



**Universidad
Europea** MADRID

Terapia Dialéctica Conductual aplicada a un caso de Trastorno Límite de Personalidad

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Laura Rodríguez Güemes

Tutor/a clínico: Paloma Díez Abad

Tutor/a académico: Elena Ballesteros Guerrero

Fecha de realización del trabajo: 28/02/2023

Nº palabras: 11860

Resumen

En el presente trabajo se expone el caso de una mujer (MC) de 25 años diagnosticada de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). El TLP se caracteriza por ser complejo en su abordaje terapéutico, así como por sus implicaciones en todas las áreas de la vida del paciente, teniendo un impacto en su calidad de vida y satisfacción vital. Tras una evaluación a MC se observó una serie de síntomas característicos de este trastorno, como impulsividad, inestabilidad emocional, ansiedad, conductas autolíticas y consumo de sustancias. Se llevó a cabo un tratamiento basado en la Terapia Dialéctico-Conductual con una duración de 24 sesiones semanales y presenciales. Esta terapia fue escogida debido a su eficacia como tratamiento específico para este trastorno y a que prioriza disminuir las conductas autolíticas y peligrosas para la paciente. A pesar de que está diseñada para implementarla de forma grupal e individual en paralelo, los limitados recursos de la paciente hicieron que solo se aplicase de forma individual. Al comparar la evaluación pretratamiento con la evaluación postratamiento, se han obtenido resultados satisfactorios observándose mejoras en los objetivos planteados (disminución de automutilaciones, de la frecuencia de ataques de ansiedad y de la impulsividad y mejorar su estado de ánimo y sus relaciones sociales). Pese a estas mejoras, la complejidad del caso hace que sea recomendable la continuación del proceso terapéutico.

Palabras clave: Trastorno Límite de Personalidad, Terapia Dialéctico Conductual (TDC), Estudio de caso único, Evidencia empírica.

Abstract

This paper presents the case of a 25-year-old woman (MC) diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD). BPD is characterized by being complex in its therapeutic approach, as well as by its implications in all areas of the patient's life, having an impact on their quality of life and life satisfaction. After an evaluation of MC, a series of symptoms characteristic of this disorder were observed, such as impulsivity, emotional instability, anxiety, self-injurious behaviors and substance use. A treatment based on Dialectical-Behavioral Therapy was carried out with a duration of 24 weekly preferential sessions. This therapy was chosen because of its efficacy as a specific treatment for this disorder and because it prioritizes the reduction of self-injurious and dangerous behaviors for the patient. Although it is designed to be implemented in parallel in a group and individually, the patient's limited resources meant that it was only applied individually. When comparing the pre-treatment evaluation with the post-treatment evaluation, satisfactory results have been obtained, showing improvements in the objectives set (decrease in self-mutilation, frequency of anxiety attacks and impulsivity and improve their mood and social relationships). Despite these improvements, the complexity of the case makes the continuation of the therapeutic process advisable.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Dialectic Behavioural Therapy (DBT), Case study, Empirical evidence

Índice

Introducción.....	7
Conceptualización y Justificación.....	7
Criterios Diagnósticos	7
Prevalencia y Curso Clínico	8
Comorbilidad.....	9
Etiología	10
Tratamientos Eficaces	11
<i>Tratamiento farmacológico</i>	11
<i>Tratamiento Psicológico</i>	12
Identificación del paciente y motivo de consulta	17
Datos Personales.....	17
Motivo De Consulta	18
Estrategias de Evaluación	19
SCL-90-R	23
STAI.....	24
BDI-2.....	24
MMPI-2	25
BSL-23..	25
Formulación Clínica Del Caso.....	25
Análisis Psicológico Del Problema (Origen Y Mantenimiento)	25
Modelo Explicativo.....	26

Cadenas Conductuales.....	28
Resultados Evaluación Pretratamiento.....	30
Diagnóstico	32
Objetivos Y Técnicas Del Tratamiento	32
Tratamiento	33
Valoración del tratamiento.....	37
Adherencia Al Tratamiento	37
Consecución De Objetivos	38
Discusión y conclusiones.....	41
Valoración personal	44
Referencias bibliográficas	46
Anexos.....	55
<i>Anexo 1. Criterios para el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM 5.....</i>	<i>55</i>
<i>Anexo 2: Resultados SCL90-R:.....</i>	<i>56</i>
<i>Anexo 3: Resultados MMPI-2.....</i>	<i>56</i>
<i>Anexo 4: Autorregistro de situaciones de malestar.....</i>	<i>57</i>
<i>Anexo 5: Autorregistro semanal de consumo de sustancias</i>	<i>58</i>
<i>Anexo 6: Autorregistro semanal de ataques de pánico, ideación suicida y conductas autolíticas... 58</i>	<i>58</i>
<i>Anexo 7: Planificación de actividades agradables.....</i>	<i>59</i>
<i>Anexo 8: Tabla comparativa de resultados de los cuestionarios STAI, BDI-2 y BSL-23.....</i>	<i>59</i>
<i>Anexo 9: Cuestionario BSL-23</i>	<i>60</i>

Índice De Tablas Y Figuras

Tabla 1. Objetivos y técnicas de tratamiento.....	32
Figura 1: Línea de vida	21
Figura 2: Átomo social	23
Figura 3: Modelo explicativo MC	26
Figura 4: Cadena conductual 1	28
Figura 5: Cadena conductual 2	30
Figura 6: Resultados del autorregistro semanal de consumo de sustancias	39
Figura 7: Resultados de autorregistros semanales de la frecuencia de ataques de pánico, de ideación suicida y de conducta autolítica	39

1. Introducción

1.1. Conceptualización y Justificación

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno mental y del comportamiento que se caracteriza por la inestabilidad emocional, la alteración de las relaciones con otros y el deterioro de la autoimagen (Yust et al., 2012).

