



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2024-2025

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Eficacia de la Terapia Dialectico-Conductual en una adolescente con Trastorno de Personalidad Límite. Estudio de caso.

Autora: Houda Belrhitri Ouali

Tutora: Mónica Gazquez Pertusa

Código OIR: TFM.MPG.MGP.HBO.241107

Convocatoria: Febrero 2025

ÍNDICE

Justificación teórica.....	3
Objetivos e hipótesis.....	8
Método.....	9
Tratamiento.....	19
Resultados:	24
Discusión.....	29
Referencias.....	36
Anexos.....	44

Resumen

La Terapia Dialectico Conductual (TDC) es una intervención respaldada por una base empírica sólida, con numerosos estudios que avalan su eficacia, especialmente en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

En el presente trabajo se valora la eficacia de la aplicación de los tres primeros módulos de la Terapia Dialéctico Conductual, para reducir las conductas autodestructivas (autolesiones, consumo de alcohol y marihuana) en una adolescente de 17 años con un Trastorno de la Personalidad Límite. La finalidad de la intervención fue que la paciente adquiriera habilidades de tolerancia al malestar y de regulación emocional y, disminuyese las conductas regulatorias disfuncionales.

Las tres grandes dimensiones que se trabajaron son, la mejora de la conciencia plena, para recuperar el control consciente sobre sus acciones; la tolerancia al malestar, para reducir la evitación experiencial y, la regulación emocional, donde se proporcionaron herramientas de regulación más alternativas y funcionales frente a las que llevaba a cabo hasta el momento (autolesiones, consumo de sustancias dañinas).

Tras la intervención, los resultados muestran una disminución significativa en la frecuencia e intensidad de uso de las estrategias de autorregulación más dañinas. Sin embargo, se concluye que es necesario continuar entrenando a la paciente en el uso eficaz de las habilidades adquiridas, con el objetivo de garantizar su consolidación, especialmente en situaciones de crisis.

Palabras clave: TLP, DBT, Regulación emocional, Tolerancia al malestar, Conciencia plena, trastorno de personalidad

Abstract

Dialectical Behavior Therapy (DBT) is an intervention supported by a strong empirical foundation, with numerous studies demonstrating its efficacy, particularly in patients with borderline personality disorder (BPD).

This study evaluates the effectiveness of applying the first three modules of DBT to reduce self-destructive behaviors (self-harm, alcohol, and marijuana use) in a 17-year-old adolescent diagnosed with BPD. The aim of the intervention was to help the patient develop distress tolerance and emotional regulation skills while decreasing dysfunctional regulatory behaviors. The three key dimensions addressed were: mindfulness, to regain conscious control over actions; distress tolerance, to reduce experiential avoidance; and emotional regulation, by providing more functional and alternative regulatory tools compared to the previously used strategies (self-harm and substance abuse).

Post-intervention results indicate a significant reduction in the frequency and intensity of the most harmful self-regulation strategies. However, it is concluded that it is necessary to continue training the patient in the effective use of the acquired skills, with the aim of ensuring their consolidation, especially during crisis situations.

Keywords: BPD, DBT, emotional regulation, distress tolerance, mindfulness, personality disorder

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Comprender las razones detrás de las reacciones y conductas humanas ante los diferentes estímulos, ha sido uno de los retos más complejos dentro de las ciencias humanas. Algunos ejemplos como el del filósofo Hume, o el escritor José Luis Borges, sostenían que la personalidad no es algo fijo, si no que se encuentra en constante transformación, influida por la sucesión de eventos y los consecuentes estados mentales (Mayorga, 2018).

Con el avance de la psicología, la personalidad comienza a entenderse como un constructo psicológico elaborado para entender y explicar las características internas de la persona y como influyen en su comportamiento (Mayorga, 2018). Un ejemplo sería la teoría de Eysenck en 1947, quien, desde un enfoque más biologicista, describe la personalidad como el sumatorio de patrones actuales o en potencia de la conducta humana determinados por la herencia y el contexto. Según Eysenck, estas conductas se cristalizan por medio de interconexiones en áreas específicas del cerebro (Uchofen, 2023). Su teoría divide la personalidad en tres categorías: Extraversión-Intraversión, Neuroticismo y Psicoticismo (Uchofen, 2023). En la misma línea, se sitúan teorías como el modelo de los cinco factores de Costa y McCrae en 1985 (Sánchez-Marqueses & Sanz, 2018; Cruz, 2019) en el cual se distinguen cinco grandes rasgos de la personalidad: extraversión, neuroticismo, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. Por otro lado, Millón, en 1976, propuso por primera vez la Teoría de la Personalidad, explicando que la personalidad se veía afectada tanto por los fundamentos biológicos como por las influencias ambientales (Morales de Barbenza, 2003). Más adelante, amplió esta teoría explicando una interacción recíproca y circular a lo largo de la vida

que influye en la formación de la personalidad, dando lugar a su Modelo Evolutivo de la personalidad (Millón, 1990) En esta interacción, se incluye la influencia del refuerzo, teniendo en cuenta la naturaleza y fuente de este, y la conducta instrumental (Morales de Barbenza, 2003; Cruz, 2019).

Integrando las diferentes definiciones y teorías, la personalidad hoy en día es entendida como la organización dinámica del individuo basada en los factores psicofísicos que predisponen su pensamiento, afectividad y conducta características, condicionadas así mismo por la interacción con el ambiente (Mayorga, 2018). Por lo tanto, dado que esta influye en el comportamiento del individuo y su interacción con el entorno, las dificultades en la personalidad son de una de las patologías con más complejidad hasta el momento a la hora de trabajar con los pacientes.

En línea con lo expuesto, uno de los principales motivos por los cuales los profesionales han buscado categorizar a las personas en distintos grupos, es la identificación y abordaje de las disfunciones de la personalidad. Esto permite elaborar una base sobre la cual estructurar las diferentes intervenciones y adaptarlas a la sintomatología patológica propia de cada grupo.

La clasificación actual de los trastornos de personalidad según el DSM-5 se divide en tres grupos o clústeres: Clúster A, Clúster B y Clúster C (Soares et al., 2023). En el Clúster A se incluyen los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. Son descritos como distantes, “raros” y desconfiados. En el Clúster B, se encuentran los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista; suelen describirse como personas dramáticas, inestables, impulsivas, manipuladoras y erráticas. En el Clúster C, se hallan los trastornos de personalidad evitativa, dependiente

y obsesivo-compulsiva, en los cuales las personas son miedosas, rígidas, controladoras y obsesivas (APA, 2013; Soares et al., 2023).

Los trastornos de personalidad son comunes y se dan en hasta el 45% de pacientes ambulatorios, ya sea como trastorno único o comórbidos con otros diagnósticos (Peña-Muñante, 2023). Son una condición importante asociada a la morbilidad, muerte prematura y elevado coste personal y social (Winsper et al., 2020).

Uno de los que más desafío presenta, es el Trastorno de la Personalidad Límite (TPL), debido al deterioro que provoca a nivel social y laboral para la persona diagnosticada. Este trastorno se caracteriza por la labilidad emocional, relaciones interpersonales disfuncionales e intensas, impulsividad, alteraciones de la identidad y autoimagen, sensación crónica de vacío existencial, ideas paranoides, síntomas disociativos, y conductas autolesivas y parasuicidas. (Osorio Guzmán & Gordo Seco, 2018; González Marín et al., 2023). Tiene una prevalencia de 0.7-5.9% a nivel mundial y en España de entre un 2% y un 8% (González Marín et al., 2023). Resulta de un elevado coste económico para el sistema sanitario por la alta tasa de ingresos hospitalarios y el uso prolongado de los servicios de salud mental, y el elevado riesgo de suicidio. (Peña-Muñante, 2023; Soares et al., 2023).

Ante esta problemática se han propuesto múltiples tratamientos, y varios han demostrado eficacia en la reducción de la sintomatología propia del trastorno. La Terapia Basada en la Mentalización (TBM) desarrollada principalmente por Anthony Bateman y Peter Fonagy (1999), por ejemplo, es una terapia basada en el apego, que empuja al sujeto a interpretar y comprender, deseos, pensamientos, comportamientos y emociones de sí mismo y de los demás, relacionándolos con los estados mentales

propios (Sánchez-Quintero & De la Vega-Rodríguez, 2013). Otra terapia que ha obtenido buenos resultados es la Terapia Basada en Esquemas (TBE) de Jeffrey Young (1999), con base en teorías cognitivo-conductuales, psicodinámicas y tradiciones centradas en las emociones, busca identificar y modificar la estructura interna de la persona (Burgal Juanmartí & Pérez Lizeretti, 2017).

