



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2015/2016  
Convocatoria Diciembre

**Modalidad:** Trabajos de carácter profesional, relacionados con los diferentes ámbitos del ejercicio profesional para los que cualifica el título.

**Título:** Intervención psicológica en una mujer con trastorno límite de personalidad

**Autor:** Paula Salado Díez

**Tutor:** José Antonio Piqueras Rodríguez

Elche a 01 de diciembre de 2016

## ÍNDICE

Resumen .....	3
1. Introducción.....	4
2. Método.....	8
3.1. Participante.....	8
3.2. Evaluación.....	10
3. Descripción del tratamiento y resultados.....	13
5. Discusión/Conclusiones.....	16
6. Referencias bibliográficas.....	18



## RESUMEN

El presente trabajo muestra la evaluación e intervención en un caso clínico de una mujer que presenta criterios característicos del trastorno límite de la personalidad. La paciente mostraba, sobretodo, inestabilidad en sus relaciones interpersonales, tenía una imagen de sí misma distorsionada y una notable impulsividad. Mediante la entrevista clínica estructurada y otros instrumentos como el Cuestionario de personalidad de Zuckerman-Kuhlman se llevó a cabo la evaluación de los síntomas de la paciente. El programa de intervención se basó en la Terapia Dialéctica Comportamental de Linehan et al. (2002). Tras el tratamiento, se obtuvo como resultado la reducción clínicamente significativa de la sintomatología de la paciente.

*Palabras clave:* trastorno límite personalidad, Linehan, Terapia dialéctica comportamental, inestabilidad relaciones, notable impulsividad.



## 1. INTRODUCCIÓN

Un trastorno de personalidad es, según el DSM-5, un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, es permanente e inflexible, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta temprana, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o deterioro. (APA, 2013).

El trastorno límite de personalidad se caracteriza, sobretodo, por inestabilidad en sus relaciones interpersonales, tener una imagen de sí mismos distorsionada y una notable impulsividad.

El trastorno límite de personalidad, al igual que la mayoría de los trastornos de personalidad, es un trastorno difícil de evaluar ya que muchas veces los pacientes no son buenos informadores de ellos mismos.

Para determinar el diagnóstico, se utilizan el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o la Clasificación internacional de enfermedades. Ambos manuales definen criterios diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. En este caso, se ha utilizado el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, adaptación española del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su versión DSM-5 para describir los criterios (véase Tabla 1 con los criterios pertenecientes al DSM-5).

Los sujetos realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado (Criterio 1). Son especialmente vulnerables al abandono y a las condiciones ambientales lo que hace que se activen señales de alerta ante situaciones percibidas como amenazantes. Sentirse rechazado o ignorado provoca reacciones muy intensas en los pacientes como ira inapropiada o temor (APA, 2013).

Las personas con trastorno límite de la personalidad presentan un patrón de relaciones inestables e intensas (Criterio 2). Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a quienes acaban de conocer, sobretodo porque se sienten valorados y escuchados. Pasan de la idealización a la devaluación de la persona, pensando que no le presta suficiente atención o no pasan el suficiente tiempo con ellos. Son capaces de empatizar y ofrecer algo a los demás, pero únicamente con la esperanza de que éstos puedan devolverle algo a cambio que satisfaga sus necesidades o demandas. Otro aspecto que complica las relaciones interpersonales es la tendencia a interpretar comentarios de los demás como algo negativo en contra de ellos (APA, 2013).

*Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno Límite de la Personalidad (301.83) según el DSM-5.*

---

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

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario. (Nota: 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 devaluación.
  3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
  4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismos (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). (Nota: No incluir 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. e., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas o 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.
- 

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo (Criterio 3). Presentan cambios bruscos y dramáticos en la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales (APA, 2013). Algunos dicen que se aburren con facilidad y por eso siempre están buscando algo que hacer, mientras que otros comienzan, y no acaban, muchos proyectos difíciles de alcanzar y en los que no son capaces de priorizar y organizarse. Suelen producirse cambios sobre los planes de futuro, estudios, identidad sexual, valores y tipo de amistades. Cuando una persona muestra inestabilidad en la identidad, ésta tiende a la mimetización. Es frecuente que los pacientes con identidad difusa tomen como

referencia a otras personas y les copien, añadiendo sus conductas y comportamientos a las suyas propias. Son impacientes e inconstantes, por lo que presentan mal rendimiento escolar o laboral (Mosquera, 2009).

Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos (Criterio 4). Las conductas impulsivas más frecuentes están relacionadas con el dinero, sustancias, sexo, comida y conducción. Los pacientes tienden a derrochar dinero (más incluso del que tienen), darse atracones de comida y sentir posterior arrepentimiento, abusar de sustancias, llevar a cabo actividades sexuales de riesgo y/o conducir temerariamente sin ser conscientes del riesgo que eso conlleva para él y para otras personas (APA, 2013).

Las personas con trastorno límite de personalidad presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación (Criterio 5). Entre un 8% y un 10% llegan al suicidio. El resto, son conductas de automutilación, en su mayoría cortarse o quemarse, y amenazas e intentos de suicidio. Los intentos suicidas recurrentes suelen ser uno de los motivos principales por los que acuden a consulta. El temor a la separación o el rechazo suelen provocar estas conductas autodestructivas. En cuanto a la automutilación suele producirse durante experiencias disociativas y proporcionan alivio por el hecho de reafirmar su capacidad para sentir o sirve como castigo a su sentimiento de maldad (APA, 2013). Las sujetos con TLP tienen dificultades para manejar y resolver conflictos, por lo que lo cortes, quemaduras y amenazas suicidas (incluso a veces el suicidio), son la única manera que el paciente encuentra para hacer frente a esas dificultades.

Inestabilidad afectiva que es debida a una gran reactividad del estado de ánimo (Criterio 6). Las personas con TLP presentan inestabilidad emocional que afecta a varias áreas de su vida y que se manifiesta con cambios bruscos del estado de ánimo. Presentan estado de ánimo disfórico que puede ser interrumpido por periodos de ira, angustia y/o desesperación y, raramente, es el estado de bienestar o satisfacción quien toma el relevo (APA, 2013).

Las personas con TLP pueden presentar sentimiento crónico de vacío (Criterio 7). Se aburren con facilidad y están buscando siempre cosas que hacer para poder llenar ese vacío.

Suelen presentar ira inapropiada e intensa o dificultad para controlar la ira (Criterio 8). Esta ira suele estar causada por los sentimientos de abandono de las personas que les cuidan o que se ocupan de ellos y se suele representar mediante muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes... Tras el sentimiento de ira, el sujeto con TLP suele mostrar pena y culpabilidad, contribuyendo al sentimiento que tienen de ser malos (APA, 2013).

Durante periodos de mucho estrés pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos como la despersonalización (Criterio 9). Estos episodios son pasajeros y duran entre minutos y horas, por lo que no cumplen con la duración e intensidad suficientes como hacer un diagnóstico adicional. Generalmente suelen ocurrir como respuesta a un abandono real o imaginado. Cuando la persona que se ocupa de ellos vuelve con ayuda, real o percibida, puede producirse la remisión de los síntomas (APA, 2013).

La prevalencia del trastorno se estima es del 1,6% de la población general, pero podría llegar al 5,9%. La prevalencia en asistencia primaria es alrededor del 6%, cerca del 10% en clínicas de salud mental y alrededor del 20% entre los pacientes psiquiátricos (APA, 2013). En cuanto al curso del trastorno, es variable. Lo más habitual es que los pacientes muestren inestabilidad crónica a principio de la edad adulta con episodios de crisis, manifestados con conductas autolesivas, intentos de suicidio y comportamientos impulsivos. Además de ir acompañados de descontrol afectivo. A medida que el trastorno evoluciona, se describe una mejoría en los síntomas. De modo que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se observa mayor tendencia a la estabilidad en las relaciones interpersonales y la actividad laboral (APA, 2013).

Los trastornos del Eje I que se presentan simultáneamente más a menudo son los trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (sobre todo la bulimia o trastorno por atracón), trastornos de estrés postraumático y trastornos por déficit de atención con hiperactividad.

Además, también se puede dar simultáneamente con otros trastornos de personalidad (Eje II), sobretodo el trastorno histriónico, antisocial, esquizotípico y dependiente, aunque el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno narcisista de la personalidad también se dan con frecuencia.

Estos trastornos asociados al Trastorno Límite de Personalidad se pueden confundir con el mismo ya que tienen características comunes. Por eso, es importante fijarse en los rasgos característicos y llevar a cabo un buen diagnóstico. En caso de que el sujeto cumpla las características para el TLP y otro trastorno de personalidad, se diagnosticarán ambos trastornos.