Actualmente, el TLP es considerado uno de los Trastornos de la Personalidad con un abordaje más complejo y difícil, en parte debido a su heterogeneidad, es decir, a la variedad sintomática entre pacientes, a su alta comorbilidad con distintos trastornos mentales y a la frecuencia de ideación suicida, conductas autolíticas y tentativas de suicidio (Rodríguez Fleitas et al., 2018; Espinosa et al., 2009). Esta alta comorbilidad, unida a la alta tasa de abandono de la terapia, dificulta el estudio de la eficacia de los distintos tratamientos de este trastorno (Venegas Pérez et al., 2017). Otro factor que interfiere en su abordaje es su comportamiento durante el proceso terapéutico, siendo en ocasiones impredecible y extremo, pasando de mostrarse distantes a mostrarse muy cercanos con el psicólogo (Vyskocilova et al., 2014). Es esta complejidad y su impacto sobre la calidad de vida de las personas diagnosticadas con TLP lo que le hace un interesante objeto de estudio. Diversas investigaciones han evidenciado bajas puntuaciones en satisfacción vital, así como en la calidad de vida. Las personas con un diagnóstico de TLP suelen tener afectadas las áreas de actividad laboral, de ocio y severas disfunciones en el área romántica, así como dificultades en el área emocional, física, sexual y cognitiva (Thadani et al., 2018; Grambal et al., 2016; Perseius et al., 2006). Se relaciona además el TLP con altos niveles de dolor, conformando el 30% de los casos de dolor crónico, así como asociarse a otras condiciones médicas como la hipertensión, el dolor de espalda o la artritis, afectando negativamente a su calidad de vida (Sansone y Sansone, 2012; Thadani et al., 2018).

1.2. Criterios Diagnósticos

La conceptualización de este trastorno ha sufrido cambios desde que Stern (1938) usó por primera vez el concepto “borderline” para definir un comportamiento que no podía

categorizarse como neurosis y que consistía en impulsividad, inestabilidad emocional y una alta sensibilidad al rechazo en el ámbito social (Paris, 2018). En los siguientes años, recibió otros nombres como esquizofrenia ambulatoria (Zilboorg, 1941), esquizofrenia pseudoneurótica (Hoch y Polatin, 1949), psicosis latente (Bychowski, 1953) y carácter psicótico y organización borderline de la personalidad (Frosch, 1964).

En la actualidad, existe un debate en lo que se refiere a la forma de entender los Trastornos de la personalidad: de forma categorial y de forma dimensional. Tanto el DSM 5 (APA, 2013) como el manual CIE 10 (OMS, 1994) llevan a cabo un planteamiento categorial donde se describe de una forma simple y clara cada trastorno, pese a recibir críticas por ser un planteamiento más alejado a la realidad (Caballo, 2014). En el caso del DSM 5 (APA, 2013) encontramos el TLP dentro del Grupo B junto al trastorno antisocial, al trastorno histriónico y al trastorno narcisista. Todos ellos comparten ciertas características como inestabilidad emocional extrema y dificultad en el control de impulsos (Belloch 2020). Para poder llevar a cabo un diagnóstico de este Trastorno, se deben dar cinco o más de los criterios descritos en el Anexo 1.

Dadas las críticas a este planteamiento categorial, en 2019 se publica el manual CIE-11 (OMS, 2019) con un novedoso planteamiento dimensional. Según Caballo (2014), con este planteamiento los trastornos de la personalidad serían variaciones extremas de comportamientos normales que se clasifican según su gravedad, es decir, leve, moderado o grave. Por otra parte, se especifican una serie de rasgos o patrones de personalidad prominentes, entre los cuales está el “Patrón Límite”, determinado fundamentalmente por inestabilidad en distintas áreas e impulsividad.

1.3. Prevalencia y Curso Clínico

La prevalencia estimada de los trastornos de personalidad (TTPP) es de 4,4% y 19% (Giner, 2015). En concreto, el TLP presenta una prevalencia comprendida entre el 1 y el 2% en la población general. El impacto de este trastorno viene dado por la cifra de hospitalizaciones, la cual aumenta hasta una prevalencia del 10% de los pacientes ambulatorios de las clínicas de salud mental y del 20%

de los pacientes internados (Crespo, 2022). Se trata de uno de los TTPP más frecuentes, dándose en el 30-60% de los casos (Escribano Nieto, 2006).