Por último, la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) de Marsha Linehan (1993), es una terapia que combina el modelo conductista con los principios del budismo zen y la filosofía dialéctica. Su origen se remonta a la década de los 70, cuando Linehan y su equipo de investigadores comenzaron a explorar posibles estrategias para tratar a pacientes con trastorno de la personalidad límite y conductas suicidas crónicas (Al-Halabbí et al. 2024). El núcleo de la DBT radica en la síntesis de la aceptación y el cambio: primero los terapeutas validan las dificultades de la persona, con el fin de reducir su nivel de angustia, y luego se promueven conductas más funcionales, para “vivir una vida que valga la pena vivir” (Al-Halabbí et al. 2024).

Esta terapia es recomendada por las guías de práctica clínica para pacientes diagnosticados de TPL (Peña-Muñante, 2023), ya que dispone de una amplia validación empírica (Errasti y López-Navarro, 2021). Los objetivos principales de la DBT incluyen reducir las conductas parasuicidas, atenuar conductas que obstaculizan significativamente al tratamiento, eliminar conductas disfuncionales para la calidad de vida y potenciar otras más adecuadas.

La DBT se estructura en módulos específicos: habilidades de conciencia plena (mindfulness), tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal. La eficacia de este tratamiento y especialmente en adolescentes, ha sido ampliamente

demostrada, con resultados aún más significativos cuando se incorpora el abordaje familiar, ya sea de forma directa o indirecta. Por ejemplo, el NICE (National Institute for Health and Care Excellence) recomienda la DBT para la intervención de las conductas autolíticas en adolescentes, destacando sus buenos resultados en mayores de 12 años (Haro, et al., 2023). Un estudio de Kothgassner et al. (2021), muestra unos resultados significativos en el tratamiento mediante DBT en adolescentes en las autolesiones, la ideación suicida y otros síntomas del TPL (resultados de eficacia $g = 0.98, 1.16, 0.97$), en adolescentes de entre 12 y 19 años. Una de las fortalezas de esta terapia, es la combinación de la terapia individual con el entrenamiento grupal en habilidades (Groves, Backer, Van den Bosch y Miller, 2012; Haro, 2023; Al-Halabbí et al. 2024).

Objetivos e hipótesis:

El objetivo de este trabajo es valorar la eficacia de la Terapia Dialectico Conductual en la reducción de la conducta regulatoria disfuncional (consumo de drogas, alcohol, conductas de riesgo, autolesiones, etc) y en el aumento de la tolerancia al malestar emocional. Se espera que, tras la terapia, la paciente sea capaz de utilizar las herramientas de tolerancia al malestar y regulación emocional aprendidas durante el proceso, para sustituir las conductas disfuncionales de manejo y regulación de sus emociones.

Con todo ello se espera contribuir al aumento de la evidencia empírica de la eficacia de esta terapia, especialmente en adolescentes, para el tratamiento temprano

de TPL, con el fin de mejorar el pronóstico de recuperación.

Tabla 1.1

Objetivos específicos e hipótesis.

Objetivos	Hipótesis
1) Aprender a identificar, observar y describir las emociones, y comprender su función adaptativa para reducir confusión .	a) El entrenamiento en identificación y descripción de las emociones, así como la comprensión de su naturaleza y función adaptativa reducirá la confusión emocional.
2) Fomentar técnicas de cuidado PLEASE y la incorporación de actividades placenteras para reducir los factores de vulnerabilidad que potencian la labilidad emocional .	b) La inclusión de las técnicas de autocuidado físico y mental en su rutina diaria, favorecerá la reducción de la labilidad emocional.
3) Disminuir la frecuencia de conductas impulsivas de regulación, como el consumo de alcohol y las autolesiones, sustituyéndolas por estrategias de regulación más adaptativas mediante la <i>acción opuesta</i> .	c) La implementación de estrategias de regulación emocional adaptativas mediante <i>acción opuesta</i> reducirá la frecuencia de conductas impulsivas.
4) Desarrollar habilidades de resolución de problemas para reducir las actitudes hostiles y manipulativas .	d) La paciente reducirá las actitudes de manipulación y hostilidad mediante el desarrollo de habilidades de resolución de problemas.
5) Reestructura los pensamientos irracionales que dirigen ideación paranoide para mejorar la regulación emocional mediante <i>contrastar hechos</i> .	e) El cuestionamiento de sus pensamientos y contrastación de la realidad permitirá que la paciente reduzca su ideación paranoide.
6) Disminuir la sensibilidad interpersonal mediante el desarrollo de habilidades para la resolución de conflictos y el aprendizaje de habilidades para <i>contrastar los hechos</i> , fomentando relaciones más saludables.	f) La adquisición de herramientas de resolución de conflictos y de contraste de los hechos reducirá la sensibilidad interpersonal de la paciente.

Tabla 1.2*Objetivos específicos e hipótesis.*

Objetivos en grupo	Hipótesis
6) Mejorar la capacidad de atención mediante las habilidades de conciencia plena con el fin de reducir la interferencia .	f) Se reducirá la interferencia emocional de la paciente tras el aprendizaje de estrategias de conciencia plena.
7) Entrenar habilidades de mindfulness para mejorar la atención plena y disminuir la desatención emocional .	g) La adquisición de habilidades de mindfulness aumentará la atención plena hacia las emociones, facilitando su reconocimiento y aceptación, y reduciendo su evitación emocional.
8) Fomentar la aceptación radical de las situaciones y emociones difíciles para disminuir el rechazo emocional y reducir el nivel de distrés general .	h) El entrenamiento en habilidades de aceptación radical y tolerancia al malestar disminuirá significativamente el rechazo emocional y reducirá el distrés general en la paciente.
9) Reducir la sintomatología ansiosa y depresiva mediante el entrenamiento en la técnica SALVA.	i) Los síntomas de depresión y ansiedad se reducirán tras el aprendizaje y uso de las técnicas SALVA.
10) Aprender a manejar emociones extremas mediante habilidades de STOP y TERR para reducir descontrol emocional y las conductas disfuncionales impulsivas .	j) La paciente reducirá el descontrol sobre sus emociones y conducta reduciendo así la frecuencia de las autolesiones.

METODO

Descripción del caso:

Identificación de la paciente:

L, es una adolescente de 17 años que está cursando 1º de Bachillerato en una ciudad de algo más de 80.000 habitantes de la provincia de Alicante. Tiene diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad comórbido con depresión, ansiedad, e ideación suicida. Es la mayor de dos hermanos, el pequeño de 12 años. Convive en el hogar familiar con su madre, su padre y su hermano. El nivel socioeconómico es medio-bajo.

Motivo de ingreso e historia del problema:

La paciente es derivada a Centros Terapéuticos Espiral desde su USMI-A de referencia con sintomatología caracterizada por inestabilidad emocional, ideas autolíticas, conductas de riesgo y rasgos de personalidad disfuncional. Su historial incluye antecedentes de acoso escolar y abusos, así como, la pérdida de dos de sus amistades por suicidio en el último año anterior a su ingreso. La paciente refiere haber experimentado ideación suicida por primera vez en 6º de primaria y declara haber iniciado conductas de autolesión a los 15 años.

En cuanto al consumo de sustancias, se ha identificado un patrón de ingesta de alcohol asociado a episodios de desregulación emocional (2-3 por semana), así como consumo ocasional de cannabis con fines evasivos y tabaquismo regular (1 por semana).

Actualmente presenta una marcada dificultad para la expresión emocional, recurre a estrategias de evitación experiencial para minimizar el impacto emocional de los eventos. Esto se traduce en una tendencia a invalidar dichas experiencias, lo que, a largo plazo intensifica su malestar y contribuye a conductas disfuncionales tales como consumo de sustancias (2-3 por semana) y autolesiones (2-6 por semana). Verbaliza, además, frases tales como “me da igual”, “no me siento ni bien ni mal, me siento indiferente”, “no quiero que esto me duela, así que evito pensarlo”, “me dan miedo mis emociones porque si me dejo sentir, me desbordo y pierdo el control”.

La paciente lleva en intervención psicológica desde la primaria, inicialmente en una clínica privada, seguido de atención en una clínica universitaria. Posteriormente se la derivó a la USMI-A, donde recibió atención psicológica y psiquiátrica. Tras un intento de suicidio que requirió hospitalización de 15 días, fue derivada, el 21 de noviembre de 2023 al hospital de día en Centros Terapéuticos Espiral. La paciente asiste a este recurso, desde

entonces, en modalidad de intensidad alta, por lo que acude 5 días a la semana y recibe sesiones individuales y grupales con psicología, terapia ocupacional, psiquiatría y trabajo social.

Estrategia de evaluación:

En el presente estudio la evaluación se realizó en tres fases. La primera fue la *evaluación inicial (antes de aplicar la intervención)*, en marzo de 2024. Durante la primera semana, a la paciente se le administró: la entrevista EMO, mediante la cual se recogieron 2 grupos de variables: Regulación emocional propia y Figuras reguladoras (Tabla 2). Los instrumentos cuantitativos: SCL-90, PID-5 y la escala DERS con las variables indicadas en la Tabla 2.

