

# **Evaluación, diagnóstico y tratamiento de un caso con Trastorno Límite de la Personalidad**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

Autora: Clara Prittwitz Sanz

Tutor: Jose Manuel López Villatoro

28 de Febrero de 2022

### **Agradecimientos**

*Mi gratitud a personas de gran sabiduría, el Dr. Jose Luis Carrasco y el Dr. Jose Manuel Lopez Villatoro, por las incomparables oportunidades que me han brindado para conocer y estudiar en profundidad el Trastorno Límite de la Personalidad. Sin duda, es un camino en el que quiero seguir avanzando, ya que, se trata de un maravilloso reto, alcanzar a entender su complejidad y ayudar a aquellos que lo padecen.*

## **Resumen**

El presente trabajo tiene como objetivo describir y explicar el trastorno límite de la personalidad, a través del estudio de un caso clínico. Se describe la evaluación, la formulación del caso, el diagnóstico realizado, los objetivos y la intervención efectuada.

Debido a la complejidad y heterogeneidad del trastorno se ha planteado un tratamiento integral psicoterapéutico y farmacológico. El tratamiento psicoterapéutico consta de un tratamiento de hospital de día especializado para los trastornos de la personalidad, así como psicoterapia individual semanal, a través del abordaje de varias terapias y técnicas validadas para el trastorno límite de la personalidad por los mayores expertos nacionales e internacionales en dicho ámbito.

Los objetivos del tratamiento consisten en la mejora de las conductas impulsivas y desregulación emocional del paciente, así como su difusión identitaria, para conseguir una mejora funcional y calidad de vida del paciente.

Dada la complejidad del trastorno y el tiempo necesario para abordarlo, el presente trabajo no contiene la descripción completa de la intervención del caso. Se valoran los resultados en función del trabajo realizado hasta la actualidad.

## **Palabras clave**

Trastorno límite de la personalidad (TLP), Terapia Dialéctica Conductual (TDC), mentalización, trauma, inestabilidad afectiva, identidad.

## *Abstract*

The incidence of borderline personality disorder offers alarming figures, as well as its manifestation in increasingly younger groups, producing great difficulties in the quality of life of those who suffer from it. This disorder is characterized by a dominant pattern of instability of interpersonal relationships, self-image and affect, and intense impulsivity, which begins in early adulthood and is present in various contexts.

The present work aims to describe and explain this disorder through a clinical case study. The evaluation, the formulation of the case, the diagnosis made, the objectives and the intervention carried out are described. It is worth mentioning the complexity of the present case, due to the defenses presented and the internal phobia to connect with emotions, finding as main difficulty to keep the patient in treatment.

Due to the lack of an integral treatment for borderline personality disorder, the treatment has had to be approached from several therapies and techniques, acquiring a particular form and working mainly from the therapeutic bond. This intervention has been accompanied by pharmacological treatment to regulate the patient's impulsive behaviors and affective instability, as well as incorporation into the center's day hospital.

Given the complexity of the disorder and the time required to deal with it, the present work does not contain a complete description of the intervention of the case. The results are evaluated on the basis of the work carried out to date.

***Keywords***

Borderline personality disorder (BPD), Dialectical Behavioral Therapy (DBT), mentalization, trauma, affective instability.

## Índice

<b>1. Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Prevalencia y Comorbilidad</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2. Psicopatología del Trastorno</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2.1 Resumen de las Características</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3. Tratamientos Farmacológicos y Psicológicos</b> .....	<b>5</b>
<b>1.4. La Inestabilidad Emocional en el Trastorno Límite de la Personalidad</b> .....	<b>6</b>
<b>1.5. El Trastorno Límite y el Trauma Infantil</b> .....	<b>8</b>
<b>1.6. El Apego y la Regulación Emocional</b> .....	<b>10</b>
<b>1.7. Justificación</b> .....	<b>12</b>
<b>2. Identificación del Paciente y Motivo de consulta</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1. Motivo de Consulta</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2. Historia</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2.1. Relación con la Familia</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2.2. Relaciones sociales y afectivas</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2.3. Conductas Impulsivas</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2.4. Ingresos y Tratamientos Anteriores</b> .....	<b>16</b>
<b>3. Estrategias de Evaluación</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1. MCMI-IV</b> .....	<b>17</b>
<b>3.2. DIB-R</b> .....	<b>18</b>
<b>3.3. SCID-II</b> .....	<b>19</b>
<b>3.4. CGI-BPD y EEAG</b> .....	<b>19</b>
<b>3.5. Comportamiento durante la Evaluación</b> .....	<b>19</b>
<b>4. Formulación Clínica del Caso</b> .....	<b>20</b>
<b>4.1. Conducta Problema</b> .....	<b>21</b>
<b>4.2. Antecedentes</b> .....	<b>22</b>
<b>4.3. Consecuencias</b> .....	<b>22</b>
<b>4.4. Resultados de la Evaluación</b> .....	<b>23</b>

4.4.1. Resultados SCID-II.....	23
4.4.2. Resultados MCMI-IV .....	23
4.4.3. Resultados DIB-R .....	24
4.4.4. Resultados CGI-BPD y EEAG .....	24
4.5. Objetivos.....	24
4.5.1. Objetivo General: .....	24
4.5.2. Objetivos Específicos .....	25
5. Tratamiento.....	25
5.1. Hospital de Día.....	26
5.1.1. Terapia Escrita y TDC .....	26
5.1.2. Mindfulness .....	27
5.1.3. Terapia Aceptación y Compromiso .....	28
5.1.4. Grupo de Mentalización.....	28
5.1.5. Neuropsicología.....	29
5.1.6. Habilidades Sociales .....	29
5.1.7. Terapia Ocupacional .....	30
5.1.8. Comedor Terapéutico.....	30
5.2. Temporalización .....	31
5.3. Fases del Tratamiento .....	31
5.4. Descripción Detallada de las Sesiones.....	33
5.4.1 FASE 1: Pretratamiento (Sesión número 1- Sesión número 6) .....	33
5.4.2. FASE 2: Tratamiento (Sesión número 6 - Sesión número 20).....	35
5.4.3. FASE 3: Postratamiento .....	40
5.5. Tratamiento Psicofarmacológico.....	41
5.6. Recursos Clínicos .....	41
6. Valoración del Tratamiento.....	42
6.1. Efectividad de la Intervención .....	42
6.2. Objetivos Trabajados con Mayor Dificultad .....	43
7. Discusión y Conclusiones .....	44

<b>8. Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>47</b>
<b>9. Anexos.....</b>	<b>59</b>



## **1. Introducción**

El trastorno límite de la personalidad es una patología grave, de complejidad diagnóstica y con una elevada prevalencia en la población general. Entre los aspectos clínicos más característicos de este trastorno se encuentra la inestabilidad emocional, así como las dificultades comportamentales, tanto en la relación con ellos mismos como con terceros. Las personas con TLP buscan el riesgo, los excesos, pero también el dolor físico, el cual actúa como anestesia para calmar el sufrimiento interno. A pesar de ser un trastorno que se caracteriza por su elevada intensidad, por la variedad de síntomas y de patologías asociadas, no deja de ser un gran desafío para los profesionales conseguir comprender mejor a los que adolecen de este trastorno.

El trastorno límite de la personalidad se encuentra dentro del grupo B de los trastornos de la personalidad del DSM-5. Según este manual, para realizar un correcto diagnóstico del trastorno límite se deben cumplir los siguientes criterios (APA, 2013):

“Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)

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

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

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.

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

7. Sensación crónica de vacío.

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

9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves”  
Association, American Psychiatric. (2013).

## **1.1. Prevalencia y Comorbilidad**

Según los datos del DSM-IV el trastorno límite de la personalidad aparece en torno a un 2% de la población, si bien numerosos autores han proclamado que la cifra se queda corta, mientras que en los pacientes ambulatorios y hospitalizados se sitúa entre el 11-20% y el 18-32% respectivamente (Rodríguez Arias, 2013). Es así mismo, el más frecuente entre los trastornos de la personalidad en la población clínica. Los estudios realizados en función del sexo, indican mayor prevalencia del trastorno en mujeres (70% de los casos). (Tomko et al., 2014). La mayor incidencia se haya entre los 19-34 años de edad y se presenta en todas las culturas del mundo.

La alta prevalencia se debe también a su alta comorbilidad con otros trastornos afectivos del eje I como el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad (Cervera, G. 2005).

Debido a la falta de control e intensidad de sus estados emocionales, no sorprende la tasa de suicidios de estos individuos, que se encuentra entre el 8% y 10% según el DSM-IV-TR (APA, 2002), mientras que las amenazas y los intentos de suicidio también son significativamente habituales, llegando a alcanzar cifras del 70% y revelando conductas repetitivas de hasta tres intentos por paciente en la mitad de los casos. Además, se considera que aquellos que presentan mayores impulsos agresivos o consumo de sustancias son más propensos al suicidio (Baus et al., 2014). Los factores biológicos también inciden en esta conducta, existiendo una correlación entre impulsividad, agresión y suicidios con la disminución de la función serotoninérgica.

## **1.2. Psicopatología del Trastorno**

La principal dificultad de cara al entendimiento de los pacientes con TLP, es la heterogeneidad de sus síntomas, algo que demora y afecta notablemente al diagnóstico.

Existe una larga literatura acerca de aquello que comprende el núcleo del trastorno. Actualmente, se pueden diferenciar cuatro teorías relacionadas con la patología límite (López-Villatoro, J. M., 2019).

### ***1.2.1 Resumen de las Características***

- Kernberg, 1967: La agresión excesiva.