En cuanto a la diferencia entre géneros, se da en mayor medida en mujeres que en hombres, encontrando una proporción de 7 mujeres por cada 3 hombres diagnosticados (Andión et al., 2008).

Los pacientes diagnosticados con TLP suelen presentar un curso clínico inestable con diferentes periodos de crisis que agudizan los síntomas ya expuestos. Pese a esta inestabilidad, se ha observado una tendencia a la mejoría en pacientes con 40 o 50 años, reflejando una mayor estabilidad en el ámbito laboral y social (Álvarez Tomás et al., 2011).

1.4. Comorbilidad:

Como ya se ha mencionado, una de las razones por las que el TLP presenta dificultades y limitaciones en su detección, tratamiento y diseño de nuevas terapias, es la elevada comorbilidad con otros trastornos. La más común es con los trastornos de ánimo, presentando una comorbilidad del 93%, en concreto, de un 53,3% con trastornos depresivos no especificados, del 13,3% con trastorno depresivo mayor y de 13,3% con trastorno distímico (Gunderson y Phillips, 1991; Espinosa et al., 2009)

Esta alta comorbilidad con los trastornos depresivos es una de las razones por las que es necesario investigar la conducta suicida y autolesiva en pacientes diagnosticados con TLP. Un estado de ánimo deprimido unido al comportamiento impulsivo que caracteriza al trastorno puede ser la causa de que se observen conductas de automutilación en el 60-80% de la población diagnosticada con TLP (Espinosa et al., 2009). La forma más habitual de automutilación, según Gunderson (2001), son los cortes en el 80% de los casos, seguido por golpes (24%) y quemaduras (20%). Por otro lado, se ha calculado que el índice de suicidio en la población diagnosticada con TLP se encuentra entre el 8 y el 10%, habiendo un riesgo 50 veces mayor de suicidio consumado que el de la población general (Andión et al., 2008). Además, este número aumenta drásticamente cuando observamos las tentativas de suicidio no consumado entre la población con TLP, siendo estas de un 60-70% (Gunderson, 2001).

Otro trastorno con una alta comorbilidad con el TLP es el trastorno de ansiedad (75,7%), así como el trastorno por uso de sustancias (48,6%) (Skoglund et al., 2019).

Por último, estudios han indicado que, debido a la alta frecuencia de abuso físico, sexual y emocional en la infancia de las personas con TLP, la comorbilidad entre este trastorno y el Trastorno de Estrés Postraumático es de 30% (Krause-Utz et al., 2022).

1.5. Etiología

En cuanto a los factores que propician la aparición de las conductas problema de este trastorno, no podemos hablar de uno solo en particular. Se da una interrelación de distintos factores que favorecen que la persona tenga TLP, considerándose una etiología heterogénea.

Vulnerabilidad genética y alteración de neurotransmisores:

Diferentes autores han estudiado si las características asociadas al diagnóstico de Trastorno Límite pueden tener un factor de heredabilidad. Los estudios con gemelos exponen la influencia de los factores genéticos sobre los rasgos de personalidad, estimándose una heredabilidad aproximada comprendida entre el 40 y el 55% (Bouchard y McGue, 2003). En cuanto al riesgo de sufrir Trastorno Límite, se ha observado una heredabilidad comprendida entre el 46 y el 69% de los casos (Streit et al., 2022). Además de esta alta heredabilidad, estudios indican que los hermanos de las personas diagnosticadas con este trastorno tienen un riesgo casi 5 veces mayor de sufrirlo que los no familiares (Skoglund et al., 2019).

Respecto a la alteración de los neurotransmisores, se ha observado un aumento en la liberación de norepinefrina y dopamina, así como una alteración de la serotonina, relacionándose con la inestabilidad emocional y la impulsividad (Chávez-León et al., 2006; Montes Montero, 2017).

Vulnerabilidad ambiental:

Cuando se ha analizado el entorno familiar en la infancia de las personas diagnosticadas de TLP se han observado algunos factores que se repiten y podrían aumentar el riesgo de más adelante

tener este trastorno. Estos factores son el maltrato, la negligencia o abandono por parte de los progenitores y el tipo de apego.

Distintos autores han encontrado una relación entre el desajuste emocional propio del TLP con el rechazo interparental en la infancia (Rohner y Carrasco, 2014). Las experiencias de abuso físico, emocional y sexual son más comunes en personas con TLP que en pacientes con otros trastornos psiquiátricos (Krause-Utz et al., 2022). En un estudio longitudinal realizado por Johnson et al., (2002) con 659 familias se observó que las negligencias parentales y el abuso en la infancia y en el principio de la adolescencia se relacionan con dificultades interpersonales en la edad adulta. Anteriormente, otro estudio de Johnson et al., (1999) presentó resultados similares. En él, observaron que las personas que durante su infancia o adolescencia han experimentado situaciones de abuso y de negligencia, tienen una probabilidad más alta de desarrollar un trastorno de la personalidad que aquellas personas que no han pasado por estas situaciones. Además, la experiencia de abuso o negligencia aumenta la gravedad de las conductas problema.