A la familia, se le pasó una entrevista semiestructurada para conocer la historia previa de la paciente, a fin de recopilar información desde su nacimiento, hasta el momento de la evaluación (Tabla 2).

La segunda fue la *evaluación durante el tratamiento*, en la semana 27, tras la finalización del módulo de conciencia plena y tolerancia al malestar y en medio del módulo de regulación emocional. En esta etapa, se realizó una evaluación para monitorear los avances de la paciente, mediante los instrumentos SCL-90, la escala DERS, así como el registro de conductas autolesivas y de consumo de sustancias y registro de regulación. (Anexo A)

Y, por último, en la semana 34, se realizó una *evaluación final* para evaluar el mantenimiento de los resultados obtenidos en la intervención mediante el SCL-90, la

escala DERs, el PID-5, el registro conductual y una hoja de registro de regulación (Anexo A).

Evaluación inicial del caso

El procedimiento se dividió en tres sesiones: la primera enfocada en llevar a cabo la entrevista EMO con la paciente, en la segunda sesión se efectuó la entrevista con los progenitores y en la tercera, se aplicaron las pruebas cuantitativas a la paciente.

Tras la evaluación se elaboró el análisis funcional del caso, seguidamente se generaron los objetivos y las hipótesis a contrastar y, por último, se elaboró y administró el tratamiento.

Instrumentos

Entrevista EMO de Anabel González (González, 2019):

Recoge información de carácter cualitativo sobre la historia de regulación emocional donde se recogen: cómo se regula sus emociones y la interacción con sus figuras reguladoras.

Entrevista inicial semiestructurada:

Con padres: Se recogió información de las áreas como la historia previa perinatal, hábitos, área personal, social, de comunicación, emocional, conductual, motivación e intereses, área familiar (antecedentes, composición familiar, nivel socioeconómico), área académica, motora, antecedente familiares y otras preocupaciones.

Inventario de personalidad para el DSM-5 (PDI-5; Krueger et al., 2012):

El PID-5 es un inventario de 220 ítems elaborado para medir los rasgos de la personalidad basándose en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Es una escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta donde 0 es totalmente falso o a menudo falso a 3, muy cierto o a menudo cierto. Recoge 25 facetas de primer orden agrupadas en 5 facetas de segundo orden: afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo. Este instrumento fue validado en población española sobre dos muestras de población de edades comprendidas entre 15 y 79 años, 446 clínica y 1036 no clínica, y en ambas el instrumento muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach $\alpha = .86$ y $.79$ respectivamente) (Gutiérrez et al., 2017). Estas dimensiones están compuestas por múltiples variables. Para este trabajo se han escogido las siguientes variables: Labilidad emocional, Manipulación, Impulsividad. (Krueger et al., 2012)

Symptom Check List (SCL-90-R ; Derogatis, 1994) :

Es un instrumento de 90 ítems dirigidos a evaluar sintomatología patológica, distribuida en 9 dimensiones: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. El instrumento incorpora además 3 índices globales: Índice de Severidad Global (GSI, *Global Severity Index*) que informa de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático a nivel global; el total de Síntomas positivos (PST, *positive symptom total*) que contabiliza el número de síntomas presentes. Y el índice de distrés de síntomas positivos (PSDI, *positive symptom distress index*) que relaciona el malestar global con el número de síntomas presentes, siendo así, un indicador de la intensidad somática media (Derogatis, 1994). Las 9 dimensiones muestran una fiabilidad adecuada,

con una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de entre $\alpha = .81$ y $.90$. (García León et al., 2018). Para este estudio se han tenido en cuenta las siguientes variables: Somatización, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ideación Paranoide.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004)

La escala de dificultades de la regulación emocional se compone de 28 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos (1 casi nunca, 5 casi siempre). Los ítems están agrupados en 5 dimensiones: descontrol emocional, entendido como las dificultades de manejo de las emociones incómodas; la confusión emocional, que recoge las dificultades de comprensión de las emociones que se experimentan; la interferencia cotidiana, que muestra el impedimento que suponen las emociones negativas para continuar con las tareas o metas del día a día; la desatención emocional, que se entiende como la incapacidad para prestar atención y hacerse consciente de las emociones que aparecen; y el rechazo emocional, el cual hace referencia a la evitación de la experimentación de emociones que generan un malestar; (Hanoos, 2020). La consistencia interna de la escala a nivel global es de $\alpha = .93$ y en la adaptación al castellano, las distintas subescalas evidenciaron una fiabilidad de: Descontrol: $\alpha=.91$; Rechazo $\alpha=.90$; Interferencia $\alpha= .87$; Desatención $\alpha=.73$; Confusión ($\alpha= .78$) (Alcindor-Huelva et al. 2022).

Registros de conducta (McKay et al., 2017). Se utilizaron dos registros conductuales: el primero recoge las conductas autodestructivas y el segundo, las estrategias de regulación alternativas utilizadas a lo largo de una semana (anexo A).

Tabla 2.

Variables e instrumentos.

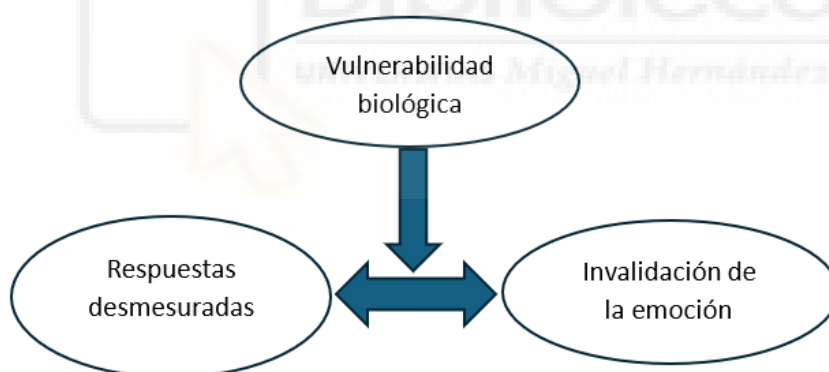
Instrumento	Variable	Información
Entrevista semiestructurada	Historia previa.	Historia previa perinatal, hábitos, área personal, social, de comunicación, emocional, conductual, motivación e intereses, área familiar (antecedentes, composición familiar, nivel socioeconómico), área académica, motora, antecedente familiares y otras preocupaciones.
EMO (González, 2019) PID-5 (Krueger et al., 2012)	Regulación emocional	Cómo regula sus emociones.
	Interacción Figuras	La interacción con sus figuras reguladoras.
	Manipulación	Empleo de estrategias para influir o controlar a los demás, en beneficio propio.
	Labilidad emocional Impulsividad	Inestabilidad en las experiencias emocionales y el estado de ánimo. Dejarse llevar por la emoción del momento en respuesta a estímulos inmediatos. Sentido de urgencia y conductas de autolesión debido a la angustia emocional.
SCL-90-R (Derogatis, 1994)	Somatización	Dimensión que comprende 12 síntomas relacionados con vivencias disfuncionales del cuerpo, sobre todo en relación con el sistema cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular. Recoge el grueso de las manifestaciones psicósomáticas o funcionales.
	Sensibilidad Interpersonal	Nueve síntomas que recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y comportamientos de los demás, lo que resulta en la incomodidad e inhibición de las relaciones interpersonales.
	Depresión	Trece ítems que recogen sintomatología propia de los trastornos depresivos como: disforia, desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas.
	Ansiedad	Diez ítems que recogen sintomatología ansiosa, tanto generalizada como aguda.
	Hostilidad	Seis ítems que constituyen los pensamientos, emociones, y conductas propias de un estado de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y rencor.
	Ideación Paranoide	Seis ítems que recogen diferentes áreas de la conducta paranoide: pensamiento proyectivo, suspicacia, centralismo autorreferencial, ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.
	Índice de Severidad Global (GSI)	La intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático a nivel global.
	PSDI	Distrés global en referencia al número total de síntomas. Informa sobre si el individuo maximiza o minimiza su sufrimiento.
	Descontrol emocional	Dificultades de control de impulsos durante las emociones intensas.
	Confusión emocional	Dificultades de comprensión de las emociones que se experimentan y su naturaleza.
DERS (Gratz & Roemer, 2004)	Interferencia cotidiana	Impedimento que suponen las emociones negativas para continuar con las tareas o metas del día a día.
	Desatención emocional	La incapacidad para prestar atención y hacerse consciente de las emociones que aparecen.
		Aceptación-rechazo de las propias emociones.
		Registro de frecuencia e intensidad de las conductas impulsivas como consumo de sustancias y autolesiones, para paliar el malestar emocional.
Registro conductual	Registro de reconocimiento de conductas autodestructivas	Registro de conductas regulatorias alternativas.
	Registro de regulación	

Análisis topográfico y funcional

Tras la recogida de información mediante las entrevistas cualitativas y los instrumentos cuantitativos, se ha observado que los diferentes factores interactúan de manera transaccional, su vulnerabilidad emocional, las respuestas emocionales y conductuales disfuncionales para consigo misma y el entorno. Esto, sumado a la invalidación de estas conductas por ser percibidas como “exageradas”, han ido reforzando ambos polos, a más respuestas desmesuradas más invalidación del entorno y ante la invalidación, conductas desmesuradas (Figura1).