Como consecuencia de las conductas de autolesión o intentos fallidos de suicidio, se puede producir una minusvalía física. En su infancia, los sujetos con TLP pueden haber sufrido malos tratos, abusos sexuales, negligencia en su cuidado, conflictos hostiles y/o la pérdida temprana o separación parental.

Respecto a la evaluación, los trastornos de la personalidad probablemente estén entre los trastornos mentales más complejos de evaluar debido a su alta

comorbilidad con otros trastornos y a que los sujetos no suelen ser buenos informadores. Los instrumentos más utilizados para la evaluación y el diagnóstico son los siguientes: i) Entrevistas semiestructuradas que se basan en la taxonomía psiquiátrica del DSM, que tienen la ventaja de poder recoger respuestas complejas, interpretar síntomas vagos y reducir las respuestas incompletas. Las que más se utilizan son la Entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad del DSM-IV (DIPD-IV; Zanarini, Frankenburg, Sickel y Yong, 1996) y Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE) (Navarro, 2012); ii) Cuestionarios basados en modelos dimensionales que tratan de abarcar la estructura general de la personalidad y no sólo sus extremos desadaptativos como el Cuestionario para los cinco grandes factores (NEO-PI-R, Costa y McCrae, 1992) y el Cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ-III) (Navarro, 2012); iii) Instrumentos que valoran el riesgo de suicidio y autolesiones como la Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) y Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII), que evalúan pensamientos y conductas suicidas y autolesivas mediante frecuencia, grado de planificación, método, letalidad, propósito, facilitadores, etc. (Navarro, 2012).

En cuanto al tratamiento para el Trastorno Límite de Personalidad, se describen los siguientes: psicoterapia cognitivo-conductual (Pretzer, 1998), terapia cognitiva basada en los esquemas (Young y Behary, 1998), psicoterapia dinámica breve (Winston et al., 1994), psicoterapia intensiva (Monsen et al., 1995), terapia dialéctica comportamental (Linehan, 2002), terapia psicoanalítica breve en grupo (Piper et al., 1996), y terapia farmacológica. Según la intensidad de la sintomatología, el nivel funcional del paciente y el propio criterio del terapeuta se elegirá un tratamiento u otro. Pacientes con intensa sintomatología y/o pobre nivel funcional precisarían de un tratamiento multidisciplinar que agrupará intervención individual, familiar y grupal con posible tratamiento farmacológico como coadyuvante.

El tratamiento mejor estudiado y sobre el que existen más datos de eficacia clínica es la terapia dialéctica comportamental de M. M. Linehan (Linehan 1993; en Aramburu, 1996).

## **2. MÉTODO**

### **2.1. Participante**

Lydia (nombre figurado) es una paciente de 27 años. Es hija única y acude a consulta con su madre porque tiene ideas recurrentes de suicidio.

Tuvo una infancia normal, aunque afirma que se metían con ella un poco en el colegio, pero no le daba mayor importancia. Era una niña alegre, estudiosa y entusiasta, pero al entrar en la adolescencia empezó a presentar episodios de

impulsividad y agresividad en el instituto y en casa. Además, su conducta se caracterizaba por periodos en los que desaparecía sin decir a dónde ni con quién se iba. Es en esa época cuando la relación con sus padres se empezó a deteriorar. Ya no hacían planes juntos, cada vez hablaban menos, las mentiras y las discusiones en casa eran habituales... En definitiva, Lydia se empezaba a aislar de sus padres. “Se convirtió en una rebelde”, afirma su madre.

A los 19 años se independizó porque tanto ella como sus padres consideraban insostenible la convivencia y se fue a vivir a un piso en el centro de una capital de provincia de la costa levantina, su ciudad natal, con dos compañeras de piso a las que no conocía.

De los 19 a los 22 años tuvo distintos trabajos que no requerían cualificación (camarera en pubs, dependienta, comercial...). Todos le duraban poco porque en cuanto cobra los dejaba. Fue entonces cuando comenzó a consumir habitualmente cannabis y probó otras sustancias como la cocaína y la ayahuasca.

Es en esta época también cuando comenzó a sufrir atracones de comida y posterior arrepentimiento. Reconoce que después de los atracones hacía mucho ejercicio para no sentirse mal. Afirma que la ansiedad por la comida le venía desde pequeña cuando en casa sus padres le suministraban la comida y se la restringían a horarios y cantidades.