Diversos estudios indican que el estilo de crianza podría determinar la forma en la que la persona interpreta el mundo y a sí mismo, es decir, afecta a los esquemas cognitivos. Se relaciona con la regulación emocional, con la asertividad, la dificultad a la hora de poner límites y respetar los de otros y con las relaciones interpersonales. Aproximadamente el 92% de las personas con TLP presentan apego inseguro. Este tipo de apego se caracteriza por dificultad para la resolución de problemas, tendiendo a reaccionar de forma agresiva ante el malestar (Mosquera y González, 2012).

1.6. Tratamientos Eficaces:

1.6.1. *Tratamiento farmacológico:*

Según la guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2009) el tratamiento farmacológico no debe utilizarse como tratamiento único para el trastorno límite de personalidad. Tampoco debe ser utilizado por sí solo para tratar los síntomas o las conductas problema propias de este trastorno. Por esta razón se aconseja establecer un plan de tratamiento integral donde puedan

intervenir distintos profesionales y distintos servicios de manera coordinada. Actualmente, no hay ningún fármaco aprobado por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (AEEM) ni por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento farmacéutico del Trastorno Límite de Personalidad (Álvarez Tomás et al., 2011).

Algunos fármacos sí están aprobados en el caso de existir un diagnóstico comórbido de depresión, psicosis o trastorno bipolar, para lo cual está indicado el uso de antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo (NICE, 2009).

1.6.2. Tratamiento Psicológico:

En cuanto al tratamiento psicológico del Trastorno Límite de la Personalidad, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2009) realiza las siguientes recomendaciones:

- En el caso de las personas diagnosticadas de TLP, sobre todo las diagnosticadas también de otros trastornos comórbidos o que tengan una deficiencia grave, se recomienda un enfoque teórico integrador y explícito que sea utilizado por el terapeuta y por el equipo de tratamiento.
- En cuanto al tratamiento psicológico, las sesiones serán preferiblemente semanales, aunque esta frecuencia se adaptará a las necesidades del paciente, así como a su contexto vital.
- No se recomienda el uso de intervenciones psicológicas breves, es decir, que tengan una duración menor a tres meses.
- Por último, se aconseja el programa integral de Terapia Dialéctica Conductual en casos clínicos de mujeres cuya prioridad sea disminuir la conducta autolesiva.

Por otro lado, la División 12 de la American Psychological Association contempla cuatro tratamientos en lo referente al Trastorno Límite de la Personalidad.

La Terapia Dialéctica Conductual de Linehan y la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia de Kernberg son los únicos dos tratamientos con un fuerte apoyo experimental. Pese a esto, la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia cuenta también con aspectos contradictorios al obtener

buenos resultados en dos ensayos que demostraron no solo una alta eficacia si no mejores resultados que la Terapia Dialéctico Conductual (Doering et al., 2010; Clarkin et al., 2007) pero mal resultado en otro ensayo en el que demostró ser más eficaz la Terapia de Esquemas (Giesen-Bloo et al., 2006). En segundo lugar, con un apoyo experimental modesto encontramos la Terapia de Esquemas de Young y la Terapia Basada en la Mentalización de Bateman y Fonagy.

Dadas las altas tasas de hospitalización en pacientes diagnosticados de TLP, es necesario que el personal clínico de estas unidades hospitalarias tengan conocimientos sobre las prácticas con evidencia empírica que se presentan a continuación (Bloom et al., 2012).

Terapia Dialéctica Conductual:

Este programa creado por Linehan en 1993 fue el primer tratamiento psicoterapéutico para el Trastorno Límite de Personalidad que mostró efectividad en ensayos clínicos controlados. Se basa en el modelo biosocial de esta misma autora, que explica el trastorno límite como la unión de vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante en el que a la persona le enseñan desde su infancia que sus respuestas emocionales son incorrectas e inapropiadas (Elices y Cordero, 2011).

Se trata de una terapia integradora al tener elementos cognitivo conductuales con influencias de terapias de tercera generación. (Linehan, 2003). Es el tratamiento más estudiado y que tiene una mayor evidencia empírica en la intervención del TLP (Navarro-Leis y López Hernández-Ardieta, 2013).

Diferentes revisiones acerca de la eficacia de la TDC mostraron que esta es eficaz en la disminución de las conductas autolíticas, de la psicopatología general, de la disociación, de la depresión y de la ansiedad así como en la mejoría del funcionamiento global (Burgal Juanmartí y Pérez Lizeretti, 2017). Dicha disminución de la sintomatología conlleva además una disminución del número de visitas a urgencias sobre todo a conductas suicidas. Además, se demostró que, en los casos de aplicación de la TDC en unidades de hospitalización, los efectos positivos se mantuvieron hasta casi dos años después de la intervención (Bloom et al., 2012). En resumen, ha mostrado eficacia en algunas

conductas problema como las conductas suicidas, las visitas recurrentes a los servicios de urgencias, la necesidad de hospitalización, abuso de sustancias, desesperanza y agresividad (Panepinto et al., 2015; Jorquera Rodero et al., 2018). Pese a la eficacia mostrada en distintas problemáticas, se han encontrado limitaciones a la hora de tratar casos de exceso de control. Debido a esto, recientemente Thomas R Lynch ha desarrollado la Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta donde se integra la TDC, las teorías de la personalidad y el desarrollo y el mindfulness (Lynch, 2018). Esta se trata de una terapia contextual que prioriza las señales sociales y la comunicación no verbal, que se muestra eficaz para reducir el sobrecontrol y rigidez, además de la impulsividad e inhibición emocional (Sainz-Maza Fernández, 2022).