Figura 1

Teoría biosocial



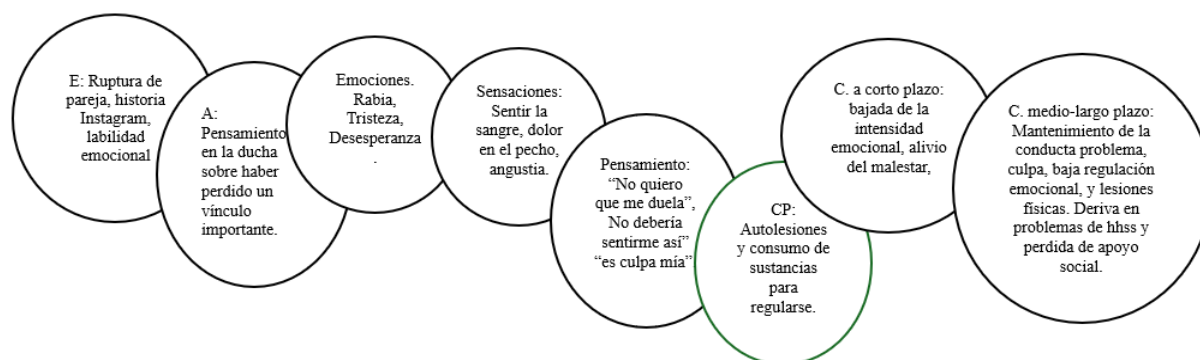
La conducta problema (CP) actualmente son las conductas que utiliza para regularse emocionalmente en los momentos de malestar, las cuales son: los cortes en las piernas con cuchillas en el baño tras ducharse y/o el consumo impulsivo de alcohol y/o cannabis que esconde en su habitación. Estas conductas se producen de media una 2-6 veces por semana dependiendo de la intensidad del malestar. Lleva a cabo estas

conductas en privado, generalmente en el baño. Aunque los cortes son superficiales, en varias ocasiones ha requerido atención médica.

En cuanto al análisis en cadena (Figura 2), se ha realizado sobre un evento reciente clave durante la terapia: la reciente ruptura con su pareja. Como factores de vulnerabilidad (E) se destaca la tristeza por la ruptura con su pareja, ver una historia de Instagram de su expareja con una chica nueva y su labilidad emocional. Como evento desencadenante (A), pensamientos dentro de la ducha sobre su expareja y sensación de haber perdido el vínculo más importante de su vida. Describe que la respuesta (R) emocional inicial fue de rabia, tristeza, desesperación. Fisiológicamente, sentía como la sangre le corría por las venas y quería que ese ruido parase, llanto descontrolado, dolor en el pecho, angustia. A nivel cognitivo refiere que todo le parece irreal, le vienen pensamientos de “no quiero que esto me duela”, “no debería sentirme así, es culpa mía por dejarle”, “me lo merezco”, etc. La conducta problema (CP) son los cortes en las piernas (2-6 por semana), que la paciente refiere la traen de nuevo a la realidad y consumo de dos vasos de alcohol etílico para “anestesiar” el dolor físico y emocional (3 veces por semana). Las consecuencias (C) instantáneas fueron de reducción del malestar y atención de los demás. A pesar de ello, las emociones inmediatamente posteriores son la culpa y el miedo por si alguien de su familia se enteraba. A medio y largo plazo esto mantiene la evitación experiencial, refuerza el aprendizaje de estas conductas como método de regulación, no desarrolla habilidades interpersonales funcionales.

Figura 2.

Análisis en cadena.



Aplicación del tratamiento

El tratamiento se llevó a cabo en dos fases. En la primera, la paciente participó en las sesiones grupales centradas en los dos primeros módulos: *Conciencia plena* y *Tolerancia al malestar*. En la segunda fase, se impartió de manera individual el tercer módulo: *Regulación emocional*. Tanto las sesiones grupales como las individuales se llevaron a cabo con una frecuencia semanal.

Las sesiones individuales comenzaban con la revisión de herramientas aprendidas y la utilización de estas en su vida cotidiana. Posteriormente, se hablaba de situaciones que se habían dado a lo largo de la semana y generalmente se trabajaban las nuevas habilidades a raíz de estas situaciones. Una de las habilidades dentro del módulo de *regulación emocional* es el cambio de la respuesta emocional. Dentro de esta, se utiliza una técnica que es la *acción opuesta*. La *acción opuesta* se utiliza cuando la respuesta emocional no es coherente con los hechos o, aunque sea coherente, no es efectiva (Boggiano & Gagliesi, 2021). En estas sesiones, se expusieron ejemplos de acciones opuestas ante emociones utilizando la Ficha 1. A raíz de esto, se detectaron las

respuestas emocionales que la paciente solía tener ante determinados eventos estresantes y la acción opuesta a cómo la emoción le pedía actuar en el momento.

Por otro lado, en las sesiones grupales, se trabajaron dos módulos: Conciencia Plena y Tolerancia al malestar. Al inicio de todas las sesiones grupales, se realizaba una dinámica de conciencia plena, con el fin de resituar a todas y todos los pacientes en el grupo. Seguidamente se hacía un control diario para saber qué habilidades de las aprendidas en el taller se habían llevado a cabo a lo largo de la semana. Algunas de las habilidades que se trabajaron en las sesiones grupales fueron: observar, describir, aceptar y participar, conciencia plena, mente sabia, no juzgar, concentrarse en una cosa, efectividad, STOP o TERR (temperatura, ejercicio, relajación y respiración). Una de las dinámicas de conciencia plena que se llevó a cabo, fue salir al parque y tratar de describir a los transeúntes e imaginar la vida que tendrían en base a su apariencia. La finalidad era centrar la atención en una única cosa, observar lo más detenidamente posible y describir a la persona basándose en sus criterios propios. De esta manera, se esperaba que los pacientes se dieran cuenta de que todos tienen prejuicios y maneras de ver las cosas diferentes. Que cuando se focaliza la atención en una cosa y se juzga desde el mapa mental propio, supone un reto separar lo que se percibe como real, de la realidad objetiva.

Tabla 1
Sesiones de tratamiento grupo.

OBJETIVO	SESIONES	CONTENIDO
Conocer la DBT	1. Psicoeducación	Dinámica de mindfulness. Teoría biosocial. Supuestos de la DBT
	2. Supuestos de la DBT	Dinámica de mindfulness. Profundizar en los supuestos de la DBT.

Conciencia plena.	3.	Habilidades de conciencia plena.	Dinámica de mindfulness. Control diario. Detectar conductas a aumentar y a reducir.
	4.	Las mentes sabia, racional y emocional	Dinámica de mindfulness Control diario
	5.	Herramientas básicas de conciencia	Dinámica de mindfulness Control diario Ausencia de conciencia de las mentes. Control mente: mente enfocada-mente abierta.
	6.	Herramientas básicas de conciencia	Dinámica de mindfulness Control diario ¿Qué tengo que hacer?: observar, describir, aceptar y participar. Ejercicio de observación en el parque.
	7.	Herramientas básicas de conciencia	Dinámica de mindfulness Conciencia plena. ¿Cómo lo hago? Sin juzgar, concentrarse en una cosa y efectividad.
	8.	Herramientas de tolerancia al malestar	Dinámica de mindfulness Control diario ¿Para qué sirve tolerar el malestar? Sobrevivir a situaciones en crisis, Aceptar la realidad, Ser libre.
	9.	Herramientas de tolerancia al malestar	Dinámica de mindfulness Control diario ¿Cómo sobrevivir a la crisis? STOP
Aprender a tolerar el malestar.	10.	Herramientas de tolerancia al malestar	Dinámica mindfulness Control diario Entrenamiento en TERR. Empezando con la T, se utiliza una bolsa de hielo. Se explican ejercicios para la E.
	11.	Herramientas de tolerancia al malestar	Dinámica mindfulness Control diario Explicación de las Rs de respiración y relajación Se realizan ejercicios de respiración y relajación diferentes.
	12.	Herramientas de tolerancia al malestar	Dinámica mindfulness Control diario Pros y contras de tolerar y no tolerar el malestar
	13.	Herramientas de tolerancia al malestar	Dinámica mindfulness Control diario Mejorar el momento con técnica: SALVA
	14.	Herramientas de tolerancia al malestar	Dinámica mindfulness Control diario Mejorar el momento con técnica: SALVA. Sentido, ánimo y aliento, lugar seguro, valora lo que tienes, acciones relajantes. Se crea el lugar seguro.
	15.	Herramientas de tolerancia al malestar	Dinámica mindfulness Control diario Mejorar el momento con técnica: SALVA. Sentido, ánimo y aliento, lugar seguro, valora lo que tienes, acciones relajantes. Lista de agradecimientos
	16.	Herramientas de tolerancia al malestar	Dinámica mindfulness Control diario Aceptación radical. ¿Qué tiene que aceptarse y por qué tiene que aceptarse? Redireccionar la mente

- | | |
|--|--|
| 17. Herramientas de tolerancia al malestar | Dinámica mindfulness
Control diario
Aceptación radical.
Disposición abierta, media sonrisa. |
|--|--|

Tabla 2.