Con sus compañeras de piso tenía numerosas disputas y todas acababan cambiándose de casa.

Comenzó a aislarse y cada vez pasaba más tiempo en casa y menos con sus amigos. El tiempo que pasaba en casa era tiempo de meditación, de hacer deporte y de ver documentales de cualquier tema, pero en especial sobre ciencias ocultas. En cuestión de meses había cambiado radicalmente su vida. Ya no quedaba con sus amigos, se había dejado la carrera de bellas artes en tercer curso y en la que era de notable, no se relacionaba con nadie y procuraba pasar en la calle el menor tiempo posible.

A los 22 años donó todas sus cosas a ONGs y se fue de casa sin decir a nadie a dónde había ido. A las dos semanas de la desaparición, la encontró la Guardia Civil en medio de un bosque envuelta únicamente con una bolsa de basura, sin ropa y llena de magulladuras y marcas en las muñecas que indicaban intentos de suicidio. Se había rapado las cejas y se había arrancado las pestañas. También se había rapado el pelo.

La Guardia Civil la llevó a casa y fue entonces cuando acudió al psiquiatra. Éste le recetó antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo. La terapia

farmacológica la complementó con terapia psicológica. A los pocos días parecía que su comportamiento se había estabilizado y retomó la relación con sus amigas.

En ese tiempo en el que vivió en casa de sus padres conoció a un chico algo mayor que ella y empezó una relación sentimental con él. El chico le convenció para que dejara la terapia farmacológica y psicológica. Cambió drásticamente la opinión positiva que tenía sobre su psicoterapeuta, y la acusaba de oportunista que sólo buscaba su dinero sin importarle su bienestar.

Volvieron las peleas con sus padres, las conductas impulsivas y se volvió a distanciar de sus amigas, aislándose de nuevo.

Lydia anunció a su entorno que se iba a vivir a otra ciudad más grande y en cuestión de días estaba allí instalada. Durante los tres primeros meses de su estancia en la nueva ciudad mantuvo contacto con dos de sus amigas y con sus padres mediante llamadas telefónicas y correo electrónico (cambiaba de número de teléfono y de cuenta de correo con frecuencia). Después de esos tres meses dio de baja el teléfono y mantenía contacto, mediante correo electrónico, únicamente con sus padres.

Vivió en esta ciudad durante cinco años en los que afirmaba haber tenido una vida dura. Dice que había pasado hambre, que había vivido en casas okupa, en ocasiones se había drogado, se había visto involucrada en peleas callejeras...

A los 27 años volvió a casa pidiendo ayuda a su madre porque decía que tenía ideas recurrentes de querer matarse.

## **2.2. Evaluación**

Lydia fue evaluada mediante una batería de tests para determinar su nivel de actividad y sus síntomas y se entrevistó a la familia. Los resultados obtenidos en la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV indicaron abuso de sustancias como el cannabis en el Eje I y criterios diagnósticos para el Eje II de Trastorno Límite de Personalidad.

Los instrumentos utilizados para llevar a cabo la evaluación fueron los siguientes: Examen Internacional para los Trastornos de la Personalidad (IPDE) para determinar identificar aquellos rasgos y conductas que sean relevantes para la evaluación de los criterios de trastornos de personalidad según el sistema de clasificación DSM-IV. Cabe destacar que el DSM-V no ha cambiado los criterios del Trastorno Límite de Personalidad con respecto al DSM-IV. Otro instrumento que se ha utilizado es el Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ), que contempla las dimensiones de Búsqueda de Sensaciones Impulsivas (ImpSS), Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx), Agresión-Hostilidad (Agg-Host), Actividad (Act) y

Sociabilidad (Sy) (Zuckerman et al., 1993). Para valorar el riesgo de suicidio y conductas autolesivas se llevó a cabo la entrevista Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI).

La paciente presenta rasgos característicos del Trastorno Límite de Personalidad. Lydia muestra inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, además de falta de control de sus impulsos y sensibilidad al abandono.

Algunos de los síntomas de Lydia sugieren otros trastornos del Eje I como trastorno depresivo mayor, bulimia nerviosa y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Sin embargo, no cumplen las características necesarias para un doble diagnóstico. El establecimiento de un diagnóstico específico de bulimia nerviosa podría haber alejado el objetivo de tratamiento respecto a la dificultad de control de impulsos que tiene la paciente. Los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad no estaban bien definidos y los episodios de depresión no cumplían los criterios suficientes para un trastorno de depresión mayor.