La Terapia Dialéctico Conductual, sigue la filosofía dialéctica basada en que la realidad está compuesta por fuerzas opuestas, promoviendo el cambio, pero también la aceptación de uno mismo. Esto es lo que la diferencia de una terapia cognitivo conductual standard, centrada principalmente en el cambio. Otro aspecto propio de la TDC es que la relación terapéutica tiene una gran relevancia, no solo para la adherencia al tratamiento si no porque es una forma de trabajar en sus habilidades interpersonales sirviéndole de modelo (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013).

Este programa tiene una duración comprendida entre 6 meses y 1 año, y se compone de cuatro partes (Panepinto et al., 2015; Elices y Cordero, 2011):

- Una parte individual
- Una parte grupal
- Consultoría telefónica: Posibilidad de tener comunicación con terapeuta fuera de sesión en caso de ideación suicida o intento de suicidio.
- Reuniones de consultoría del equipo terapéutico: En ellas se asesora a los profesionales, se trabaja en su motivación y adhesión al tratamiento, se previene el burnout y se incrementa la empatía a los pacientes.

Parte individual:

En la fase pretratamiento los objetivos terapéuticos se plantean junto al paciente, lo cual se relaciona con una baja tasa de abandono del proceso terapéutico. Esos objetivos se ordenan priorizando los más urgentes e importantes de intervenir (Linehan, 2003).

El primer objetivo es reducir las conductas que interfieren con la vida del paciente, es decir, la conducta suicida y parasuicida. En sesión se trabaja con estrategias de solución de problemas, orientando a la persona a buscar soluciones alternativas (Jorquera Rodero et al., 2018). El segundo objetivo es reducir las conductas que están interfiriendo en el proceso terapéutico, por ejemplo, la no asistencia a las sesiones o acudir a sesión habiendo consumido sustancias (Heliodoro Marco et al., 2012). El tercer objetivo es eliminar o reducir las conductas que están interfiriendo en su calidad de vida, causando problemas económicos, familiares y/o sociales. La TDC identifica en los pacientes con TLP una combinación de habilidades sociales deficientes y problemas de motivación. Por una parte, se realizará un entrenamiento en habilidades sociales de manera grupal, y de forma paralela una intervención centrada en la motivación de forma individual. (Jorquera Rodero et al., 2018).

Parte grupal:

Se compone de sesiones semanales de dos horas y media. Se trabajan habilidades en cuatro módulos para sustituir comportamientos disfuncionales por otros más adaptativos y positivos: Mindfulness, relaciones interpersonales, regulación emocional y tolerancia al malestar, en este orden (Linehan, 2003). Las habilidades del Mindfulness se enseñan las primeras y se repasan antes de comenzar cada módulo. Con el mindfulness se pretende aumentar la capacidad de observación de las propias emociones y pensamientos con atención plena y sin hacer juicios (García-Palacios, 2006). El segundo módulo se centra en la asertividad, en cómo mantener relaciones y en respetar a los demás y a uno mismo. En el tercer módulo de regulación emocional se enseña al paciente a etiquetar sus emociones sin evitarlas aunque sean desagradables. Por último, la tolerancia al malestar también se centra en la impulsividad, proporcionando estrategias de control de impulsos y solución de problemas (Elices y Cordero, 2011).

Psicoterapia Focalizada en la Transferencia:

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) fue desarrollada por Otto F. Kernberg y deriva del psicoanálisis. Se trata de una terapia psicodinámica estructurada y manualizada cuyo objetivo principal es activar patrones disfuncionales dentro de la relación terapéutica con el fin de ponerlas de manifiesto y comprenderse (NICE, 2009). Es un tratamiento aplicable a los trastornos de personalidad histriónicos, límite y narcisista (López et al., 2004).

En primer lugar, es necesario comprender la perspectiva psicodinámica del TLP, entendido desde un enfoque dimensional, ya que se trata de un nivel de organización estructural que puede ser variable (Tapasco Ayala, 2018). Kernberg diferencia tres organizaciones estructurales de la personalidad: neurótica, límite y psicótica. Se pueden caracterizar en cuanto al grado de integración de la identidad, al tipo de mecanismos de defensa y a la calidad de la prueba de realidad. En el caso de la organización límite, se caracteriza por un grado bajo de integración de la identidad y por mecanismos de defensa primitivos como puede ser la escisión, es decir, denominar al objeto como totalmente malo o totalmente bueno (López Ramírez et al., 2007).