Sesiones de tratamiento individual

OBJETIVO	SESIONES	CONTENIDO
Evaluación inicial con la familia y Lola	1 y 2 Evaluación	Entrevista inicial Entrevista EMO Aplicación de cuestionarios estandarizados.
	3. Psicoeducación	Función de las emociones. ¿Qué están haciendo mis emociones por mí? ¿Qué hace difícil regular las emociones? Hoja registro de reconocimiento de emociones
Comprender como afecta el trastorno a mis emociones.	4. Entender y expresar	Revisión de Hoja de registro. Modelo para describir emociones
	5. Entender y expresar	Ficha de mitos y proponer su discusión
Cambiar mi respuesta emocional.	6. Contrastar los hechos	Ficha donde localizar su emoción y poder explicarla. Actividad para casa de contrastar los hechos que sostengan la emoción.
	7. Contrastar los hechos	Revisión de actividad en casa. Discusión de los hechos contrastados y pensamientos asociados. Descripción de emociones experimentadas y función.
	8. Acción opuesta	Cambiar modo de actuar a la urgencia de acción. Pasos. Ejemplos de acciones opuestas, ficha 1.
	9. Acción y resolución	Revisar actividad de acción opuesta en casa. Comenzar con la resolución de problemas.
	10. Acción y resolución	Trabajar los pasos de la resolución de conflictos en su conflicto actual. Re-test seguimiento.
	11. Acumular emociones positivas.	Revisión registro de técnicas de regulación emocional. Revisión actividades placenteras. Acumular emociones positivas, construir maestría
Reducir vulnerabilidad.	12. Reducir vulnerabilidad	Actividad PLEASE
	13. Acumular emociones positivas a corto plazo	Actividades placenteras y para cuidar tu cuerpo.
	14. Acumular emociones positivas a corto plazo	Expresar las emociones que han generado las actividades positivas. Proponer más actividades placenteras y en compañía
	15. Exposición a la emoción.	Abordaje de evitación de la experiencia. Exposición con mindfulness: la ola. Entrega de hoja uso de regulación emocional aprendida y actividades placenteras de la semana.
Manejar emociones extremas.	16. Exponer emociones extremas vividas.	Ficha de regulación emocional 23. Pasos para frenar el quiebre de habilidades.
	17. Anticiparse y revisión	Cuando lo que haces no está funcionando. Revisión módulo de habilidades de regulación emocional.

En cuanto al abordaje familiar, se tuvieron tres sesiones de psicoeducación sobre el trastorno y de qué manera las relaciones dentro del contexto familiar potencian o inhiben ciertas conductas. Así como, una serie de recomendaciones de cambio de en las interacciones mantenedoras de las conductas problema, mediante el fomento del establecimiento de límites sanos y la importancia de la validación de las emociones.

Ficha 1.

Acción opuesta

EMOCIÓN	ACCIONES OPUESTAS
Miedo / ansiedad	Enfrenta eventos, lugares, tareas, actividades, personas a las que les tienes miedo. Afronta la situación una y otra vez
Ira	Evita gentilmente a la persona con la que estás enojado/a, en lugar de atacar Tómate un tiempo fuera y respira (inhala y exhala profundamente durante un momento) Sé gentil en vez de comportarte de forma agresiva; muestra empatía por la otra persona
Vergüenza	1. Si la vergüenza NO está justificada: Enfrenta. Participa plenamente en las situaciones sociales; mantén tu cabeza en alto, tu voz firme y busca hacer contacto visual Muestra tus características personales o tu comportamiento abiertamente 2. Si la vergüenza está justificada: discúlpate y repara el error Trata de no cometer el mismo error en el futuro y acepta las consecuencias; repara el daño si es posible. Perdónate a ti mismo/a y déjalo ir
Culpa	1. Si la culpa NO está justificada, no pidas perdón ni trates de reparar. Cambia tu postura corporal, muéstrate inocente y orgulloso/a; mantén la cabeza en alto, postura erguida, mantén el contacto visual y tu voz firme 2. Si la culpa está justificada, experimenta la culpa. Discúlpate, pero no ruegues. Acepta las consecuencias Repara la transgresión y trabaja para prevenir que ocurra de nuevo
Tristeza	Ponte en acción. Enfrenta en lugar de evitar. Aumenta las actividades placenteras, construye dominio.
Celos	Deja ir. No busques controlar las acciones de la otra persona, deja de espiar. No te aferres. Busca relajarte; relaja tu cara y tu cuerpo.

RESULTADOS

Como se menciona en el procedimiento, con el fin de obtener unos resultados óptimos, las fases de evaluación fueron tres. Cabe destacar que, cuando se llevó a cabo la evaluación durante del tratamiento, la paciente estaba muy estable. Por el contrario, cuando se realizó la evaluación final de seguimiento, la paciente había vivido una serie de eventos en un plazo muy corto de tiempo (ruptura con la pareja, inicio de nuevo curso, aniversario muertes de sus amigos y de su ingreso), que la desestabilizaron bastante a nivel emocional, y le dificultaron la autorregulación.

En la primera tabla de resultados, la Tabla 3, se recogen en percentiles las tres fases de evaluación que se llevaron a cabo del SCL-90. De este instrumento, se consideraron las siguientes variables: la ansiedad, la depresión, la somatización, sensibilidad interpersonal, la ideación paranoide y la hostilidad. Se tuvieron en cuenta también el índice de severidad global y el índice de malestar positivo.

Tabla 3

Resultados SCL-90-R

SCL-90-R	Evaluación inicial	Durante el tratamiento	Evaluación final
Somatización	70	55	55
Depresión	80	75	65
Ansiedad	90	75	80
Hostilidad	90	80	85
Sensibilidad interpersonal	85	80	80
Ideación paranoide	90	70	75
Índice sintomático general	85	75	75
Índice de Distrés de Síntomas Positivos	70	50	50

Como se puede observar en la tabla 3, en la evaluación durante el tratamiento hubo una mejoría significativa en las variables de somatización, depresión y ansiedad y

en el índice de malestar medio. En la evaluación final se observa que la puntuación que más disminuye es la de depresión. Disminuye ligeramente también la ideación paranoide. La de somatización, sensibilidad interpersonal y los índices generales se mantienen. Ansiedad y hostilidad han aumentado ligeramente, aunque siguen por debajo del inicio.

En cuanto al PID-5, cuyos resultados se presentan en la Tabla 4, este instrumento se administró exclusivamente al inicio y al final del tratamiento debido a su extensión. Para este estudio, se consideraron únicamente las facetas que se iban a ver afectadas por la intervención: labilidad emocional, impulsividad y manipulación.

Las puntuaciones se expresan como promedios calculados dividiendo la puntuación bruta de cada faceta entre el número de ítems que la componen. Por ejemplo, en la faceta de labilidad emocional compuesta por 7 ítems, la puntuación máxima posible sería 21, asumiendo una puntuación de 3 en cada ítem, que corresponde al nivel más alto de la escala (0: totalmente falso o a menudo falso a 3: muy cierto o a menudo cierto). Esta puntuación refleja el grado máximo de gravedad en esta dimensión, el cual es observable en este caso.

Por lo tanto, tal como se refleja en la Tabla 4, la única variable que muestra un ligero empeoramiento es la impulsividad, mientras que las demás facetas presentan una leve mejoría en sus puntuaciones promedio.

Tabla 4.*Resultados PID-5.*

PID-5	Evaluación inicial	Evaluación final
Labilidad emocional	3	2.86
Impulsividad	2.17	2.67
Manipulación	2	1.80

En cuanto a la escala DERs, se puede observar en la Tabla 5 como los resultados han ido oscilando también a lo largo del tratamiento. A mitad del tratamiento, cuando la paciente estaba adquiriendo los aprendizajes tanto a nivel individual como grupal, hubo una ligera mejora en mayoría de las variables. Sí hubo un empeoramiento en confusión, debido a que estaba recibiendo mucha información sobre las emociones y esto pudo haberla hecho sentir que comprendía menos de lo que realmente lo hacía. En la evaluación final, la variable de descontrol aumentó hasta situarse como al inicio, y la de desatención se situó ligeramente peor que al inicio. La variable de confusión se volvió a situar como al inicio, la interferencia se mantuvo como en la fase media de la intervención. El rechazo emocional sufrió un ligero empeoramiento en la evaluación final, pero no se elevó al mismo punto inicial. Y a nivel general, aunque la desregulación sigue siendo elevada, se ha reducido ligeramente desde el inicio del tratamiento.