Lydia también presenta aparentes síntomas de hipomanía, pero estos episodios suelen estar mal definidos y suelen estar asociados al inicio de una nueva relación sentimental.

En cuanto a los criterios diagnósticos para TLP, el sujeto cumple 8 de los 9 criterios según el DSM-IV.

Realiza intensos esfuerzos para evitar un posible abandono (criterio 1). Los pacientes con TLP a menudo recurren a conductas compensatorias o evasivas para evitar el abandono. En este caso, la paciente consume marihuana porque dice que le ayuda a dormir y no pensar.

En cuanto a sus relaciones interpersonales, están marcadas por una notable inestabilidad (criterio 2). Ha perdido relación con sus amistades de la infancia y adolescencia. Sus nuevas amistades están caracterizadas por sentimientos extremos que van desde la idealización a la devaluación. Esto hace que cause desconcierto en las personas con las que se relaciona y les lleve a mantener relaciones variables y, en ocasiones, conflictivas. Por otra parte, la paciente se esfuerza por mantener la fachada de aparente normalidad y cuando recibe señales que indican que su entorno le conoce de verdad, ésta se aleja de ellos. En definitiva, Lydia no es capaz de conservar ninguna amistad y todas las nuevas que crea, acaban destruyéndose.

Sus relaciones con hombres también son intensas e inestables. Ha conocido a muchos hombres a lo largo de su vida pero con todos ha acabado enfadada y los ha menospreciado. Dados los numerosos episodios fatídicos que ha tenido con hombres, ha practicado sexo con mujeres también, confiando en que con personas de su mismo

sexo iba a funcionar la relación. Sin embargo, estas relaciones también fracasaban. Aun así, afirma que es heterosexual pero que en ocasiones le atraen mujeres. Este hecho constituye una prueba de que padece alteración de la identidad caracterizada por inestabilidad de la autoimagen (criterio 3). En ocasiones Lydia no sabe cómo es, qué le gusta o lo que quiere hacer. Ella es consciente de que debería de saber cómo es, qué le gusta y qué debe hacer, pero dice que es incapaz. Esto le causa frustración y culpabilidad. Esta confusión le lleva a la mimetización, es decir, a imitar conductas de otros. Lydia se siente como una farsante porque afirma que no tiene claros ni sus propios valores y que continuamente intenta adoptar una fachada de aparente normalidad para agradar a los demás.

Otro de los criterios que definen el Trastorno Límite de Personalidad y que Lydia cumple es la falta de control de impulsos (criterio 4). La paciente se muestra impulsiva en conductas relacionadas con el sexo y con la comida. Mantiene relaciones sexuales de riesgo con desconocidos casi a diario y se da atracones de comida acompañados de posterior arrepentimiento. Para aliviar esta sensación de arrepentimiento realiza excesivo deporte. El sujeto dice que es así y que no puede evitarlo. Piensa que no tiene el control sobre su comportamiento.

Además, Lydia ha llevado a cabo conductas de automutilación e intentos de suicidio (criterio 5). El más llamativo fue el intento de suicidio que tuvo lugar en Valencia cuando la Guardia Civil la encontró desnuda cubierta por una bolsa de basura y con magulladuras por el cuerpo y cortes en las muñecas. La paciente asegura que los pensamientos de suicidio y de muerte son recurrentes y que por eso acudió a su madre en busca de ayuda. La paciente no tiene los recursos necesarios para hacer frente a imprevistos, manejar las dificultades o resolver conflictos, por eso es habitual que su manera de autorregularse sean cortes, quemaduras y amenazas suicidas. Profundizando en los motivos por los cuáles Lydia lleva a cabo esas conductas, se descubre que ella quiere dejar de sufrir y aprender a vivir de otra manera.

La paciente muestra inestabilidad afectiva que es debida a una gran reactividad del estado de ánimo (criterio 6). Lydia sufre cambios bruscos del estado de ánimo. Reconoce que la relación con su pareja está marcada por una notable inestabilidad emocional. Prácticamente todos los días piensa que su pareja se porta mal con ella y que no deberían estar juntos, pero también piensa que no podría vivir sin él y que lo necesita para ser feliz.

