalidad*. España: MASSON.
- Millon, T., Davis, R., & Millon, C. (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.
- Pérez, N. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 18(1), 1-22.
- Psiquiatría, A. A. (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Psiquiatría, A. A. (2002). *Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona: Ars Médica.
- Psiquiatría, A. A. (2002). *Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. España: Ars Médica.
- Rivera, J. O. (1991). *Interpretación del MMPI-II*. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Sendín, B. M. (2007). *Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Madrid, España: Psimática.

Anexos

Anexo No. 1

Auto registro de pensamientos negativos:

Situación	Pensamiento Negativo	Pensamiento Positivo Sustituto

Anexo No. 2

Autoregistro Funcional

Situación	Pensamiento que genera	Emoción derivada	Conducta producto de la emoción

Anexo No. 4
Emociones

1. Qué es una emoción: _____

2. Cómo se origina: _____

3. Qué tipos de emociones existen:

Nota: Esta sección del anexo debe realizarse desde la Psicoeducación, acompañando al usuario, indagando respecto a lo que sabe referente al tema y dirigiéndolo hacia la consecución de los conceptos.

4. Cuáles emociones suele experimentar con más frecuencia:

5. Identificación de emociones ante diferentes situaciones de la vida diaria:

A continuación se debe relatar al paciente situaciones diferentes de la vida diaria, a fin de que analice qué tipo de emociones se asocian y cuáles serían sus respuestas emocionales más comunes ante los eventos relatados.

6. Situaciones de la vida diaria, para realizar técnicas de rol play:

Plantear situaciones comunes (relacionadas con la vida del paciente), a fin de modelar conductas más adaptativas.

7. Resumen de lo aprendido.

Realizar un análisis de lo aprendido a través de los ejercicios planteados.

Anexo No. 5
Fortalezas y Debilidades

Conociéndome a mi mismo/a	
Las fortalezas son aquellos aspectos de mi personalidad que me ayudan a sentirme mejor con migo mismo/a y que me permiten tomar buenas decisiones y desarrollar conductas adecuadas, como respuesta a las demandas del medio.	
Mis Fortalezas	
1.	5.
2.	6.
3	7
4.	8.

Conociéndome a mi mismo/a	
Las debilidades, son aquellos aspectos de mi personalidad, que reconozco, debo mejorar, a fin de poder sentirme mejor con migo mismo/a y favorecer mi relación con el medio	
Mis Fortalezas	
1.	5.
2.	6.
3	7
4.	8.