En cuanto a la PFT se toma en cuenta la historia clínica del individuo y se identifican los mecanismos de defensa más utilizados. También se identificarán las características de sus relaciones objeto, es decir, la manera que tiene de relacionarse con el mundo. Con esta información se podrá definir la representación parcial del self dominante en la transferencia y cuando aparezca en sesión se manifestará y se tratará de invertir los roles (López Ramírez et al., 2007). Durante la psicoterapia aparecen las llamadas reacciones transferenciales ante las cuales el terapeuta responderá con reacciones contratransferenciales. Se pueden dar dos reacciones o díadas, la primera es aquella en la que el paciente es una víctima del terapeuta, el victimario, llamada díada persecutoria. La segunda es al contrario, el paciente se siente rescatado y protegido por el terapeuta, llamada la díada idealizada. Los mecanismos de defensa hacen que estas díadas cambien con rapidez y los roles sean intercambiables. En cada sesión se identifica la díada que se está dando, se observa la reacción que

tiene le paciente y se identifica el mecanismo de defensa que pone en marcha. Cuando aparecen elementos contradictorios en su discurso se hace una interpretación de los mecanismos de defensa que se hayan observado, relacionando el contenido inconsciente con la transferencia (López et al., 2004; López Ramírez et al., 2007).

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Los datos personales expuestos acerca de la paciente son ficticios. Para salvaguardar la identidad de la persona, respetando la Ley Orgánica de Protección de Datos, la información personal de la paciente será modificada, refiriéndonos a ella como MC a partir de ahora en lugar de su nombre real.

2.1. Datos Personales

MC es una mujer de 25 años de origen colombiano. Vive sola en Madrid desde hace cinco años, ya que el resto de su familia sigue viviendo en Colombia. Trabaja desde hace tres años de camarera. Actualmente, sus padres están separados y tiene un hermano pequeño con el que no tiene contacto.

Refiere una infancia difícil, sus padres se divorciaron y les abandonaron cuando MC tenía 8 años, perdiendo el contacto con ellos durante cinco años. Relata que ella y su hermano vivieron durante los siguientes ocho años con sus abuelos, siendo este un ambiente de extrema pobreza y sufriendo repetidos episodios de maltrato por parte de su abuela. Describe este maltrato como psicológico, mediante insultos repetidos, y físico, encerrándoles a oscuras en un armario durante horas.

Al cumplir 16 años M.C. relata que se independizó con su pareja (30 años mayor que ella) del que dependía económicamente y por parte de la cual también sufrió maltrato psicológico (insultos, amenazas, retirada del apoyo económico como castigo y celos). Según comenta, con 19 años se mudó a Madrid y comenzó a estudiar un Grado Medio de Gestión Administrativa, momento en el que tuvo otra relación en la que volvió a sufrir maltrato psicológico y físico. Relata situaciones en las que su

expareja la insultaba, amenazaba, pegaba e incluso abusaba sexualmente de ella. Según M.C. tras este episodio de abuso la relación se finalizó con una orden de alejamiento. La paciente comenta que actualmente trabaja en un restaurante como camarera y vive en un piso compartido en Parla.

M.C. se describe como una persona impulsiva y sociable a la que no le cuesta hacer amigos, pero sí mantenerlos. Afirma que una de las razones por las cuales le cuesta tener relaciones duraderas es que experimenta episodios intensos de ira en los cuales suele ser agresiva física y verbalmente con la otra persona.

2.2. Motivo De Consulta

Acude a terapia el 20 de mayo de 2022 recomendada por una amiga también paciente del centro, debido a ataques de ansiedad habituales e intensos que le impiden llevar a cabo su día a día con normalidad. La paciente describe estos ataques de ansiedad como intensos, incontrolables e invalidantes, además de ir acompañados de autolesiones, realizándose frecuentemente cortes superficiales en los antebrazos.

Tras una evaluación inicial nos comunica que consume diferentes sustancias, en concreto cocaína y altos niveles de alcohol, desde hace 8 años.

En la primera sesión refiere que siempre ha tenido ansiedad y recuerda haber tenido ataques de ansiedad desde los 14 años. Comunica que su madre también presenta una sintomatología similar a la suya, lleva años teniendo ataques de ansiedad, conductas autolesivas, episodios de agresividad contra sus seres queridos y personas desconocidas y periodos largos de sintomatología depresiva. M.C. comenta que acudió al psiquiatra hace dos años, el cual la recetó Diacepam y la diagnosticó de trastorno de ansiedad, pero tras medicarse durante 4 meses, dejó el tratamiento al no sentir ninguna mejoría.

Otras conductas problema referidas por la paciente, así como observadas a lo largo del proceso terapéutico son:

- Relaciones inestables pero muy intensas tanto de amistad como amorosas.
- Escasas habilidades de comunicación recurriendo a la evitación o a la agresividad en situaciones de conflicto.
- Periodos breves pero frecuentes de sintomatología depresiva refiriendo desesperanza, anhedonia y problemas de sueño que comenzaron a los 14 años aproximadamente.
- Periodos intermitentes de baja autoestima y distorsión corporal acompañados de restricciones alimentarias y comprobaciones repetitivas del peso y de las medidas corporales.
- Impulsividad con momentos de violencia tanto física como psicológica hacia los demás.
- Conducción temeraria y agresiva. Indica frecuentes conflictos con otros conductores.
- Miedo al abandono llegando a realizar comportamientos inadecuados para mantener a la persona a su lado. Para ejemplificarlo, refiere algunas ocasiones en las que para mantener la relación con la persona le manipuló conscientemente amenazándole con hacerse daño si la abandonaba.
- Impulsividad a la hora de tomar decisiones, sobre todo en cuanto a las relaciones sexuales.
- Intento no consumado de suicidio hace 4 años mediante la ingesta de diferentes medicamentos
- Ideación suicida recurrente sin un plan específico.