Lydia cuenta que se siente vacía y que no hay nada que le llene (criterio 7). La paciente afirma que tener sexo con personas a las que acaba de conocer y con las que siente especial conexión le ayuda a compensar la sensación vacío. En ocasiones

también recurre al consumo de cannabis o a atracones de comida. Estos sentimientos de vacío le producen desesperanza, impotencia y frustración.

Por último, la paciente presenta ira inapropiada o intensa y dificultad para controlar este sentimiento (criterio 8). Lydia cuenta que cuando se enfada con alguien es como si esa persona se convirtiera en su objeto de odio y la causa de su malestar. En el momento de las peleas, que afirma que son frecuentes, está fuera de control pero posteriormente siente pena, remordimiento y culpabilidad.

#### **4. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO y RESULTADOS**

El tratamiento que se eligió para Lydia fue Terapia Dialéctica Comportamental. Es una terapia de tercera generación desarrollada por Marsha Linehan y es la primera terapia específica con estudios de eficacia (De la Vega y Sánchez, 2003). Fue desarrollada específicamente para tratar los síntomas de impulsividad e inestabilidad que caracterizan el Trastorno Límite de la Personalidad. El tratamiento consiste en entrenamiento habilidades, psicoterapia individual, grupal y atención en crisis mediante técnicas de exposición, moldeamiento, aprendizaje por modelos, rol playing, instrucciones y autoinstrucciones, refuerzos y feedback. El tratamiento tuvo una duración de dos años.

El estilo terapéutico en la TLP se basa en la dialéctica, la validación, el énfasis en la solución de los problemas y comunicación empática e irreverente; el terapeuta busca equilibrio entre sesiones.

El objetivo principal de la intervención fue educar a Lydia para el control emocional y la solución de problemas y que tuviera una vida que mereciera la pena vivir.

En primer lugar, se llevó a cabo una fase previa denominada pretratamiento de una hora de duración. En esta sesión se orientó a la paciente hacia la terapia, es decir, se estableció la relación terapéutica, las metas y los compromisos. Es una parte esencial en la terapia ya que el terapeuta ha de conseguir que el paciente esté motivado para iniciar el tratamiento y establecer vínculo terapéutico. Además, promueve la adhesión al tratamiento, lo que es también muy importante, ya que los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad tienden a abandonar la terapia.

Después de esta sesión, se establecieron los objetivos principales que encaminaban a Lydia a estar a salvo y a asegurar su implicación en el tratamiento. Estos objetivos se trataron en las posteriores sesiones individuales y fueron los siguientes:

1. Reducción y eliminación de las conductas que atentaban contra la vida de la paciente, como intentos de suicidio, pensamientos suicidas y autolesiones.

2. Reducción de las conductas que podían interferir gravemente en el tratamiento como no acudir a la consulta, llegar tarde, acudir colocada, alejarse de las personas que le ayudaban (en este caso sus padres y sus amigas fueron su apoyo) o no realizar las tareas terapéuticas.

3. Reducción de las conductas que interferían en su calidad de vida, como consumo de cannabis y alcohol, atracones de comida, descuido de enfermedades...

4. Incremento de las estrategias de afrontamiento destinadas a la regulación de emociones mediante la enseñanza de las siguientes habilidades: habilidades de conciencia del presente para que la paciente dejara de preocuparse por el pasado y el futuro ya que era algo que le atormentaba, habilidades que facilitaran las relaciones interpersonales de modo que pudiera comenzar relaciones nuevas, mejorar las actuales y terminar con aquéllas problemáticas, habilidades para tolerar el malestar emocional sin recurrir a conductas autolesivas y habilidades para entender qué son las emociones, cómo funcionan y cómo experimentarlas.

Estos objetivos fueron tratados en las sesiones de terapia individual durante dos años, asistiendo a una sesión de una hora a la semana.

A las tres semanas, Lydia había avanzado en la terapia individual y tenía capacidad de autocrítica, estaba preparada para unirse al grupo y empezar la terapia grupal, la cual sería complementada con la terapia individual.

La terapia grupal se llevó a cabo en una sesión a la semana de dos horas y media de duración. Esta parte del tratamiento estaba dividida en cuatro módulos y en cada módulo se trabajaban unas habilidades: habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación emocional y habilidades de tolerancia al malestar.