La agresión es considerada un instinto humano básico, determinada genéticamente y/o debido a la presencia de recurrentes experiencias frustrantes en la infancia. Este tipo de explosiones en los pacientes con TLP, ya sean verbales, físicas o combinadas, en ocasiones se pueden manifestar en forma de ataques hacia los demás, o internamente, a través de las conductas autolesivas y el suicidio, haciendo imposible distinguir si el enfado responde a una sobrerreacción del paciente o a una circunstancia crítica.

- Linehan, 1993: Desregulación emocional

El núcleo del trastorno estaría relacionado con la incapacidad para regular las emociones, produciendo emociones intensas prolongadas a lo largo del tiempo. Este déficit parece tener relación con alteraciones neurobiológicas y experiencias infantiles no validadas.

- Fonagy, 2002: Escasa mentalización

Incapacidad para interpretar el comportamiento a través de la identificación y atribución de los estados mentales en uno mismo y/o en los demás (Fonagy et al., 2002). Este problema parece tener su origen en la infancia, en entornos familiares, donde la identificación y expresión de sentimientos no ha tenido gran importancia.

- Gunderson, 2008: Hipersensibilidad interpersonal

Esta teoría defiende que la hipersensibilidad interpersonal excesiva está relacionada con una disposición genética. El niño percibe las frustraciones de manera altamente estresante, desencadenando como respuesta actos impulsivos y experiencias disociativas.

### **1.3. Tratamientos Farmacológicos y Psicológicos**

La práctica habitual en el tratamiento de los pacientes con TLP es la psicoterapia junto a otras medidas como tratamientos psicofarmacológicos, medidas terapéuticas de modelos de rehabilitación psicosocial o el uso de dispositivos terapéuticos como los hospitales de día o unidades específicas para TLP.

Existen divergencias de opinión con respecto al tipo de tratamiento farmacológico más adecuado para los pacientes con TLP. La guía terapéutica del APA sugiere la prescripción de medicación para la regulación de algunos síntomas concretos como la impulsividad. Sin embargo, informes y guías de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) desaconsejan el empleo de fármacos, con el objetivo de evitar la sobremedicación de los pacientes. La realidad en la práctica clínica es que está muy extendida con los pacientes con TLP, por lo que la cuestión continúa abierta en la actualidad, a pesar de que numerosos estudios ya demuestran longitudinalmente con evidencia científica esta ayuda farmacológica. Los beneficios del tratamiento psicofarmacológico se ven sobre todo reflejados en los síntomas depresivos, impulsivos y psicóticos, pero no es suficiente como única forma para abordar el trastorno.

Existen indicadores sobre los efectos beneficiosos de las diferentes psicoterapias para este trastorno, basados en la evidencia científica, siendo una de las más estudiadas la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993). Destacan a su vez la terapia de mentalización de Anthony Bateman y Peter Fonagy (2004), la psicoterapia centrada en la transferencia (Clarkin et al., 1999), la terapia de esquemas (Young et al., 2003) y la terapia analítica-cognitiva de los 80-90 de A. Ryle (López-Villatoro, J. M., 2019).

#### **1.4. La Inestabilidad Emocional en el Trastorno Límite de la Personalidad**

La forma de concebir el trastorno límite de la personalidad (TLP) ha cambiado significativamente desde las primeras formulaciones en las décadas de 1940 y 1950. En aquel

entonces, estos pacientes graves con un curso crónico y, a menudo, con un déficit funcional marcado, se consideraban cercanos a la esquizofrenia o a los subtipos de psicosis (Deutsch, 1943; Knight, 1953).

Hoy en día, casi todas las teorías sugieren que la disfunción psicopatológica central del paciente límite es un déficit de regulación emocional que resulta en una gran inestabilidad afectiva (Siever et al., 2002). Es por esto que la característica fundamental del trastorno límite sería la inestabilidad o la desregulación afectiva, definida como una predisposición a cambios rápidos de humor y una sensibilidad extrema a eventos como el abandono, la crítica o la frustración.

Autores como Linehan (1993) señalan la inestabilidad emocional como el núcleo sintomatológico del TLP, de manera que los síntomas conductuales del trastorno, como las dificultades para controlar los impulsos, serían consecuencia de intensas reacciones afectivas (Gunderson, 2002; Carrasco y Diaz-Marsá, 2006). La conducta impulsiva funciona como mecanismo de regulación de las emociones, la cual puede tener su función a corto plazo. A largo plazo se convierte en un problema añadido, acentuando esta inestabilidad afectiva. Se convierte en un mecanismo desadaptativo.

De acuerdo con esta idea, la investigación sobre las emociones en pacientes límite se perfila como un campo muy prometedor. El análisis de las respuestas emocionales de estos pacientes podría ayudar a comprender qué dimensiones de la emoción se alteran más, lo que constituye la base de la inestabilidad afectiva. La alteración en el procesamiento emocional es, por tanto, un componente

clave en el trastorno límite de personalidad y está asociado a la severidad de la sintomatología (Carpenter et al., 2013).

Sin embargo, aunque las teorías y las descripciones clínicas coinciden en la existencia de déficits importantes en la respuesta emocional de estos pacientes, todavía hay investigaciones limitadas para confirmar esta existencia experimentalmente. Esto puede deberse a la dificultad que conlleva inducir y medir las respuestas emocionales en el laboratorio. Las pruebas de autoinforme basadas en recuerdos experimentados o criterios clínicos para profesionales que tratan a estos pacientes pueden ser insuficientes.

### **1.5. El Trastorno Límite y el Trauma Infantil**

Según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), aquellas personas con antecedentes familiares de TLP tienen una probabilidad de hasta cinco veces superior que la población general de sufrir este trastorno. Actualmente, se reconoce por todos los colectivos que este trastorno está causado por numerosas interacciones entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Paris, 1994).

Los modelos actuales ponen de manifiesto la interacción gen-ambiente en el desarrollo del trastorno. Estos refieren que la probabilidad de desarrollar un trastorno límite se ve aumentada en aquellos individuos que presentan un genotipo "sensible", en un medio predisponente (estresores ambientales, experiencias negativas..).



El desarrollo del TLP se encuentra habitualmente relacionado con la existencia de experiencias traumáticas en la infancia. En este sentido, son muchos los autores que han estudiado esta relación. Así, Gunderson concluye que un trauma en la infancia predice un mal pronóstico en pacientes con trastorno límite de personalidad (Gunderson, 2016). Asimismo, otros estudios han señalado la existencia de comorbilidad entre TEPT y TLP, además de ser uno de los trastornos más relacionados con la experiencia de abuso sexual infantil. Investigaciones de carácter retrospectivo, pero también prospectivo, señalan una relación significativa entre abuso sexual, maltrato en la infancia, precursores de TLP y TLP. De hecho, el maltrato temprano muestra una relación más fuerte con el TLP que con otros trastornos de personalidad y el abuso sexual con la severidad de los rasgos límites (Silk, Lee, Hill & Lohr, 1995; Zanarini, Yong, Frankenburg et al, 2002) y conductas autodestructivas (Sansone et al, 2002). Otra relación significativa analizada por la doctrina es la existente entre la experiencia de abuso sexual, el desarrollo del trastorno y la ideación y conducta suicida.

Por su parte, Zanarini et al. (2000) estimó que la prevalencia del abuso sexual en el TLP era entre el 40% y el 70%.

Más concretamente, la exposición a eventos traumáticos durante la infancia puede producir problemas de apego y, por tanto, consecuencias psicosociales negativas (Bakermans-Kranenburg et al. 2003). Sabo (1997) también informó de la influencia del trauma de apego, como la negligencia biparental o la ausencia de figuras de apego sustitutivas, en el desarrollo del TLP. Otros autores han

sugerido la importancia de patrones de crianza inadecuados en el desarrollo del TLP (Zanarini et al., 2000).

Además, muchas teorías sobre la sintomatología clínica del trastorno límite se basan en la teoría del apego de Bowlby (1997). Por ejemplo, Fonagy y Bateman (2007) sugirieron que la experiencia temprana con el cuidador principal sirve para organizar las relaciones interpersonales futuras. De esta manera, las experiencias de negligencias y abandono que sufren un gran porcentaje de pacientes con TLP explicarían sus conductas de ataque y negligencia en sus relaciones presentes.

### **1.6. El Apego y la Regulación Emocional**

La teoría del apego postula que el patrón de interacción y el lazo emocional creado entre el cuidador principal y el niño proporciona un soporte seguro sobre el que asientan estrategias de regulación emocional constructivas, de tal modo que diferentes formas de regulación emocional pueden predecirse por el apego vivido durante la infancia (Mikulincer y Shaver, 2012).

Siegel y Hartzell (2004) definieron tres aspectos del vínculo padre-hijo:

*Attunement*: este concepto hace referencia a la sintonía. El estado interno del padre está en sintonía con el del hijo.

*Balance*: este concepto se relaciona con la regulación. El niño equilibra y regula sus estados emocionales y mentales a través de la sintonía con su progenitor.

*Coherence*: este concepto hace referencia a la coherencia. Es decir, a la integración interna que el niño adquiere a través de la relación con su progenitor.

Es por esto por lo que la vivencia de diferentes tipos de adversidades durante la infancia, como separaciones o pérdidas traumáticas de figuras paternas, abusos físicos y sexuales, negligencias emocionales, bajo afecto o sobreprotección contribuyen al desarrollo de un comportamiento emocional asociado a una visión distorsionada de uno mismo y de los otros (Hooley y Wilson-Murphy, 2012).