Tabla 5*Resultados del DERS*

DERS	Test PC	Re-test	Posttest
Desatención	12	10	13
Confusión	12	13	12
Interferencia	26	20	20
Descontrol	14	10	14
Rechazo	33	27	31
Total	97	80	90

Tabla 6.*Resultados de frecuencia e intensidad de conductas autodestructivas.*

	<i>Evaluación inicial</i>		<i>Durante el tratamiento</i>		<i>Evaluación final</i>	
Conduc.	Frecuenc.	Intensid.	Frecuenc.	Intensid.	Frecuenc.	Intensid.
Cortes muslos	2-6 semana	+6 cortes en muslo	2 semana	3-4 cortes en muslo	2 semana	4-5 cortes en muslo
Beber alcohol	2-3 entre semana 2 fines de semana	1 l. tinto 3/chupit. 3 cubatas	1 semana 1 mes	3/chupit. 1 l. tinto	1 semana 1 mes	3/chupit. 1 l. tinto
Fumar marihuana.	1 semana	1 unidad	1 semana	1 unidad	1 mes	1 unidad

Por último, los registros de conductas autodestructivas muestran una disminución tanto en las autolesiones como en el consumo de sustancias durante el tratamiento. Sin embargo, al final de la intervención se observa un aumento en el número de cortes, aunque su frecuencia sigue siendo menor en comparación con el inicio del proceso terapéutico.

Aunando la información recogida inicialmente en las entrevistas cualitativas, se determina que la paciente presentaba actitudes hostiles, manipuladoras e impulsivas en su interacción con sus allegados. Refería que su pilar principal de apoyo es su madre,

seguido de su pareja. Por otro lado, su padre se mostraba normalmente más distante, y en alguna ocasión refiere que la hacía sentir culpable por cómo se sentía. Esto también le ocurría con su madre y, en ocasiones la hacían sentir inútil, por ejemplo, cuando no era capaz de levantarse de la cama. En cuanto a la familia, esta tiende a posicionarse entre la sobreprotección y la exigencia extrema, mecanismo conflictivo que fomentan los rasgos de personalidad de la paciente. Se ha trabajado tanto a nivel individual como en su contexto, la ganancia secundaria de los síntomas, tratando de que la familia comprenda la enfermedad y que no refuercen ni invaliden la sintomatología. Al final del tratamiento, observan una ligera mejora, pero temen que, con los eventos ocurridos, vuelva a llevar a cabo las conductas problema de manera muy recurrente, como al principio.

Tras la intervención, dado que la paciente acudía de lunes a viernes al recurso, se pudo observar una mejoría a nivel global. Participaba activamente en todas las actividades propuestas, y en ocasiones incluso servía de guía al grupo. Parecía comprender los conceptos que se trataban, y en los controles semanales de grupo, explicaba adecuadamente el uso que había hecho de las habilidades a lo largo de la semana. Además, gracias a los registros individuales, tanto de comportamientos autodestructivos como el registro de conductas regulatorias para reducir la vulnerabilidad, se pudo ir observado también el uso y aplicación semanales que realizaba la paciente de las habilidades aprendidas. En casa destacaban también ciertos cambios comportamentales: mayor comunicación y algo menos de hostilidad y manipulación. Cabe destacar que, aunque los últimos eventos hayan resultado desestabilizantes para ella, la regulación de las emociones y de las conductas fue mucho más adecuada y funcional que al inicio del tratamiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las tres fases de la evaluación ofrecen una perspectiva interesante, ya que, aunque en la evaluación final se observa un ligero incremento en algunas puntuaciones, estas no alcanzan los niveles previos al inicio del tratamiento. En términos generales el tratamiento ha resultado eficaz en la reducción de la sintomatología más problemática de la paciente y su estabilización, incluyendo tanto el malestar percibido, como la frecuencia de conductas de autorregulación dañinas. No obstante, se requiere todavía de una intervención más intensiva para alcanzar su consolidación y un uso más eficaz de las habilidades aprendidas, durante los episodios de crisis extremas, como las acontecidas recientemente.

Respecto a la primera hipótesis, se confirma que la paciente desarrolló la capacidad de identificar y describir sus emociones, así como comprender su función en el contexto. Sin embargo, a pesar de estos avances, la paciente manifiesta percibir que dicho conocimiento es insuficiente, lo que genera una subestimación de sus logros en esta área, como se ha podido observar con la variable de confusión. La paciente requiere por tanto más tiempo y práctica de las habilidades adquiridas para que se puedan mantener a largo plazo y emplearlas en momentos de elevado estrés emocional.

Ocurre lo mismo en la hipótesis B, la disminución de la puntuación no ha sido significativa, se espera que, con los nuevos hábitos y actividades establecidas, resulten a largo plazo en la mejora de la gestión de la labilidad emocional. Actualmente realiza muchas más actividades placenteras que le generan bienestar (participar en la cruz roja, celebrar fiestas con sus amigos sin consumir alcohol, cocinar con su madre postres) y lleva a cabo rutinas de autocuidado.

Se ha alcanzado el objetivo de la hipótesis C, las conductas impulsivas se han reducido de consumo y autolesiones. Sin embargo, en la variable de impulsividad del PID-5, se observa un aumento de la puntuación, dado que la paciente sigue percibiendo falta de control sobre sus impulsos. Esto por otro lado se puede interpretar como que la paciente es más consciente de estas conductas, y a pesar de llevar a cabo menos, les presta más atención. Esto puede haber sido favorecido por el registro recurrente de conductas autodestructivas propuesto. Se espera que a largo plazo la paciente pueda, además de ser consciente de ellas, regularlas de manera más eficaz.

De manera similar, en la hipótesis D, también se requiere de un enfoque más riguroso. Si bien se ha observado una reducción de las conductas manipulativas y hostiles en su entorno, como demuestran los resultados cuantitativos y cualitativos, persisten dificultades significativas. La paciente experimenta dificultades en el manejo de los conflictos internos generado a raíz de las situaciones de conflicto externas, lo que la lleva a episodios de crisis emocionales y su correspondiente busca de autorregulación disfuncional. Esto cristaliza la necesidad de un trabajo adicional en esta área para consolidar las habilidades adquiridas y prevenir recaídas.

En relación con la ideación paranoide, en la paciente destaca especialmente el pensamiento proyectivo y la suspicacia, que han sido los aspectos más fluctuantes a lo largo de estos meses. Los eventos recientes han exacerbado su hostilidad y desconfianza hacia los demás, aunque no con la misma intensidad que al inicio de la intervención. A pesar de que los resultados cuantitativos reflejan una disminución en estos indicadores, esta área será abordada más adelante en el módulo de eficacia interpersonal dentro del marco de la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT).

La sensibilidad interpersonal, aunque la puntuación ha sufrido una ligera bajada, aún sigue elevada. La paciente indica que resuelve mejor los conflictos, pero como se ha ido observando los últimos meses, esta es una de las facetas que más deben trabajarse con la ella, junto a la labilidad emocional, para llegar a gestionar mejor la intensidad emocional que surge durante sus interacciones interpersonales.

Respecto a los objetivos que se trabajaron con la paciente en el grupo, se puede concluir que L. adquirió adecuadamente las habilidades de conciencia plena. Se alcanzaron los objetivos de volver al momento presente y ser capaz de centrarse en una actividad sin demasiadas interferencias. Esto se pudo observar de primera mano puesto que la paciente acudía de lunes a viernes al recurso por las mañanas, y durante las actividades académicas y en grupos, era capaz de mantener la atención en las dinámicas propuestas sin interferencias ni distracciones.

Por otro lado, la tolerancia al malestar todavía se debe continuar trabajando. La paciente en los momentos de mayor crisis evita sus emociones, refiriendo que no quiere sentirse como se siente, que no debería sentirse así por ser la causante de sus males. Al inicio mostró una buena adquisición de estas habilidades, pero, cognitivamente ha recuperado ciertos pensamientos de rechazo de las emociones y su experimentación, debido a todos los eventos ocurridos. Esto se debe al miedo que le genera desbordarse a nivel emocional y perder el control. A pesar de ello, las conductas de evitación mediante consumo de sustancias y autolesiones se han reducido en frecuencia como se puede observar en los resultados (Tabla 6) y previo a realizar esas conductas, trata de emplear todo lo aprendido en la terapia. Esto ha favorecido que en muchas ocasiones no las haya llevado a cabo.

Es esencial, por lo tanto, continuar trabajando en esta área, ya que la paciente aún no ha consolidado las habilidades esenciales para el manejo de las crisis. La paciente manifiesta frustración cuando las estrategias de STOP o TERR para modificar sus reacciones fisiológicas no producen los resultados esperados. Sin embargo, parece no ser consciente de cuando estas habilidades sí han resultado efectivas y han retrasado las conductas problema.