3. Estrategias de Evaluación

El proceso terapéutico está conformado por una fase de evaluación de tres sesiones y una fase de intervención de 19 sesiones. Pese al inicio del tratamiento en la cuarta sesión, la evaluación se ha dado también en diferentes etapas del proceso terapéutico.

La fase de evaluación o pretratamiento consistió en la observación de las conductas de la paciente durante las sesiones, en entrevistas, en autorregistros, en varios instrumentos gráficos y en una serie de cuestionarios. Esta evaluación inicial tiene como objetivos conocer el estado de la

paciente antes del tratamiento para así poder compararlo con su estado postratamiento y así poder hacer una mejor valoración de la efectividad de la intervención.

En paralelo con esta primera fase de evaluación, se procuró generar una buena alianza terapeuta-paciente, algo que según Linehan (Linehan, 2003) es una parte esencial en el tratamiento, sobre todo tratándose de una persona con ideación suicida y antecedentes de intento de suicidio. Se le explicó a M.C. en qué consiste la terapia y la importancia de trabajar conjuntamente.

Observación conductual: Tiene como objetivo poder conocer la actitud del paciente ante el proceso terapéutico. Es de gran importancia observar el lenguaje no verbal para así entender si el paciente se encuentra cómodo, si algo le provoca rechazo o si este comportamiento es contradictorio a lo que comunica verbalmente. Para ello, se atendió a su postura, a sus expresiones faciales y a su tono de voz. En la primera sesión se observó que la paciente llegó pronto a su cita y se mostró amable al presentarnos. La paciente se muestra colaboradora y motivada desde el inicio de la evaluación, aunque en un principio muestra reticencias a hablar acerca de su infancia y del maltrato sufrido, expresando el deseo de tratar esos temas más adelante.

Entrevista: Durante las primeras sesiones con la paciente se llevó a cabo una entrevista clínica no estructurada para recabar toda la información posible acerca del motivo de consulta de la paciente, de su historia clínica, de sus antecedentes familiares y de su situación vital actual. Se evaluaron diferentes áreas del presente y del pasado de la paciente. Toda la información quedó recogida en la historia clínica.

Autorregistros: Se mandó un autorregistro como tarea para casa en la tercera sesión con la paciente. Esta herramienta tuvo el propósito de conocer en detalle el estado emocional de la paciente en los momentos en los que sintiese mayor ansiedad, así como las cogniciones y las conductas que acompañan a esta sintomatología (Anexo 4). El objetivo fue, además de conocer el estado emocional de la paciente, estudiar los posibles antecedentes y consecuentes del problema. También se le pidió a la paciente que llevase a cabo una valoración subjetiva del malestar que había sentido en ese

momento concreto. En otras etapas del proceso terapéutico se mandaron otros autorregistros, en concreto uno para evaluar el consumo de sustancias y otro para evaluar la frecuencia de los ataques de ansiedad, el malestar que le provocaban y si los acompañaba ideación suicida y conductas autolíticas. Para saber si se daban cambios en estas problemáticas, estos dos últimos autoregistros, se completaron cada semana del tratamiento.

Instrumentos gráficos: Para evaluar las variables disposicionales y conocer los hechos que MC considera relevantes en su vida, se realizó una Línea de vida (Figura 1), en la cual MC plasmó de forma cronológica los eventos que considera más importantes de su historia.

MC inició su línea de vida desde el momento en que sus padres la dejaron a cargo de su abuela, siendo este un momento decisivo en su infancia. El resto de los datos concuerdan con la anterior exposición del caso, orientándolos temporalmente. Lo más destacable de esta aplicación fue ver cómo su vida ha estado definida por relaciones de maltrato y comprobar la inconstancia en sus relaciones de amistad, así como en el mundo laboral.

Figura 1:

Línea de vida de MC

Separación de sus padres (7 años)	Abuso sexual por parte de su pareja (21 años). En este momento aumenta su consumo de cocaína.
Abandono padre (8 años)	Intento de suicidio consumiendo una gran cantidad de medicamentos.
Abandono madre (8 años) Comienza a sufrir maltrato hasta los 16 años.	Conoce a Paula (21 años)
Sus padres contactan con ella, altibajos en su relación (13 años).	Rompe con Víctor. Como dependía de él económicamente comienza a trabajar de camarera (22 años)
Primer ataque de ansiedad (14 años)	
Se independiza con su pareja (16 años)	Comienza nueva relación con Sergio (23 años)
	La despiden del trabajo, pero rápidamente encuentra otro también como camarera (23 años)
Empieza a consumir alcohol (17 años)	Pelea con Paula y dejan de hablar (23 años)
Empieza a consumir cocaína (17 años)	Conoce a Marta y Lucía (23 años)
	Rompe su relación con Sergio (24 años)
	Se reconcilia con Sergio y con Paula (24 años)
Rompe con su pareja y se muda a España (19 años)	Aumenta la frecuencia de sus ataques de ansiedad, por lo que acude a terapia (25 años)
Comienza nueva relación con Víctor (19 años)	
Comienza un Grado medio de gestión administrativa (19 años)	