Existen cuatro tipos de apego: seguro, ansioso/ambivalente, evitativo y desorganizado. Apegos evitativos tienden a sobrerregular las emociones, rechazando la expresión de emociones negativas. Apegos ansiosos y ambivalentes tienen en cambio una infrarregulación emocional y tienden a ser muy dependientes. Apegos desorganizados tienen problemas a la hora de gestionar y regular las emociones, tendiendo a un desbordamiento emocional negativo que impide la expresión de emociones positivas (Cassidy, 1994; Frankel et al., 2012).

Ante un evento estresante, si un niño recibe respuestas apáticas o irregulares por parte de los cuidadores, aprenderá a sobrellevar este estrés a través de métodos de afrontamiento inapropiados, dando lugar a un apego inseguro. En cambio, si los cuidadores muestran respuestas saludables al estrés, los niños aprenderán a buscar apoyo y formas adecuadas de afrontar el estrés, contribuyendo al desarrollo de un apego seguro. El trastorno límite de la personalidad está significativamente relacionado con estilos de apego desorganizados. (Lorenzini y Fonagy, 2013). Algunos estudios

(Agrawal et al., 2004; Barone et al., 2011) han demostrado que un 50-80% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad cumplen los criterios para al menos uno de estos estilos.

Los primeros años de vida son aceptados como el período más crítico del desarrollo psicológico. Bowlby (1997) postuló que las experiencias tempranas de apego tienen efectos duraderos que persisten a lo largo de la vida, y que suponen uno de los principales determinantes de la organización de la personalidad, tanto normal como psicopatológica.

### **1.7. Justificación**

El trastorno límite de la personalidad trata de un fenómeno con un polémico historial teórico y clínico a las espaldas, empezando por su propia denominación y continuando por su largo camino en la literatura experta y el abordaje psicoterapéutico, condicionado por la heterogeneidad en los enfoques de investigación, la sintomatología alternante, las dificultades de diagnóstico, la confusión y el estrés de los clínicos especializados, los reportes de progreso difícil de los pacientes y las controversias profesionales en torno al tratamiento. Las personas con TLP son individuos que presentan rasgos y síntomas compartidos con otra serie de trastornos, y que suelen llevar asociados un importante abanico de variedades diagnósticas en torno a ellos, siendo estos acompañados en ocasiones por una biografía de ingresos de urgencia, además de una alta demanda general de atención de consulta (Gálvez Herrero et al., 2010)..

A pesar de que en la actualidad resulta el trastorno de la personalidad más común entre la población, se ha considerado durante mucho tiempo uno de los síndromes más complicados de

diagnosticar categóricamente, así como sus pacientes, de los más desconcertantes e inmanejables dentro del mundo de la terapia.

Todo ello, sumado a la percepción expandida de la poca adherencia a los tratamientos, ha convertido el TLP en justo objeto de discusión, y al mismo tiempo, en una de las condiciones mentales que más necesidad exige de una valoración y aproximación integradoras.

Es la dificultad de comprensión del trastorno, el sufrimiento de los pacientes, la elevada prevalencia, las conductas suicidas y autodestructivas, el estigma social adherente, lo que exige seguir investigando este campo, para poder enfocarlo en lo que sí funciona, en aprovechar su potencial y sobre todo en mejorar la calidad de vida con la ayuda de una sociedad en la que se puedan sentir comprendidos.

El estudio del trastorno límite se justifica por la creciente relevancia sanitaria, asistencial y social de los trastornos de la personalidad y del comportamiento, asociada a un considerable aumento de su prevalencia entre los adolescentes y adultos jóvenes, provocando efectos negativos sobre la salud, tanto psicológica, como física y social.

El abordaje de este trastorno tiene, en muchas ocasiones, una perspectiva genérica desde la salud mental, insuficiente debido a la complejidad de este tipo de trastornos.

## **2. Identificación del Paciente y Motivo de consulta**

### **2.1. Motivo de Consulta**

El paciente acude a la Unidad de Personalidad de Sommos, Psiquiatría, Psicología y Salud Emocional debido a una serie de problemas de inestabilidad emocional y de comportamiento impulsivo.

### **2.2. Historia**

A, 20 Años, refiere haber sufrido maltrato físico por parte de su madre cuando era pequeño. Comenta haber sido culpado de manera recurrente durante la infancia. Las peleas en casa con la madre duran hasta los 15 años y es cuando decide apuntarse a Muay thai. El padre no parece haber intervenido en las peleas. Empieza a beber y consumir porros a los 13 años, durando esta última hasta los 16. Comienza con estudios en educación infantil, coincidiendo con la mudanza de la hermana y la relación tóxica con su novia. No dejó la carrera, pero actualmente no está yendo a clase. A. ha tenido 3 intentos de suicidio y presenta ideación suicida diaria.

El paciente presenta fobia al mundo interno, a las emociones. Siente mucho malestar y presenta un bloqueo importante a la hora de expresar emociones. Esta expresión le conecta con la culpa, ya que no quiere molestar al otro.

Presenta sentimientos de abandono e incapacidad. Tiene mucha ira que expresa hacia sí mismo o en peleas, llegando a ser ésta su manera de autolesionarse, es decir, busca que le hagan daño.

La principal dificultad que presenta es que hay una parte de él que siente que para ser visto tiene que estar enfermo, una parte de él que si mejora siente que se queda solo. Funciona como refuerzo social. Los padres le machacan, no refuerzan el papel de enfermo.

### ***2.2.1. Relación con la Familia***

A describe al padre como una persona fría, seria y trabajadora mientras que a la madre como controladora e inestable. Ésta parece metalizar poco, presentando una elevada desorganización a nivel emocional.

Tiene una hermana mayor, con la cual siempre hubo buen vínculo. Los problemas aparecieron a raíz de que ésta se fuera a vivir con la novia, lo que provocó en A. sentimientos de abandono. Actualmente tienen buena relación, en parte, porque ella decidió volver a casa.

### ***2.2.2. Relaciones sociales y afectivas***

En el ámbito de las relaciones sociales presenta pocos amigos con vinculación profunda. Se ha sentido siempre traicionado por sus amigos.

A. mantuvo una relación sentimental de los 18 a los 19 años y medio, en la que sufrió maltrato psicológico por parte de su pareja. La novia le invalidaba, le decía que no servía para nada y que era una persona débil, llegando a humillarle delante de sus amigas. Los padres le culpaban a él cuando comentaba la situación con su novia. Una vez termina esta relación, se vuelve muy paranoide, se siente excluido y no acogido por los demás. “Me siento un estorbo”. El paciente tiene

el sentimiento de que nunca le han querido mientras que él lo da todo por los demás. Hay una voz interna que de forma repetitiva le dice que no vale nada.

### ***2.2.3. Conductas Impulsivas***

Las conductas impulsivas del paciente se observan en las autolesiones, las agresiones hacia los demás, intentos de suicidio, consumo de alcohol y relaciones sexuales.

### ***2.2.4. Ingresos y Tratamientos Anteriores***

A. ha tenido 3 ingresos hospitalarios debido a las conductas impulsivas e intentos de suicidio. Refiere que los tratamientos obtenidos en el pasado no han funcionado, perdiendo la motivación y la esperanza en numerosos momentos. Los tratamientos pasados del paciente estaban basados en un único enfoque, cognitivo conductual, lo que nos lleva a concluir que no es suficiente para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.

## **3. Estrategias de Evaluación**

Para la evaluación del paciente se llevó a cabo una entrevista en la que se le ofreció una explicación inicial sobre ésta, la identificación de las conductas problema, los antecedentes, las consecuencias, así como sobre la intensidad, duración y frecuencia de las conductas. A través de esta información se seleccionaron los métodos de evaluación más adecuados. Forma parte de este



proceso solicitar el consentimiento informado, empezar a formar el vínculo y evaluar la efectividad de tratamientos anteriores. Todos los datos quedaron registrados en la historia clínica.

La temporalización de la evaluación diagnóstica duró dos sesiones y se vió conveniente realizar un estudio de personalidad para realizar un buen diagnóstico del caso. En el estudio de personalidad se aplicó una serie de pruebas para medir diferentes rasgos de personalidad y síntomas clínicos, entre los que se encuentran la entrevista estructurada para los trastornos de la personalidad (SCID-II; First et al., 1997), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV; Millon et al., 1994) y la entrevista estructurada Diagnostic Interview for Borderline (DIB; Zanarini, et al., 1989). La gravedad del trastorno se midió con la Escala Clínica Global (CGI; Perez et al., 2007), mientras que la cronicidad se evaluó con la Escala de Evaluación global de funcionamiento (EEAG; Hall, 1995), (López-Villatoro, J. M., 2019).

### **3.1. MCMI-IV**

El MCMI-IV (Millon et al., 1994) es un instrumento autoinformado que sirve para evaluar los rasgos relacionados con los trastornos de la personalidad y síndromes clínicos. Es uno de los más utilizados y evalúa los trastornos basados en el DSM-5 y en la CIE-10. Le respalda una sólida investigación empírica.

Se trata de un test breve, comprensible y con baremos españoles. Las escalas están fundamentadas en la teoría evolutiva de la personalidad del Dr. Theodore Millon, que sirven para explicar la estructura y dinámica de los estilos de personalidad. Se concibe la personalidad como el

estilo de funcionamiento adaptativo presente en una especie para relacionarse con su ambiente (Cardenal et al., 2007).

Cada conducta es descrita con tres niveles de funcionamiento de la personalidad (estilo normal, rasgos de personalidad anormal o poco común y trastorno clínico). Las facetas de Grossman adaptadas a la población española permiten interpretar puntuaciones elevadas en patrones clínicos y patologías graves de la personalidad (MCMI-IV; Millon et al., 1994). El informe que se obtiene del perfil muestra las puntuaciones de las 28 escalas en un gráfico fácil de interpretar.