Se emplearon alrededor de ocho sesiones de entrenamiento para cada módulo, excepto el primero (habilidades básicas de conciencia) que se llevó a cabo en tres sesiones. Aun así, fue necesario hacer un repaso y refuerzo del primer módulo al inicio de cada módulo siguiente.

En las habilidades básicas de conciencia (primer módulo) se enseñó a Lydia a controlar su mente en vez de que la mente la controlara a ella. Este módulo está basado en técnicas de *mindfulness* y el entrenamiento se trabajó, sobretodo, mediante fichas para que la paciente rellenara cada semana. Los ejercicios de *mindfulness* fueron útiles para que Lydia controlara los procesos atencionales y fuera capaz de centrarse en el aquí y ahora. La incorporación de técnicas *mindfulness* a la psicoterapia ha supuesto una revolución y está consiguiendo resultados muy prometedores en el tratamiento de diversas patologías (Schnyder, 2009).

En las habilidades de efectividad (segundo módulo) había un objetivo claro: que la paciente fuera eficaz interpersonalmente. En primer lugar, Lydia, al igual que sus compañeros de terapia, tuvo que analizar las situaciones y determinar los objetivos a lograr de las mismas. En segundo lugar, la paciente tuvo que analizar los factores que contribuían a la efectividad personal y los que interferían en la misma. Después, analizó los aspectos que hay que tener en cuenta antes de pedir algo, expresar una opinión o decir que no. Finalmente, se trataron las habilidades específicas como técnicas comunicativas. Estas habilidades se entrenaron mediante *role playing*, recreando situaciones hipotéticas o situaciones reales planteadas por los pacientes.

En las habilidades de regulación de las emociones (tercer módulo), Lydia aprendió a observar su respuesta emocional de forma consciente y no sentenciosa. Aprendió, por tanto, a identificar y nombrar sus emociones y a reconocer las funciones que cumplían en su entorno. También aprendió técnicas destinadas a disminuir la vulnerabilidad asociada a un estilo de vida poco saludable respecto a la alimentación. Para cumplir estos objetivos se ensayaron técnicas para aumentar la conciencia y la frecuencia de las emociones positivas mediante actividades agradables y a reducir el impacto de las emociones negativas cambiando la respuesta negativa que se daba en ellas mediante la acción opuesta a la emoción.

El último módulo, habilidades de tolerancia al malestar, se divide en habilidades de supervivencia y habilidades de aceptación. Al igual que en primer módulo, éste también está basado en técnicas de *mindfulness*. En las habilidades de supervivencia, Lydia aprendió a tolerar el dolor sin necesidad de recurrir a conductas que mantuviesen o aumentaran el sufrimiento. Se le proporcionaron técnicas que le ayudaran a dar una nueva respuesta ante las crisis, como distraerse, mejorar el momento por medio de la imaginación, relajación, pensar en pros y contras de conducta impulsiva... En las habilidades de aceptación, la paciente aprendió a aceptarse a sí misma y a la situación tal y como se presentara en el momento. Las técnicas aprendidas incluyeron la aceptación radical, dirigir la mente hacia la aceptación y mantener una buena posición.

Además, estas sesiones tanto grupales como individuales estuvieron acompañadas por un recurso de consulta telefónica que consistía en atención 24 horas en caso de crisis.

## 5. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La American Psychiatric Association (2013) recomienda que se incluya medicación como parte de la psicoterapia en los pacientes con TLP, sin embargo, en este caso no fue necesario introducir terapia farmacológica como parte del tratamiento.

Los antidepresivos, los estabilizadores del ánimo y los antipsicóticos pueden desempeñar un papel importante en el tratamiento de este trastorno, pero dependiendo del grado de afectación del paciente, es necesaria la medicación como parte del tratamiento o como muleta de apoyo.

En el caso de Lydia, se recomendó que únicamente hiciera uso de medicamentos en caso de crisis para poder controlarlas, pero hasta ahora no ha hecho falta, ya que no ha sufrido ninguna crisis impulsiva grave.

Los instrumentos utilizados para la evaluación pretest y postest fueron: Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE), Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ) y Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI).

La experiencia de la paciente con la terapia fue positiva. No le gustaba medicarse y decía que los medicamentos “no estaban hechos para ella”, además afirmaba que no necesitaba medicación para poder “vivir feliz”. Debido a estas creencias, la adherencia al tratamiento fue mayor, ya que Lydia tenía que aceptar la realidad de sus síntomas y aprender el control específico de las emociones y las habilidades conductuales para controlar dichos síntomas sin la necesidad de medicarse.