Por esta razón, resultó fundamental destacar y reforzar los logros obtenidos durante estos eventos, con el fin de fortalecer su motivación y adherencia al tratamiento, evitando así que se desvincule del proceso terapéutico debido a su percepción de ineficacia.

Por último, en cuanto la sintomatología depresiva y ansiosa, sí presentó una disminución significativa en la evaluación cuantitativa. La habilidad de SALVA es una de las que mejor domina la paciente, realiza acciones tales como: encontrar un significado a la situación dolorosa, creación de lugar seguro, valorar lo que tienes, acciones relajantes. Otra de las variables más importantes quizás dentro de este tratamiento ha sido el cambio en la familia. La paciente refiere que se siente más validada, que se preocupan por ella y que la escuchan más. Acepta los límites negociados con ella y la familia en terapia y hoy en día recalca una muy buena relación con su familia.

Por lo tanto, con lo que respecta al tratamiento del TPL, varios metaanálisis (Font-Domènech, 2019; Neri et al., 2024, de Luna Velasco et al., 2024) recogen los diferentes estudios que evidencian la eficacia de la DBT en el tratamiento de este tipo sintomatología asociada al TPL, sobre todo en la reducción de la sintomatología depresiva, en la impulsividad, en las autolesiones e ideas suicidas, por encima, por

ejemplo, de la terapia de esquemas (Neri et al., 2024) que suele ser más útil en personalidades evitativas y abordaje de trauma. Su eficacia en adolescentes ha sido profundamente demostrada en diversos estudios y revisiones sistemáticas (Zapolski & Smith, 2017; Mehlum et al., 2019; Asarnow et al., 2021; De Luna et al., 2024). En todos ellos hay una clara reducción en los intentos de suicidio e ideación suicida, conductas de autolesión, eficacia ante la desregulación emocional y psicopatología global. Incluso invitan a su entrenamiento en población sana (Pardo et al., 2020). El programa de adolescentes recoge también terapia con la familia, En el caso de esta intervención, se tuvieron tres sesiones familiares con la finalidad de ofrecer estrategias de actuación en el entorno familiar (establecimiento de límites sanos, generar un entorno validador). Y, además, el recurso ofrecía sesiones grupales semanales para las familias, en las cuales se le ofrecían pautas de actuación, no enfocado tanto al trastorno, si no más a los síntomas comunes de los diferentes pacientes que acudían al recurso (síntomatología depresiva, ideación suicida, problemas de conducta, problemas de imagen corporal) a las cuales la familia acudía sin falta.

Para concluir, es importante destacar las limitaciones de este trabajo. Por un lado, las condiciones en las cuales se encontraba la paciente, de atención constante no solo a nivel psicológico, si no también psiquiátrico, de terapia ocupacional, trabajo social y el tratamiento farmacológico. Es difícil dilucidar la influencia de todos estos factores durante la intervención, por lo que no se puede saber a ciencia cierta hasta qué punto la terapia ha sido eficaz por si sola, o ha sido el conjunto del recurso lo que ha favorecido la mejora de la paciente. Además, el trabajo se ha realizado únicamente sobre tres módulos de la DBT. Tras el inicio de curso se tuvo que modificar el horario, por lo que el tratamiento se paró durante un periodo de tiempo.

Es importante señalar que, a pesar de que la alianza terapéutica en un primer momento parecía sólida, en el momento en que no la paciente no era capaz de tolerar más malestar, expresó su insatisfacción con el tratamiento. Este patrón es común en las personas con TPL (Salgado, 2014), por lo tanto, una etapa clave del tratamiento consistió en la reconstrucción de esa alianza y la recuperación de la confianza en el tratamiento.

Otra limitación relevante durante la intervención fue no abordar el abuso sexual infantil (ASI). Existe debate sobre si este evento debe tratarse prioritariamente o si es más adecuado centrarse en otras variables subyacentes a las frustraciones derivadas del trauma. Por un lado, el ASI se considera un trauma temprano que altera el desarrollo y constituye un factor de riesgo para trastornos de la personalidad (Nuñez & Sánchez-Sandoval, 2024). Algunos autores argumentan que este evento no es determinante para el desarrollo de trastorno, dado que en los trastornos de personalidad existen múltiples causas que correlacionan (Pereda et al., 2011; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2021). Mosquera & González (2013) subrayan que los traumas infantiles agravan los síntomas del trastorno límite de la personalidad (TLP), siendo el ASI el evento traumático más frecuente en estos pacientes. Según Pérez-Rivera et al., (2021) la clave del problema reside más en la invalidación y frustración generadas, que derivan en un apego inseguro por la ambivalencia de los sentimientos que se generan en el paciente (González Marín et al. (2023). Por tanto, esto puede dar a entender que, trabajar las consecuencias del trauma podría ser más efectivo que centrarse exclusivamente en el evento traumático.

Como recomendación para futuras intervenciones, se sugiere implementar esta terapia en entornos hospitalarios, sobre todo por su carácter estabilizador y de reducción de conductas autolesivas, y dado que su eficacia en estos contextos ha sido

ampliamente respaldada por la evidencia científica (Lenz et al., 2021; Aliño Dies et al., 2024). Además, estos recursos son frecuentemente utilizados por personas con este tipo de trastornos, que resalta la importancia de integrar estrategias terapéuticas específicas en dichos entornos para optimizar los resultados clínicos.

REFERENCIAS

- Alcindor-Huelva, P., Delgado Campos, A., Izquierdo Morejón, F. J., & Faya Barrios, M. (2022). Estilos de apego y perfil de dificultades en la regulación emocional en una muestra de adolescentes femeninas (16-19 años). *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(1), 10–24. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n1a3>
- Al-Halabbí, S., Rodríguez-Otero, J.S. y Fonseca, E. (2024). Conducta suicida en el trastorno límite de la personalidad. En J.A. Díaz-Garrido et. Al. (Coords.). *Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad: II Aproximación a modelos terapéuticos*. (pp. 183-201). Ediciones Pirámide.
- Aliño Dies, M., González Gualda, L. M., & Sánchez García, M. de los D. (2024). Atención a los pacientes con trastorno límite de personalidad en urgencias. *Npunto*, 7(78), 28–50.
- American Psychological Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., Korslund, K., Hughes, J., Avina, C., Linehan, M. M., & McCauley, E. (2021). Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: Emotion regulation, mechanisms, and mediators. *Journal of the*

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 60(9), 1105–1115.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016>

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569. DOI: [10.1176/ajp.156.10.1563](https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563)

Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2020). *Terapia dialéctico conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Buenos Aires: Edulp.

Burgal Juanmartí, F., & Pérez Lizeretti, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: Una revisión. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 37(1), 148-156. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2832>

Cruz, C. (2019). *Teorías de la personalidad a lo largo de la historia*. *Psiquiatría y Salud Mental* 36 (3): 119-30.

De Luna Velasco, L. E., Campas, M. A. S., & Telles, F. S. (2023). Intervenciones psicológicas para la prevención del suicidio DBT-A con adolescentes: una revisión sistemática. *Avances En Psicología*, 32(1), 1-11. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2024.v32n1.3120>

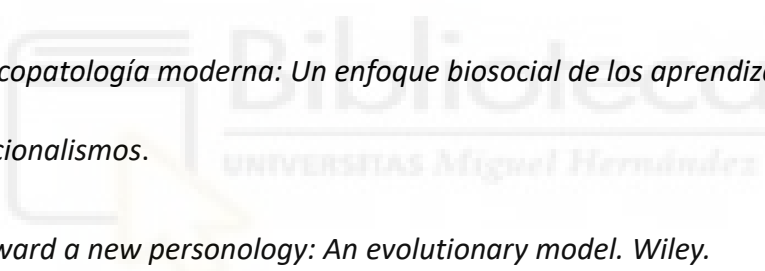
Derogatis, L.R. (1994). *Cuestionario de 90 síntomas* (adaptación española de J.L. González de Rivera y cols. 2002). TEA ediciones.

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2021). *Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses*. Barcelona: Editorial Planeta.