### **3.2. DIB-R**

El Diagnostic Interview for Borderline (DIB; Zanarini et al., 1989) es una entrevista semi-estructurada compuesta por 125 ítems, puntuando cada uno de 0 a 2, que permite determinar el diagnóstico y la gravedad de pacientes con trastorno límite de personalidad (Barrachina et al., 2004).

Este inventario está basado en una orientación psicoanalítica para el TLP exclusivamente, permitiendo discriminar entre los trastornos de personalidad del eje II con los del eje I. Se evalúa el área cognitiva, afectiva, impulsiva, y de relaciones interpersonales. Para el diagnóstico del trastorno límite es necesario obtener una puntuación igual o mayor a 8.

### **3.3. SCID-II**

La SCID-II (First et al., 1997) es una entrevista clínica semiestructurada basada en la taxonomía psiquiátrica del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Es un instrumento de referencia para el diagnóstico del TLP por lo que se eligió esta entrevista para confirmar el diagnóstico. Contiene 15 ítems para el TLP (formato si/no) correspondientes a los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

### **3.4. CGI-BPD y EEAG**

La Escala Clínica Global para trastornos de la personalidad (CGI-BPD, Pérez et al., 2007) sirve para medir la severidad y los cambios en pacientes con TLP después de la intervención. Utiliza un único ítem en una escala de Likert de 8 valores, con rangos desde 0 (ausencia de enfermedad) a 7 (alta gravedad de la enfermedad), 0 (no evaluado) a 7 (mucho peor).

La American Psychiatric Association propone medir la afectación funcional del paciente con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG, Hall, 1995), extraída del DSM-IV-TR. Se mide el nivel de funcionamiento del paciente, incluyendo el funcionamiento psicológico, ocupacional-académico y social. Se puntúa en una escala de 1 a 100 (López-Villatoro, J. M., 2019).

### **3.5. Comportamiento durante la Evaluación**

El paciente se muestra colaborador, participativo y activo tanto en la entrevista como en la administración de los cuestionarios.

#### **4. Formulación Clínica del Caso**

A, hombre de 22 años, presenta un estado de ánimo bajo, baja autoestima e ira hacia sí mismo y hacia los demás. Refiere haber sufrido maltrato en la infancia por parte de su madre, traiciones por parte de sus amigos y relaciones afectivas con maltrato psicológico. Esto le lleva a tener grandes sentimientos de abandono y de incapacidad. Tiene conductas impulsivas tales como el consumo del alcohol el cual funciona como liberador de su agresividad, lo que le lleva a meterse en conflictos con terceras personas. El paciente parece buscar peleas no solo para descargar su ira interna, sino para que le hagan daño. Es su manera de autolesionarse. Las conductas impulsivas pueden verse también reflejadas en su impulsividad sexual.

La relación conflictiva con los padres durante la infancia, los problemas de apego, las traiciones y abandono de sus amigos, así como el maltrato psicológico sufrido por su expareja, se relacionan con el inicio de sus rasgos patológicos de la personalidad, que fundamentan la base de su personalidad, con la consiguiente aparición de síntomas ansioso-depresivos, abuso de alcohol, deterioro en las relaciones y funcionamiento.

- Hipótesis de origen:

Dada la información recogida de las descripciones proporcionadas por el paciente, se identifican como detonantes los episodios de agresión física con la madre en la infancia y la relación fría con el padre, es decir, los problemas de apego.

Un activador del problema ha sido la relación conflictiva con su expareja, ya que, le invalidaba y ridiculizaba de manera constante. Igualmente, los problemas en las relaciones interpersonales activan el malestar y sentimiento de abandono. Otro activador parece haber sido la ruptura de la relación con su hermana, con la cual tenía un fuerte vínculo.

Es importante destacar en este apartado el modelo de vulnerabilidad-estrés de Linehan para explicar las conductas problema del paciente. La vulnerabilidad emocional se pone de manifiesto en un ambiente que no reconoce ni acepta la vulnerabilidad del sujeto. Esto interfiere en el aprendizaje de la regulación de emociones negativas, por lo que el resultado es la desregulación emocional. A. refiere que sus padres no han prestado atención, respeto y comprensión ante sus emociones.

- Hipótesis moduladoras:

Relaciones sociales, relaciones afectivas, atención recibida por estar enfermo.

#### **4.1. Conducta Problema**

Inestabilidad afectiva, conductas impulsivas, relaciones interpersonales inestables, episodios disociativos.

Las conductas impulsivas propias del paciente son observadas en el alto consumo de alcohol, conducta sexual y agresividad.

La inestabilidad emocional se ve expresada como tristeza, auto-imagen devaluada, sentimientos de culpa y de soledad.

La disociación presentada en el paciente es de tipo estructural secundario, es decir, el efecto ha sido más intenso sobre la estructura de la personalidad, debido al evento traumático prolongado (Van der Hart, 2006). Las más problemáticas son por un lado una autodestructiva, una relacionada con el suicidio y otra relacionada con la soledad y victimización.

#### **4.2. Antecedentes**

- Antecedentes de inestabilidad emocional: Experiencias negativas pasadas como las atribuciones de culpa por parte de sus padres, sentimientos de rechazo por parte de la madre y las traiciones de amistades y parejas.
- Antecedentes de conductas impulsivas: Rumiaciones, recuerdos, sentimientos de culpa, miedo a conectar con emociones.
- Antecedentes de relaciones interpersonales inestables: Experiencias pasadas de traición.
- Antecedentes de las partes disociativas: la disociación está relacionada con el trauma de apego, es decir, con las experiencias vividas en relación con la frialdad, críticas y poca flexibilidad.

#### **4.3. Consecuencias**

Evitación y atención de los demás.

#### **4.4. Resultados de la Evaluación**

##### ***4.4.1. Resultados SCID-II***

Los resultados de la SCID-II reflejan cómo el paciente muestra un trastorno límite de la personalidad como diagnóstico primario, de acuerdo con los criterios del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

##### ***4.4.2. Resultados MCMI-IV***

Respecto a los rasgos de personalidad, en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV) el paciente obtiene altas puntuaciones para los rasgos melancólicos, dependientes y límites de la personalidad.

Las personas con una elevada puntuación en rasgos melancólicos de la personalidad suelen mostrar una autoimagen inútil y cogniciones de fatalismo.

Aquellas personas con alta puntuación en los rasgos dependientes de la personalidad tienden a tener dificultades para tomar decisiones sin el apoyo de los demás.

Por último, las personas con elevada puntuación en rasgos límite de la personalidad tienden a mostrar emociones más inestables así como dificultades en sus relaciones con los demás.

#### ***4.4.3. Resultados DIB-R***

En el Diagnostic Interview For Borderline (DIB) aparecen puntuaciones significativas para un trastorno límite de personalidad. El paciente obtiene una puntuación total de 8. A partir de la puntuación de 8 podemos estar hablando de puntuaciones indicadores del trastorno.

El paciente obtiene altas puntuaciones en el área de la afectividad, en el de las conductas impulsivas y en el de las relaciones interpersonales.

#### ***4.4.4. Resultados CGI-BPD y EEAG***

CGI-BPD: El paciente obtiene una puntuación total de 5, por lo que estaríamos hablando de alta gravedad de enfermedad (rangos desde 1 a 7).

EEAG: A obtiene una puntuación total de 60 en un rango de 1 a 100. Este resultado es interpretado como una disfuncionalidad prominente en el funcionamiento psicológico, social y ocupacional-académico.

### **4.5. Objetivos**

#### ***4.5.1. Objetivo General:***

1. Correcta regulación emocional.
2. Desarrollo de la identidad propia.

Estos objetivos llevarían como consiguiente a presentar cierta funcionalidad y a la existencia de una buena adaptación sociolaboral.



#### ***4.5.2. Objetivos Específicos:***

1. Trabajar vínculo terapeuta-paciente
2. Establecimiento entorno seguro (suicidio)
3. Trabajar la regulación emocional
4. Control de impulsos. Reducción consumo de alcohol y agresiones
5. Trabajar identidad
6. Desarrollo vocacional
7. Fomento de la autonomía
8. Activación conductual progresiva

### **5. Tratamiento**

Propuesta de intervención: hospital de día durante 1 año y medio con sesión semanal de psicoterapia individual. Se vio necesario añadir tratamiento psicofarmacológico para conseguir una mínima estabilización emocional y conductual, necesarias para la correcta realización del tratamiento psicoterapéutico

## 5.1. Hospital de Día

Normalmente, los centros y hospitales de día para trastornos como el TLP, suelen recurrir a mecanismos como la contención conductual con altos niveles de control. En el centro SOMMOS, la estrategia es bastante más flexible, permitiendo a los pacientes aprender a manejar ciertas situaciones. No obstante, tienen que seguir las normas del centro, tales como la puntualidad, la asistencia obligatoria a todas las terapias, la participación y el respeto por sus compañeros y profesionales.

**Tabla 1.**

*Horario hospital de día*

<b>Hora</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>
12:00-14:00	Terapia escrita, TDC	Terapia aceptación y compromiso	Trabajo neuro-psicológico (1h) Habilidades sociales (1h)
14:00-15:00	Comedor terapéutico	Comedor terapéutico	Comedor terapéutico
15:30-17:30	Mindfulness	Mentalización	Terapia ocupacional

Fuente: elaboración propia.

### *5.1.1. Terapia Escrita y TDC*

*Objetivos: Identificación del problema y regulación emocional.*

Desarrollo de la sesión:

Se pregunta a cada miembro del grupo por su estado anímico y se anima a compartir experiencias y situaciones ocurridas a lo largo del fin de semana, para poder abordarlas tanto con el apoyo del grupo como el del terapeuta.