Lydia asistió a la terapia grupal e individual semanalmente durante dos años. Este tratamiento combina técnicas cognitivo-conductuales y métodos de entrenamiento en habilidades. Este último componente persigue el aprendizaje de técnicas de control de la emoción y técnicas de control del comportamiento (De la Vega y Sánchez, 2013). Los familiares, amigos y terapeuta formaron parte del equipo de refuerzo de la paciente.

Las sesiones del tratamiento se centraron en los principios fundamentales siguientes:

- Conocimiento y descripción de los pensamientos, sentimientos y comportamientos que definen el Trastorno Límite de Personalidad. El TLP es una enfermedad crónica que se puede tratar adecuadamente con control específico de las emociones y mediante habilidades comportamentales.

- Reconocimiento de la sintomatología. Lydia aprendió a identificar los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones físicas y los impulsos para actuar y la intensidad de los mismos.

- Desarrollo de estrategias para controlar la intensidad emocional. El objetivo fue definir los mecanismos de respuesta frente a ansiedad, rabia, depresión y pensamientos autodestructivos. Además, la paciente también aprendió a controlar áreas comportamentales como la comida, el sueño, el ejercicio, la salud física, tiempo de ocio, relaciones interpersonales...

Durante los dos años de terapia, Lydia hizo uso del servicio de llamada telefónica 24 horas en tres ocasiones durante los primeros meses, llamando a la terapeuta diciendo que se iba a suicidar. En el segundo año, la paciente no hizo uso de este servicio. En estas llamadas, el objetivo del psicoterapeuta es disminuir la intensidad emocional del paciente, de modo de cambio de opinión y no lleve a cabo conductas autolesivas o suicidio. El terapeuta utiliza una serie de recursos, como preguntas, metáforas, refuerzos... Con los que obtiene feedback del paciente, haciendo que disminuya la intensidad emocional y que recapacite y no lleve a cabo la conducta suicida.

El tratamiento se dio por finalizado cuando las sesiones de la terapia llegaron a su fin y Lydia había construido una vida que merecía la pena vivir. Para ella, restablecer la relación con su familia y sus amigos de la adolescencia era fundamental para ser feliz. Además, había conseguido trabajo de camarera en una cafetería, estaba pensando en irse a vivir a un piso con amigas y había retomado sus hobbies.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, C., et al. (2011). *Guía práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4 (1), 123-140.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *NEO PI-R. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 3.
- De la Vega, I., y Sánchez, S., (2013). *Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite*. [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción psicológica*, 10(1), 45-46.  
<http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Errasti, J. y Quiroga, E. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad*. Universidad de Oviedo.
- Gómez-Fraguela, J., Luengo, M., Romero, E., y Sobral, J., (2002). *La estructura de los rasgos de personalidad: El Modelo de los Cinco Factores y los Cinco Alternativos*. Instrucciones. Recuperado el 14 de noviembre de 2015 desde <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7949/7813>
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. y Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependency*, 1, 1-14.
- López-Ibor, J., (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad*. Instrucciones. Recuperado el 12 de noviembre de 2015 desde [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41913/3/9788487548307\\_Modulo-DSM-IV\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41913/3/9788487548307_Modulo-DSM-IV_spa.pdf)
- Monsen, J., Odland, T., Faugli, A., y Daas, E. (1995). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36 (3), 256-268
- Mosquera, D. (2009). *Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-IV-TR* [en línea]. Fecha de consulta: 01

Noviembre 205. Disponible en: <https://www.trastornolimite.com/tlp/criterios-diagnosticos-trastorno-limite-de-la-personalidad-tlp>.

Piper, W.E., Rosie, J.S., Joyce, A.S. y Hassan, F.A. (1996). *Time limited day treatment for personality disorders: integration of research and practice in a group program*. Washington (DC): American Psychological Association Press.

Winston, A., Laikin, M., Pollack J., Samstag, L.W., McCullough, L., y Muran, J.C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190–194.

Young, J., y Behary, W. (1998). Schema-focused therapy for personality disorders. En N. Tarrier, y A. Wells (Coords.), *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach* (pp. 340-376). Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Sickel, A. E. y Yong, L. (1996). *The diagnostic interview for DSM-IV personality disorders (DIPD-IV)*. Belmont, MA: McLean Hospital, 340.