Errasti Pérez, J., & López Navarro, E. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos de la personalidad. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos: Adultos* (pp. 553–574). Ediciones Pirámide

- Font Domènech, E. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones: TLP: Comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197–212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>
- García León, M. Á., González-Gomez, A., Robles-Ortega, H., Padilla, J. L., & Peralta-Ramirez, I. (2018). Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) en población española. *Anales de Psicología*, 35(1), 33–40. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.314111>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Groves, S., Backer, H. S., Van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65–75.
- González Marín, E. M., Montoya Otálvaro, J. A., Cadavid Buitrago, M. A., Gaviria Gómez, A. M., Vilella, E., & Gutiérrez-Zotes, A. (2023). Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática. *Revista de Investigación e Innovación En Ciencias de La Salud*, 5(1), 273–293. <https://doi.org/10.46634/riics.174>
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., Gutiérrez-Zotes, J. A., Gárriz, M., Caseras, X., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017). Psychometric properties of the Spanish PID-5 in a clinical and a community sample. *Assessment*, 24(3), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1073191115606518>

- Haro, M. V., Chaudrón, P., & Palacios, A. (2023). Revisión de revisiones sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para adolescentes con trastorno de la personalidad límite. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 10(1).
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2023.10.1.8>
- Hanoos López, M. (2021). Relación entre estilos de apego y regulación emocional. *MLS Psychology Research*, 3(2). <https://doi.org/10.33000/mlspr.v3i2.561>
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067.
<https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890.
<https://doi.org/10.1017/S0033291712000806>
- Lenz, A. S., Del Conte, G., Douglas, C., Crenshaw, A., Dobbs, C., Stogner, E., & Williford, V. (2021). A pre-experimental evaluation of treatment gains associated with a DBT-A partial hospitalization program. *Journal of Counseling & Development*, 100(2), 1–11.
<https://doi.org/10.1002/jcad.12416>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Mayorga, M. (2018). *Escuelas de Psicología: Un breve recorrido por las teorías de la personalidad (1ª ed.)*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1985). Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. *Personality And Individual Differences*, 6(5), 587-597. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(85\)90008-x](https://doi.org/10.1016/0191-8869(85)90008-x).
- Mckay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2017). *Manual práctico de terapia dialéctico conductual*. Desclee de Brouwer.
- Mehlum, L., Ramleth, R.-K., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Larsson, B., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(10), 1112– 1122. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13077>
- Millon, T. (1976). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*.  UNIVERSITAT Miguel Hernández
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. Wiley.
- Morales De Barbenza, C. (2003). El abordaje integrativo de la personalidad en la teoría de Theodore Millon. *Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines*, 20(1), 61–74.
- Mosquera, D., & González, A. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad [EMDR therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1). <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7036>
- Neri, M., Reitano, A., Rinnone, L., Bruno, A., Turiaco, F., Ferreri, F. M., Mento, C., Muscatello, M. R. A., & Iannuzzo, F. (2024). Borderline personality disorder: A narrative review on

effective psychotherapies. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 11(2), Article 1.

<https://doi.org/10.22543/2392-7674.1500>

Núñez, E. & Sanchez-Sandoval, Y. (2024). Revisión Sistemática Sobre Tratamientos Psicológicos con Personas Adultas Víctimas de Abuso Sexual Infantil. *Revista de Psicoterapia* (2024,) 35(128), 33-41.

Osorio Guzmán, A., & Gordo Seco, R. (2018). Estructura de personalidad límite en adolescentes. A propósito de un caso. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 35(3), 250–254.

<https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n3a3>

Pardo, E. S., Rivas, A. F., Barnier, P. O., Mirabent, M. B., Lizeaga, I. K., Cosgaya, A. D., Alcántara, A. C., González, E. V., Aguirre, B., & Torres, M. A. G. (2020). Qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a dialectical behavior therapy skills training group. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02649-2>

Peña-Muñante, G. S. (2023). Conceptualización y tratamiento del trastorno de personalidad límite: una revisión narrativa. *Persona*, 26(1), 153–173.
[https://doi.org/10.26439/persona2023.n26\(1\).6362](https://doi.org/10.26439/persona2023.n26(1).6362)

Pérez-Rivera, J. L., Pimentel-García, A. C., Díaz, L. C. H., Martínez-Arce, M. S., Guzmán-Díaz, G., & Herrera, J. C.-. (2021). Trastorno límite de la personalidad y el abuso sexual infantil. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 8(15), 37-40. <https://doi.org/10.29057/esat.v8i15.6674>

Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., & Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 131-139.

- Salgado, M. (2014). Dificultades en la atención del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad en la internación psiquiátrica. Un caso de estudio. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. [10.13140/RG.2.1.3096.5608](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3096.5608)
- Sánchez-Marqueses, J. M., & Sanz, J. (2018). La Relación entre los Síntomas del Trastorno de Estrés Post Traumático Y las Dimensiones de Personalidad del Modelo de los Cinco Grandes: Una Revisión Sistemática. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 18, 75-93.
- Sánchez-Quintero, S., & De la Vega-Rodríguez, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad [Introduction to the mentalization-based treatment for borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1), 21-32. <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>
- Soares, L. H. F., da Silva, A. S. M., Balliari, E., Perrote, G., Caracuel, F. L., Ventriglio, A., ... & Rodríguez, S. (2023). Prevalencia mundial del trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría Volumen*, 22(3), 7-16.
- Uchofen Chavez, F. K. (2023). *Teoría de la personalidad de Hans Eysenck: Una revisión de la literatura científica* (Tesis de investigación, Universidad Católica de Santo Toribio de Mogrovejo). Repositorio de Tesis USAT. <http://hdl.handle.net/20.500.12423/6255>
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A., & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global

systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69–78.

<https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange Inc.

Zapolski, T. C. B., & Smith, G. T. (2017). Pilot study: Implementing a brief DBT skills program in schools to reduce health risk behaviors among early adolescents. *The Journal of School Nursing: The Official Publication of the National Association of School Nurses*, 33(3), 198–204. <https://doi.org/10.1177/1059840516673188>



Anexo A:

Figura A.1.

Registro de comportamientos autodestructivos.

Hoja de ejercicios de reconocimiento de tus comportamientos autodestructivos	
Preguntas	Tus respuestas
¿Cuándo tuvo lugar la situación?	
¿Qué sucedió? (Describe el acontecimiento)	
¿Por qué crees que ocurrió esa situación? (Identifica las causas)	
¿Cómo hizo que te sintieras esa situación, tanto emocional como físicamente? (Procura identificar tanto las emociones <i>primarias</i> como las <i>secundarias</i>)	Emociones primarias: Emociones secundarias: Sensaciones físicas
¿Qué querías hacer como resultado de lo que sentías? (¿Cuáles eran tus impulsos?)	
¿Qué hiciste y dijiste? (¿Qué comportamientos autodestructivos llevaste a cabo como resultado de lo que sentías?)	
¿Cuál fue la recompensa emocional de tu conducta autodestructiva? (Aclara cómo la recompensa emocional fue solo temporal)	

Figura A.2.

Registro semanal de regulación

Hoja de registro semanal de regulación***Vulnerabilidad física***

	Lunes	Martes	Mierc.	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
• Tomé medidas proactivas para hacer frente a la enfermedad/dolor							
• Mantuve una comida equilibrada							
• No utilicé drogas/alcohol							
• Dormí lo suficiente							
• Hice ejercicio							
• Utilicé relajación o mindfulness para hacer frente al estrés/tensión							

Vulnerabilidad cognitiva

	Lunes	Martes	Mierc.	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
• Observé mis pensamientos desencadenantes							
• Utilicé pensamientos de afrontamiento							
• Observé, al menos, un acontecimiento positivo							

Figura A.3.*Acción opuesta*

CADA EMOCIÓN TIENE UNA URGENCIA DE ACTUAR
CAMBIAR LA EMOCIÓN AL ACTUAR DE MODO OPUESTO A LA URGENCIA DE ACCIÓN
 Considere estos ejemplos:

<u>EMOCIÓN</u>	<u>URGENCIA DE ACCIÓN</u>	<u>ACCIÓN OPUESTA</u>
Miedo	Escapar / evitar	Aproximarse / no evitar
Rabia	Atacar	Gentilmente evitar / ser un poco agradable
Tristeza	Aislamiento / soledad	Activarse
Vergüenza	Esconderse / evitar	Decirle el secreto a personas que te aceptarán

CÓMO HACER ACCIÓN OPUESTA, PASO A PASO

1. **IDENTIFICA Y NOMBRA LA EMOCIÓN** que quieres cambiar.
2. **CHEQUEA LOS HECHOS** para ver si tu emoción está justificada por lo hechos. Chequea también si la intensidad y duración de la emoción se ajusta a los hechos.
(Ejemplo: "Distracción" se ajusta a los hechos cuando el auto que va delante frena de repente; "ira al volante" no se ajusta).
 Una emoción está justificada cuando tu emoción se ajusta a los hechos.
3. **IDENTIFICA Y DESCRIBE TUS URGENCIAS DE ACCIÓN.**
4. **PREGUNTA A LA MENTE SABIA:** ¿Expresar o actuar esta emoción es efectivo en esta situación?
Si tu emoción no se ajusta a los hechos o si actuar tu emoción no es efectiva:
5. **IDENTIFICA ACCIONES OPUESTAS** a tus urgencias de acción.
6. **ACTÚA DE MANERA OPUESTA EN TODO SENTIDO** a tus urgencias de acción.
7. **REPITE ACTUAR DE MANERA OPUESTA** a tus urgencias de acción hasta que tu emoción cambie.