Cada martes se escribe sobre un tema diferente, en el que tienen que profundizar, analizar situaciones y a ellos mismos. Por ejemplo, el trabajo sobre el sentimiento de culpa contiene el ejercicio de análisis sobre “qué es la culpa, cómo me afecta, cómo lo gestiono..”. Una vez terminado, cada paciente lee su escrito y se analiza a nivel grupal, sacando conclusiones y trabajando nuevas estrategias para abordar el problema.

### ***5.1.2. Mindfulness***

*Objetivos: Regulación de la atención, conciencia, actitud, aceptación.*

Algunos autores proponen que la falta de mindfulness en el tratamiento del trastorno límite está asociada a cierta sintomatología del trastorno, como por ejemplo, las dificultades en la regulación emocional (Wupperman et al., 2008). En estas sesiones se realizan actividades como la meditación sentada, el escaneo corporal, el entrenamiento en ausencia de juicios o la apertura a la experiencia. Se pretende aumentar la frecuencia y duración de los momentos de conciencia del presente.

### ***5.1.3. Terapia Aceptación y Compromiso***

*Objetivos: Trabajar los aspectos centrales de la ACT como el concepto de evitación experiencial y los valores personales.*

Desarrollo de la sesión:

Los pacientes aprenden a realizar un análisis funcional, determinando cuales son los valores de la persona y el compromiso que tienen con ellos para poder fijar nuevos objetivos terapéuticos. Además, se trabajan aspectos como la flexibilidad psicológica para conectar con el momento presente y poder dirigirse hacia los valores deseados, la aceptación, la defusión cognitiva, y la acción comprometida.

### ***5.1.4. Grupo de Mentalización***

*Objetivos: Percibir e interpretar la estrecha relación entre los estados mentales intencionales y la conducta.*

"Mentalizar" puede definirse como la capacidad para "percibir e interpretar la conducta como estrechamente relacionada con estados mentales intencionales", y se basa en el supuesto de que nuestros estados mentales influyen en nuestra conducta (Bateman y Fonagy, 2006).

Desarrollo de la sesión:

A través del diálogo con el terapeuta, se pretende mejorar la representación de uno mismo, mejorar la representación simbólica del mundo y mejorar el vínculo. En la mentalización todo es

subjetivo, pero nada es un juicio. Las sesiones se trabajan hablando desde el sentimiento y no desde la descripción del relato. El objetivo es mentalizar su mente y metalizar la mente del otro.

### ***5.1.5. Neuropsicología***

*Objetivos: Trabajar funciones ejecutivas, atención y memoria.*

Desarrollo de la sesión:

Durante esta hora se trabajan aspectos neuropsicológicos a través de diferentes tests, pruebas y técnicas para conseguir mayor estimulación cognitiva. Por ejemplo, ejercicios de fluidez verbal, flexibilidad cognitiva, atención y memoria, memoria de trabajo, planificación..

Diferentes estudios han puesto de manifiesto ciertas alteraciones en la corteza prefrontal, en concreto la orbitomedial, en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Se trata de alteraciones en los circuitos neuronales relacionados con la impulsividad, la mediación de respuestas y el comportamiento agresivo (Fuster, 1989, 1999; Weinberger, 1993; Damasio, 1996).

### ***5.1.6. Habilidades Sociales***

*Objetivos: Mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relaciones (Segrin,2009).*

Desarrollo de la sesión:

Se enseñan técnicas y estrategias que ayudan al paciente a tolerar, a cambiar respuestas emocionales exageradas y a resolver problemas sociales. Un déficit en estas habilidades supone numerosos problemas emocionales y de desadaptación. Se trabajan aspectos como el aislamiento social y las dificultades para establecer relaciones íntimas. El entrenamiento en habilidades sociales tiene como objetivo reducir la ansiedad, la modificación cognitiva (creencias, pensamientos automáticos, etc.), el entrenamiento en resolución de problemas y el entrenamiento en conductas sociales específicas que pasan a formar parte del repertorio conductual del sujeto. Estas habilidades se ponen en práctica a través del Role-Playing realizado en las sesiones grupales.

#### ***5.1.7. Terapia Ocupacional***

*Objetivos: Actividad y relaciones sociales*

Desarrollo de la sesión:

Los pacientes viven y se enriquecen de diferentes experiencias en grupo. Se realizan talleres manuales, salidas a museos y terapias alternativas tales como la arteterapia, equinoterapia o la musicoterapia. Se trabaja el desarrollo vocacional, el estímulo de recursos y la búsqueda de roles.

#### ***5.1.8. Comedor Terapéutico***

Varios de los pacientes que están en el hospital de día sufren un trastorno de la conducta alimentaria comórbido al TLP. El comedor tiene como función establecer una relación sana con la comida, además de servir como espacio para interactuar con otros compañeros.

## **5.2. Temporalización**

La temporalización del tratamiento para nuestro paciente será de aproximadamente año y medio. Las sesiones tendrán una periodicidad de una por semana con una duración de 1 hora. Al tratamiento individual se le añaden las sesiones del hospital de día, que engloban las 13 horas semanales.

## **5.3. Fases del Tratamiento**

Las diferentes fases del tratamiento contienen aspectos como el afrontamiento de conductas que repercuten 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 problemas de la vida diaria y entrenar al paciente para poder disfrutar de sus experiencias personales.

El programa se desarrolla en tres fases, que pueden ser vistas en la siguiente tabla (tabla 2).

### **Tabla 2.**

*Fases del tratamiento*

FASES	FASE 1: Pretratamiento (1-6 sesiones)	FASE 2: Tratamiento	FASE 3: Postratamiento
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Límites de la terapia que guían y estructuran el programa, encuadre terapéutico.</li> <li>• Vínculo terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato grupal e individual.</li> <li>• Defensas, control de impulsos, autoestima, relaciones interpersonales, desarrollo identidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento logros</li> <li>• Prevención recaídas</li> </ul>



<b>FASES</b>	<b>FASE 1: Pretratamiento (1-6 sesiones)</b>	<b>FASE 2: Tratamiento</b>	<b>FASE 3: Postratamiento</b>
<b>Técnicas</b>	Evaluación psicológica específica, especificación de objetivos.	Psicoeducación, HH regulación emocional, reestructuración cognitiva, tolerancia al malestar, resolución en problemas, IFS, EMDR.	Grupos de auto-ayuda Seguimiento

Fuente: elaboración propia.

## **5.4. Descripción Detallada de las Sesiones**

### **5.4.1 FASE 1: Pretratamiento (Sesión número 1- Sesión número 6)**

*Objetivos: Evaluación psicológica específica del paciente, encuadre terapéutico, vínculo terapéutico, especificación de objetivos.*

Dentro de esta fase se trabaja por un lado la orientación del paciente hacia la terapia, donde se le da una visión general de lo que será el programa de tratamiento y la importancia que tiene. Por otro lado, se establece una óptima relación terapéutica y se fijan las metas y compromisos para el adecuado funcionamiento del tratamiento. Cabe destacar la modalidad de tratamiento telefónica, la cual está recomendada para este tipo de pacientes para llamar antes de cometer conductas impulsivas, tales como autolesiones o intentos de suicidio.

El proceso de evaluación no termina tras la primera exploración, sino que continúa a lo largo de todo el tratamiento. Posterior a esta obtención de información se continúa con una evaluación específica, es decir, tras la primera idea general que nos hemos hecho del problema del paciente, se siguen explorando todos aquellos aspectos necesarios para obtener la información lo más detallada posible y para hacer un buen diagnóstico diferencial. Es muy importante ir trabajando el vínculo terapéutico, la motivación y establecer un clima en el que A. se sienta relajado y seguro.

En esta fase se le devuelve al paciente la información obtenida tras la primera evaluación general, es decir, de los resultados de los inventarios. Además, se van especificando los primeros objetivos del tratamiento.

El ambiente fue estructurado para reforzar las conductas más efectivas, como por ejemplo acordando evitar contextos que promueven el consumo de alcohol.

#### **5.4.2. FASE 2: Tratamiento (Sesión número 6 - Sesión número 20)**

Dada la complejidad del caso, el tratamiento del paciente se divide en 5 partes para trabajar de manera organizada y detallada todos los aspectos necesarios.

- **PARTE 1:**

*Objetivos: Psicoeducación del trastorno, trabajo de defensas, habilidades de regulación emocional y reestructuración cognitiva.*

La psicoeducación es una aproximación terapéutica en la cual se proporciona al sujeto información acerca del trastorno para mejorar los conocimientos sobre su enfermedad, mejorar la actitud y el comportamiento frente a ella, y aumentar su estado de salud y calidad de vida (Godoy et al., 2020). Con nuestro paciente fue de suma importancia trabajar las emociones y los problemas relacionados con la evitación conductual y emocional, así como la importancia de las habilidades personales/sociales y de la intervención familiar.

Trabajo de defensas:

El autor Otto Kernberg (1975, 1984) considera este aspecto como punto clave para el diagnóstico e intervención de los pacientes. Para él, defensas como la negación, devaluación, omnipotencia e idealización protegen al paciente del conflicto interno y acaban reduciendo su capacidad de adaptación y flexibilidad. Nuestro paciente muestra diferentes defensas internas y una importante fobia a la conexión con este mundo interno. Ocurre que cuando empieza A a conectar con emociones se disocia y a menudo pide terminar la sesión.

Para la regulación emocional se llevó a cabo un trabajo con el paciente para identificar y etiquetar las emociones. Se trata de un entrenamiento en la descripción de éstas, así como del análisis del contexto en el que aparecen. Además fue importante la identificación de obstáculos que reforzaban las emociones desadaptativas. Al paciente se le mandó hacer un auto-registro fuera de terapia en el que tuvo que apuntar los siguientes puntos:

**Tabla 3.**

*Autorregistro*

<b>Evento</b>	<b>Interpretación</b>	<b>Experiencia física</b>	<b>Conductas</b>	<b>Efectos secundarios</b>
Evento que provoca la emoción	Interpretación del evento que provocó la emoción	Rabia, ira, ganas de agredir físicamente..	Conductas que expresan la emoción (insultos, gritos)	Efectos en otras áreas del funcionamiento (autolesiones, no relacionarse..)

Fuente: elaboración propia.

La reestructuración cognitiva, de acuerdo con las teorías cognitivas de Aaron T. Beck y Albert Ellis, fue necesaria para discutir sobre los pensamientos automáticos negativos que aparecen en

situaciones que provocan perturbación emocional. Se utilizaron las siguientes técnicas para cuestionar su sistema de creencias; flecha descendente, diálogo socrático Sócrates (470-399 a. C.), y enjuiciar los pensamientos.

• *PARTE 2: Objetivos: Habilidades de tolerancia al malestar y control de impulsos en contexto interpersonal. Trabajar estrategias de evitación.*

A través del trabajo del control emocional se trabajó el control de impulsos, que en el caso de nuestro paciente está también relacionado con un déficit en las habilidades de eficacia interpersonal. Tiene dificultades para regular sus emociones en contextos interpersonales, en los cuales a menudo actúa entrando en confrontaciones. En estas sesiones se enseñaron habilidades específicas en resolución de problemas sociales y en asertividad.

En esta parte del programa se trabajó la tolerancia al malestar y a las situaciones difíciles, aprendiendo estrategias de distracción, el acceso a estímulos positivos, a mejorar el momento y a analizar las ventajas e inconvenientes de la situación. Además, se introdujeron aspectos del entrenamiento en la práctica contemplativa y Zen, propios de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC). Dentro de éstos se encuentran el trabajo en habilidades de atención o *mindfulness*. Las habilidades de *mindfulness* se dividen en habilidades qué y habilidades cómo. La primera hace referencia a la observación de los hechos o emociones sin luchar contra ellas, la descripción de estos hechos y sus respuestas con palabras y por último la participación en actividades activando una conducta espontánea. Por otro lado, encontramos las habilidades cómo, que consisten en no juzgar,

centrarse en una sola cosa en cada momento y en la efectividad (hacer lo necesario en cada momento particular).

Dentro de esta parte del tratamiento trabajamos con la terapia IFS, *Internal Family Systems Model* de Richard C. Schwartz. Ésta se realiza a través de la mente del paciente, no forzando a eliminarla o luchando contra ella, sino fomentando la armonía interna para que la mente vuelva a su equilibrio. Para poder trabajar las partes heridas primero se accedió al Ser central. Es necesario trabajar las tres clases generales de partes de la mente, exiliado, gerentes, bomberos, (Scott, Derek (2012)), y las relaciones entre las partes, protección, polarización y alianza (Carlisle, Robert M. (2015)).

A través del trabajo anterior de tolerancia al malestar y aprendiendo a manejar la ansiedad, pasamos a reflexionar y trabajar sobre las estrategias de evitación. Se utilizaron algunas metáforas como, por ejemplo, la metáfora del tigre hambriento.

Se profundizó en aquellos esquemas que derivan en las actitudes disfuncionales del paciente, es decir, el miedo al rechazo, la autocrítica, supuestos subyacentes sobre las relaciones, evaluación incorrecta de las reacciones de los demás, evitación cognitiva, conductual y emocional, excusas y racionalizaciones (Beck A., 1995).

- PARTE 3:

Una vez trabajadas las defensas, el control de impulsos y la tolerancia al malestar, se pasará a trabajar el trauma con la siguiente intervención:

Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos oculares (EMDR)

La terapia de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos oculares (EMDR), fue descubierta por la psicóloga norteamericana Shapiro (1987), quien observó que los movimientos oculares podían reducir la intensidad de los pensamientos perturbadores. Se utiliza la estimulación bilateral visual, auditiva o kinestésica. A través de esta estimulación se procesan recuerdos traumáticos o se desensibilizan emociones y sensaciones negativas.

Se trata de un tratamiento con base empírica para adultos con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), respaldado por numerosos ensayos controlados y al menos cuatro meta-análisis de ensayos clínicos. (Beer, R.).

Para nuestro paciente se ve necesario realizar EMDR para procesar los traumas infantiles, sobre todo aquellos relacionados con la madre.

- PARTE 4:

Reconstrucción subjetiva y desarrollo de la identidad

En esta parte del tratamiento se trabajará la vivencia subjetiva, remontando los impedimentos cognitivos, afectivos y relacionales que impiden el desarrollo de la voluntad. El objetivo primario es conseguir que el paciente se sienta dueño de sus acciones. Dentro de los objetivos secundarios encontraríamos la mejora de la identidad, mejorar el sentimiento de vacío y mejorar los síntomas impulsivos/compulsivos. La base conceptual es entender el sujeto como depositario del sentimiento y dueño de la acción, y el objeto como medible, afectado por la acción del sujeto. La metodología se basa en el manejo de la transferencia, la terapia basada en la mentalización, la terapia

psicodinámica, terapia de esquemas, logoterapia y terapia reflexiva-existencial. El sujeto pasa a desear, despreciar, planificar, sacrificar y actuar. Se contiene, mentaliza su mente y metaliza la mente del otro.

- PARTE 5:

Planificación de actividades y autonomía

Una vez trabajado el desarrollo de la identidad se podrá pasar a la planificación de actividades y autonomía del sujeto, terminando por conseguir nuestro objetivo general, la adaptación al medio socio-laboral y mejorar su calidad de vida.

**5.4.3. FASE 3: *Postratamiento***

Esta fase incluye además de un establecimiento y consecución de objetivos la prevención de recaídas y un seguimiento constante. Además, existe la posibilidad de participar en grupos para ayudar a reducir la probabilidad de crisis. Grupos de auto-ayuda, Mantenimiento logros, Prevención recaídas



## **5.5. Tratamiento Psicofarmacológico**

El tratamiento psicofarmacológico es fundamental en el caso de nuestro paciente, ya que, ayuda a conseguir la estabilidad emocional y como consecuencia el control de conductas. Además, sirve para conseguir mayor adherencia al tratamiento, debido a la reducción del malestar.

A. toma los siguientes fármacos:

1. Cymbaltia 60 mg
2. Rivotril 5 mg
3. Zyprexa 10 mg
4. Trazodona 100 mg
5. Solian 200 mg

## **5.6. Recursos Clínicos**

Dialéctica entre cambio y aceptación. Se utilizan estrategias dialécticas y nucleares como la validación. Consiste en buscar los elementos que intervienen en las respuestas desadaptativas del paciente para validarlas y comprenderlas. Una vez validadas puede trabajarse la modificación de conducta. Por otro lado, nos encontramos con las estrategias estilísticas que son lo estilos comunicativos apropiados para la terapia, las estrategias de gestión de casos que ayudan a interactuar con la red social del paciente y las integradoras, centradas en el manejo de las situaciones más problemáticas como es el caso de las conductas suicidas.

## **6. Valoración del Tratamiento**

A pesar de la falta de una descripción completa del tratamiento en este trabajo, ya que, todavía no ha sido finalizado, podemos observar ciertos cambios en el paciente.

Debido a que el tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad conlleva mucho tiempo, no se han realizado comparaciones de medidas pre-post tratamiento. Una vez esté terminado, se volverá a pasar la Escala Clínica Global para trastornos de la personalidad (CGI-BPD, Perez et al., 2007) y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG, Hall, 1995).

### **6.1. Efectividad de la Intervención**

A. participa y muestra interés tanto en la terapia individual como en la grupal. La intervención llevada a cabo hasta el momento ha tenido un efecto, aunque no muy alto, en el estado de ánimo, en la regulación de la ira y en la activación conductual. Como posible explicación encontramos la incorporación en el hospital de día, ya que, además de trabajar los aspectos terapéuticos previamente mencionados, esto le obliga a salir de casa y a formar vínculos con otras personas. El paciente antes de acudir a tratamiento pasaba la mayor parte del tiempo encerrado en su cuarto y aunque a pesar de faltar a algunas sesiones, se ha activado conductualmente de manera significativa.

A través del trabajo en la regulación emocional y autocontrol, el paciente ha aprendido a identificar los estímulos que precipitan sus conductas agresivas con su familia, por lo que ha adquirido cierto control para poder frenar éstas a tiempo. Cabe mencionar que el consumo de alcohol no se ha visto reducido, afectando al control de la ira con terceras personas.

En los grupos se observa al paciente cómodo, dispuesto a compartir experiencias y miedos, y con buena vinculación con los compañeros.

## **6.2. Objetivos Trabajados con Mayor Dificultad**

En el tratamiento hemos observado problemas relacionados con sus conductas arraigadas de evitación conductual y emocional.

Debido a la fobia interna presentada por el paciente para conectar con las emociones, éste presenta dificultad cuando la terapia llega al punto álgido de introspección. Al ser consciente de ello, esto nos permite y facilita trabajar en mayor profundidad.

Como bien se ha mencionado anteriormente, el consumo de alcohol no se ha visto reducido de manera significativa, por lo que fuera del hospital de día se sigue involucrando en peleas físicas. Esta es una de sus maneras para gestionar el dolor interno, la cual describe como manera de autolesionarse.

Aunque si es verdad que A. hace grandes esfuerzos por acudir a terapia, todavía no se ha conseguido una adherencia total al tratamiento, por lo que se convierte en uno de los objetivos principales y más importantes a trabajar con este paciente.

## **7. Discusión y Conclusiones**

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una patología enmarcada dentro de las enfermedades de salud mental, y, concretamente, dentro de las afecciones denominadas como trastornos de la personalidad. Se trata de un fenómeno con un polémico historial teórico y clínico a las espaldas, empezando por su propia denominación y continuando por su largo y enrevesado camino en la literatura y el abordaje psicoterapéutico, itinerario condicionado por la heterogeneidad en los enfoques de investigación, la sintomatología alternante, las dificultades de diagnóstico, la confusión y el estrés de los clínicos especializados, los reportes de progreso difícil de los pacientes y las controversias profesionales en torno al tratamiento. Debido a todas estas limitaciones, se ha escogido un caso clínico con TLP para el desarrollo del trabajo, ya que, se trata de un maravilloso reto, el alcanzar a entender su complejidad y ayudar a aquellos que lo padecen. Autores como Paris (2004) y Zanarini (2005), defienden que el trastorno límite de la personalidad se trata de un trastorno de evolución lenta y que su sintomatología se vuelve menos severa a lo largo de los años, descartando así la idea de que sea un trastorno crónico y por tanto, sin mejora sintomatológica.

El presente trabajo pretende favorecer la comprensión del trastorno límite de la personalidad con la ayuda del estudio de un caso clínico. Se realizó una evaluación exhaustiva del caso, y se analizaron los factores predisponentes y precipitantes del paciente, llevándonos a establecer un diagnóstico y plan de tratamiento. El paciente presenta inestabilidad afectiva, conductas impulsivas, relaciones interpersonales inestables y episodios disociativos. Las conductas impulsivas propias del paciente son observadas en el alto consumo de alcohol, conducta sexual y agresividad, mientras que

la inestabilidad emocional se ve expresada como tristeza, auto-imagen devaluada, sentimientos de culpa y de soledad. Las partes disociativas son entendidas como defensas del paciente, apareciendo de manera autodestructiva, una relacionada con el suicidio y otra relacionada con la soledad y victimización.

La relación conflictiva con los padres durante la infancia, los problemas de apego, las traiciones y abandono de sus amigos, así como el maltrato psicológico sufrido por su expareja, supusieron una exacerbación de sus rasgos patológicos de la personalidad, con la consiguiente aparición de síntomas ansioso-depresivos, abuso de alcohol, deterioro en las relaciones y funcionamiento.

Para trabajar con el paciente se utilizaron en una primera parte del tratamiento herramientas como la psicoeducación del trastorno, habilidades de regulación emocional y reestructuración cognitiva. Cabe destacar la incorporación de la validación de las experiencias emocionales, propuesta por Marsha Linehan y las técnicas de la terapia IFS, *Internal Family Systems Model* de Richard de C. Schwartz. El tratamiento individual fue acompañado del ingreso en el hospital de día del centro SOMMOS.

A pesar de la falta de una descripción completa del tratamiento en este trabajo, ya que, todavía no ha sido finalizado, podemos observar ciertos cambios en el paciente. Éstos son; Pequeños cambios en el estado de ánimo, en la regulación de la ira y en la activación conductual. Ha aprendido a identificar los estímulos que precipitan sus conductas agresivas con su familia, por lo que presenta

cierto control para poder frenarlas a tiempo. En los grupos se observa al paciente cómodo, dispuesto a compartir experiencias y miedos, y con buena vinculación con los compañeros.

Actualmente, se siguen observando problemas relacionados con sus conductas arraigadas de evitación conductual y emocional, como es el consumo de alcohol, afectando al control de la ira con terceras personas. Debido a la fobia interna presentada por el paciente para conectar con las emociones, éste sigue presentando dificultad cuando la terapia llega al punto álgido de introspección.

A. sigue en tratamiento, quedando un largo trabajo por delante. Estamos centrados en trabajar sus conductas de evitación y la adherencia al tratamiento. Posteriormente, se verán incorporados el tratamiento EMDR, el trabajo de reconstrucción subjetiva para el desarrollo de la identidad y por último la planificación de actividades y desarrollo de la autonomía.

Una vez se finalice el tratamiento, éste deberá ser valorado a través de las comparaciones de medidas pre-post tratamiento. Se volverá a pasar la Escala Clínica Global para trastornos de la personalidad (CGI-BPD, Perez et al., 2007) y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG, Hall, 1995). En esta última fase de la intervención, se incluye el establecimiento y consecución de objetivos, la prevención de recaídas y un seguimiento constante. Además, existe la posibilidad de participar en grupos para ayudar a reducir la probabilidad de crisis, sintiendo apoyo por parte de sus compañeros.

## 8. Referencias Bibliográficas

- Amin, F., Silverman, J. M., Siever, L. J., Smith, C. J., Knott, P. J., & Davis, K. L. (1999). Genetic antecedents of dopamine dysfunction in schizophrenia. *Biological psychiatry*, 45(9), 1143-1150.
- Andión, Ó., Ferrer, M., Di Genova, A., Calvo, N., Gancedo, B., Matalí, J., ... & Casas, M. (2012). The SCID-II and DIB-R interviews: Diagnostic association with poor outcome risk factors in Borderline Personality Disorder. *Psicothema*, 24(4), 523-528.
- Apfelbaum, S., & Gagliosi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex*, 15(58), 295-302.

- Arias, R. R., Ruiz, Á. R., & Lena Alonso, V. G. D. (2016). Mooring and anchoring. In *Floating Offshore Wind Farms* (pp. 89-119). Springer, Cham.
- Association, American Psychiatric. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Barrera, A. M. P., Navarrete, J. J. C., Flores, M. J. R., Uribe, M. P. O., & Solís, F. O. (2008). Evaluación de las funciones ejecutivas, inteligencia e impulsividad en mujeres con trastorno límite de la personalidad (TLP). *Revista colombiana de psicología*, (17), 105-114.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment.
- Baus, N., Fischer-Kern, M., Naderer, A., Klein, J., Doering, S., Pastner, B., ... & Kapusta, N. D. (2014). Personality organization in borderline patients with a history of suicide attempts. *Psychiatry research*, 218(1-2), 129-133.
- Cailhol, L., Gicquel, L., & Raynaud, J. (2018). Trastorno de Personalidad Límite en adolescentes. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*, 1-19.
- Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y salud*, 18(3), 305-324.
- Carpenter, L. L., Tyrka, A. R., Ross, N. S., Khoury, L., Anderson, G. M., & Price, L. H. (2009). Effect of childhood emotional abuse and age on cortisol responsivity in adulthood. *Biological psychiatry*, 66(1), 69-75.



- Cervera, G. (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Ed. Médica Panamericana.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. John Wiley & Sons Inc.
- Coid, J., Yang, M. I. N., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British journal of psychiatry*, 188(5), 423-431.
- Cooper, J. (2001). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn, text revision)(DSM-IV-TR) Washington, DC: American Psychiatric Association 2000. 943 pp.£ 39.99 (hb). ISBN 0 89042 025 4. *The British Journal of Psychiatry*, 179(1), 85-85.
- Corchero, M., Balés, C., Oliva, C., & Sola, C. P. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (103), 8.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495.

- De Aguiar, S. T., Santelices, M. P., & Pérez, J. C. (2009). Apego, sensibilidad paterna y patrón de interacción del padre con su primer bebé. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 51-58.
- de la Guía, G. D. T. (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad.
- de la Vega, I., & Quintero, S. S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-55.
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing–externalizing structure of common mental disorders. *Psychological medicine*, 41(5), 1041-1050.
- Elices, M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 1(3), 132-152.
- Feliu Soler, A. (2014). *Caracterización del Trastorno Límite de la Personalidad y efectos del entrenamiento en mindfulness*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Fertuck, E. A., Makhija, N., & Stanley, B. (2007). The nature of suicidality in borderline personality disorder. *Primary Psychiatry*.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335.

- Gálvez Herrer, Macarena, Mingote Adán, José Carlos, & Moreno Jiménez, Bernardo. (2010). El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(220), 226-247.
- García Bernardo, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP). *Clínica y Salud*, 18(3), 347-361.
- Gómez, E. (2007). Terapia dialéctica conductual. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 70(1-4), 63-70.
- González Vives, S., Díaz-Marsá, M., Fuentenebro, F., López-Ibor Aliño, J. J., & Carrasco, J. L. (2006). Revisión histórica del concepto de trastorno limítrofe de la personalidad (borderline). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(5).
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Borderline personality disorder. *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*, 198-220.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-20.
- Guy, W. B. R. R. (1976). CGI. Clinical global impressions. *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*.
- Holgado, M. R., Noain, M. D., Falces, A. F., & Martín, P. C. (2020). Trastorno límite de la personalidad: a propósito de un caso. *Revista de enfermería y salud mental*, (16), 31-35.

- Jayaro, C., De La Vega, I., Bayon-Palomino, C., Díaz-Marsá, M., Montes, A., Tajima, K., ... & Carrasco, J. L. (2011). Depressive-type emotional response pattern in impulsive-aggressive patients with borderline personality disorder. *Journal of affective disorders*, *135*(1-3), 37-42.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American psychoanalytic Association*, *15*(3), 641-685.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., ... & Siever, L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159*(5), 784-788.
- Lanza Castelli, G. (2009). Mentalización y expresión de los afectos: un aporte a la propuesta de Peter Fonagy.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, *62*(6), 553-564.
- Lieb, R. (2015). Epidemiological perspectives on comorbidity between substance use disorders and other mental disorders. In *Co-occurring addictive and psychiatric disorders* (pp. 3-12). Springer, Berlin, Heidelberg.

- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Linehan, M. M., & Kehrer, C. A. (1993). Borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic, 51*, 261-276.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical psychology & psychotherapy, 18*(1), 75-79.
- López Pell, A. F., Rondón, J. M., Cellerino, C., & Alfano, S. M. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los Trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Theodore Millon. *Ciencias Psicológicas, 4*(2), 239-271.
- López Villatoro, J. M. (2020). Comportamiento psicopático en el trastorno límite de la personalidad: relación con la disfunción neurocognitiva. *Ene, 10*, 11.
- Millon, T., & Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Masson.
- Millon, T., Grossman, S., & Millon, C. (2015). *Mcmi-Iv*. Bloomington: Pearson.
- Mirapeix, C., Urízar-Aldaca, M., Landin, S., & Nieto, A. (2006). Tratamiento multicomponente, de orientación cognitivo analítica del TLP. *Revista Electrónica Psiquiatría. com [Internet]*, 10(1), 1-19.

- Montero Fernández, C., Pol Rodríguez, J., Esquer Terrazas, I., & Mañanes Barral, V. (2013). La Terapia Dialéctico-Comportamental en el Sistema Nacional de Salud es posible: un caso clínico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120), 769-778.
- Nieto, T. E. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y tratamiento. Copyright© Instituto InNiS, 19.
- Ortega, J. V. (2004). Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. *International journal of clinical and health psychology*, 4(1), 207-232.
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population. *Journal of psychiatric research*, 44(16), 1190-1198.
- Palomares Mora, N. (2017). El sentimiento de vacío en el Trastorno Límite de la Personalidad: Construcción de un cuestionario sobre sentimiento de vacío en el TLP.
- Pérez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J. C., Campins, M., Puigdemont, D., & Alvarez, E. (2007). The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(4), 229.
- Pichot, P., Aliño, J. J. L. I., & Miyar, M. V. (1995). DSM-IV. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Masson, SA Primera Edición. México. Año.

- PINTO-MEZA, A. L. E. J. A. N. D. R. A., COMAS, G., CUÑAT, C., FERENC, T., & VICENS, E.  
Programa de atención a personas con trastorno límite de la personalidad: una propuesta de abordaje.
- Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of psychiatric research*, 45(11), 1445-1452.
- Ribaudí, J. S., Domínguez, E., Rizo, C. G., Moreno, D. V., Elices, M., Blanco, A. M., ... & Pascual, J. C. (2016). Validación de la versión española del McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 9(4), 195-202.
- Roehr, B. (2013). American psychiatric association explains DSM-5. *Bmj*, 346.
- Rodríguez, M. J., & Arias, S. (2013). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul-Americana de Psicología*, 1(2), 216-234.
- Rodríguez Moya, L., & Fernández Belinchón, C. (2013). Psicoterapia cognitivo analítica y trastornos de la personalidad: revisión. *acción psicológica*, 10(1), 65-74.
- Romero, P. S., Sáez, I. M. M., & Rodríguez, A. M. B. (2021). A propósito de un caso: TLP y tentativas suicidas. *Psicosomática y Psiquiatría*, (16).
- SALUD, Y. Trastorno límite de la personalidad (TLP).
- Sánchez Quintero, S., & Vega, I. D. L. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción psicológica*, 10(1), 21-32.

- Says, J., & Whiteside, U. (2006). Borderline personality disorder. *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy*, 151-160.
- Soler, J., Eliges, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-66).
- Sommer, J. L., Blaney, C., Mota, N., Bilevicius, E., Beatie, B., Kilborn, K., ... & El-Gabalawy, R. (2021). Dissociation as a transdiagnostic indicator of self-injurious behavior and suicide attempts: A focus on posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Journal of traumatic stress*, 34(6), 1149-1158.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... & Stout, R. L. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19(5), 487-504.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 28(5), 734-750.
- Trujillo Galeano, Á. (2017). Estudio de caso clínico en una paciente con trastorno límite de personalidad, comórbido con trastorno depresivo mayor (Master's thesis, Universidad del Norte).



- Tyrer, P., & Silk, K. R. (2011). A comparison of UK and US guidelines for drug treatment in borderline personality disorder. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 388-394.
- Tyrer, P., & Silk, K. R. (2011). *Effective treatments in psychiatry*. Cambridge University Press.
- Widiger, T. A., Costa, P. T., & American Psychological Association (Eds.). (2013). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wupperman, P., Neumann, C. S., Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(10), 766-771.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 254.
- Yust, C. C., & Pérez-Díaz, Á. G. L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *international Journal of psychology and psychological Therapy*, 12(1), 97-114.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of psychiatry*, 155(12), 1733-1739.



## 9. Anexos

# SOMMOS PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD EMOCIONAL

## ESTUDIO DE PERSONALIDAD

### 1. MOTIVO DE LA CONSULTA

---

El paciente acude a la Unidad de Personalidad de Sommos, Psiquiatría, Psicología y Salud Emocional debido a una serie de problemas de inestabilidad emocional y de comportamiento impulsivo.

### 2. EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

---

#### Pruebas administradas

---

Para el estudio de personalidad hemos aplicado una serie de pruebas para medir diferentes rasgos de personalidad y síntomas clínicos. Estos son: El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV) y la entrevista estructurada Diagnostic Interview for Borderline (DIB).

#### Comportamiento durante la evaluación

---

El paciente se muestra colaborador, participativo y activo tanto en la entrevista como en la administración de los cuestionarios.

# ESTUDIO DE PERSONALIDAD

VALIDEZ	Puntuación			Perfil de las tasas base			
	PD	TB		0	35	75	100
<b>Índices modificadores</b>				Bajo	Medio		Alto
Sinceridad	X	56	70				
Deseabilidad social	Y	7	35				
Devaluación	Z	26	85				

PERSONALIDAD	Puntuación				Perfil de las tasas base				
	PD	PC	TB		0	60	75	85	115
<b>Patrones clínicos de la personalidad</b>						Estilo	Tipo		Trastorno
Esquizoide	1	15	80	75					
Evitativo	2A	13	52	74					
Melancólico	2B	28	96	108					
Dependiente	3	13	68	78					
Histriónico	4A	7	40	47					
Tempestuoso	4B	2	13	12					
Narcisista	5	5	49	60					
Antisocial	6A	11	92	78					
Sádico	6B	7	60	62					
Compulsivo	7	4	1	15					
Negativista	8A	14	72	71					
Masoquista	8B	21	88	78					
<b>Patología grave de la personalidad</b>									
Esquizotípico	S	21	85	74					
Límite	C	23	92	93					
Paranoide	P	10	68	69					

PSICOPATOLOGÍA	Puntuación				Perfil de las tasas base				
	PD	PC	TB		0	60	75	85	115
<b>Síndromes clínicos</b>							Presente		Prominente
Ansiedad generalizada	A	11	71	80					
Síntomas somáticos	H	11	84	80					
Espectro bipolar	N	7	55	63					
Depresión persistente	D	25	93	105					
Consumo de alcohol	B	10	99	105					
Consumo de drogas	T	8	85	73					
Estrés postraumático	R	15	92	85					
<b>Síndromes clínicos graves</b>									
Espectro esquizofrénico	SS	21	96	93					
Depresión mayor	CC	23	98	111					
Delirante	PP	2	51	60					

En primer lugar, debemos resaltar que, tal y como se muestra en los índices modificadores, el sujeto ha sido sincero durante la realización de la prueba, por lo que la misma es válida.

Respecto a los resultados, el paciente obtiene altas puntuaciones para los rasgos melancólicos y dependientes de la personalidad.

En cuanto a las puntuaciones en personalidad patológica, aparecen elevadas puntuaciones para los rasgos límites de la personalidad.

En relación a estas puntuaciones aparecen también datos destacados de depresión, ansiedad y consumo desadaptativo.

#### Diagnostic Interview for Borderline (DIB)

---

En el Diagnostic Interview For Borderline (DIB) aparecen puntuaciones significativas para un trastorno límite de personalidad.

El paciente obtiene una puntuación total de 8. A partir de la puntuación de 8 podemos estar hablando de puntuaciones indicadores del trastorno.

El paciente obtiene altas puntuaciones en el área de la afectividad, en el de las conductas impulsivas y en el de las relaciones interpersonales.

### 3. INFORME DE RESULTADOS

---

Respecto a los rasgos de personalidad, en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV) el paciente obtiene altas puntuaciones para los rasgos melancólicos, dependientes y límites de la personalidad.

Las personas con una elevada puntuación en rasgos melancólicos de la personalidad suelen mostrar una autoimagen inútil y cogniciones de fatalismo.

Aquellas personas con alta puntuación en los rasgos dependientes de la personalidad tienden a tener dificultades para tomar decisiones sin el apoyo de los demás.

Por último, las personas con elevada puntuación en rasgos límite de la personalidad tienden a mostrar emociones más inestables así como dificultades en sus relaciones con los demás.

Las puntuaciones obtenidas por el paciente en el Diagnostic Interview for Borderline (DIB) muestran puntuaciones significativas para un trastorno límite de la personalidad. Cabe destacar la alta puntuación obtenida en el área de la afectividad. Una alta puntuación en este área suele reflejar síntomas de tristeza y ansiedad. También destacan otros síntomas afectivos como la culpa o la soledad.

También es alta la puntuación en el área de las conductas impulsivas. Esta puntuación tiende a mostrar reacciones rápidas ante estímulos internos o situaciones externas, sin llegar a realizar una reflexión previa que tenga en cuenta las consecuencias de los actos.