Fuente: Elaboración propia

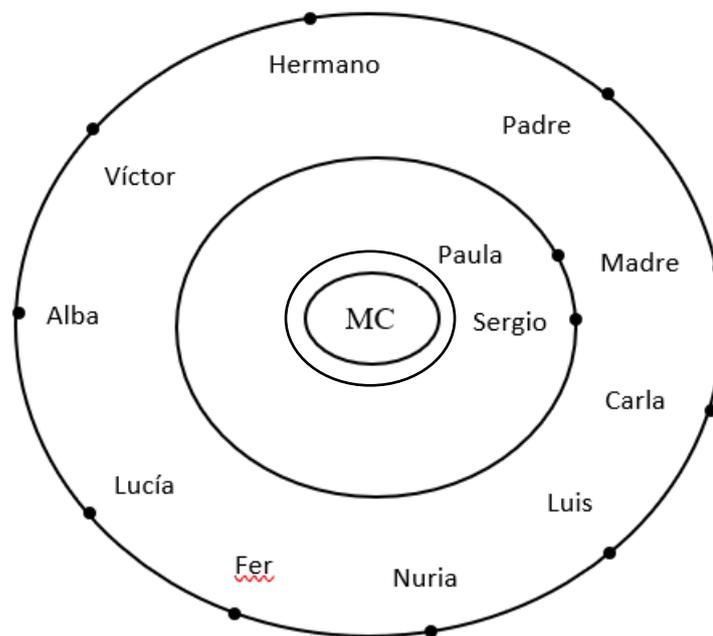
En segundo lugar, se utilizó la técnica del átomo social (Figura 2), una técnica exploratoria creada por Jacob L. Moreno. Se trata de una representación del grupo de individuos vinculados a la persona, los cuales son necesarios para su funcionamiento adecuado. El nombre de la persona se sitúa en un primer círculo, en medio de otros círculos concéntricos en los que se colocan a las personas con las que se relaciona sentimentalmente. Dependiendo de la cercanía del vínculo, los nombres de estos individuos se colocarán en los círculos más o menos cercanos al núcleo (Castillo, 2013; Porras, 2016).

La paciente no situó a nadie en el círculo más cercano a ella, afirmando que, aunque tiene una buena relación con Paula (su amiga) y con Sergio (su novio), no confía en ellos totalmente. Se enfada con ellos a menudo y su relación cambia constantemente, ya que deja de hablar con ellos durante

semanas hasta resolver el conflicto. Por otro lado, sitúa a una gran cantidad de personas en el círculo más alejado, tratándose según ella de amistades superficiales a las que solo ve estando de fiesta o cuando necesita un favor de ellos. Cabe mencionar que en este mismo círculo sitúa a sus padres y a su hermano, ya que siguen viviendo en Colombia y no cree que pueda contar con ellos.

Figura 2:

Átomo social pretratamiento MC



Fuente: Elaboración propia

Cuestionarios: Así mismo, se detectó la necesidad de llevar a cabo una evaluación más completa haciendo uso de una serie de pruebas antes de llevar a cabo un diagnóstico. Dichos cuestionarios fueron: SCL-90-R, STAI, BDI-2, MMPI-2 y BSL-23.

3.1. SCL-90-R:

El Inventario de Síntomas de L. Derogatis (Derogatis et al., 1977) fue adaptado en una versión española por González, Derogatis, De las Cuevas, Gracia, Rodríguez, Henry, Monterrey (1989). Tiene como objetivo evaluar patrones de síntomas presentes, pudiendo aplicarse a individuos con edades comprendidas entre los 13 y los 65 años. Es una escala autoaplicada que se compone de 90 ítems con

una escala de tipo Likert que va desde 0 (nada) a 4 (mucho), y que cuenta con una fiabilidad global estimada de $\alpha=0.96$ (Robles Sánchez et al., 2002). Se evalúan nueve dimensiones primarias (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico (índice global de severidad, total de síntomas positivos e índice de malestar sintomático positivo).

3.2. STAI:

State Trait Anxiety Inventory (Spielberder et al., 1970) es un cuestionario utilizado para medir la ansiedad como rasgo y como estado. Fue desarrollado por Spielberder, Gorsuch y Lushene en 1970, aunque su adaptación española se realizó en 1982. Esta forma de evaluar la ansiedad se basa en la teoría de Spielberder según la cual los trastornos de ansiedad estarían compuestos por dos factores; uno estable (ansiedad como rasgo), que forma parte de la personalidad individual y que hace que una persona perciba las situaciones de cierta forma y responda ante ellas con ansiedad. Otro factor es el factor transitorio (ansiedad como estado), es decir, un conjunto de sentimientos y sensaciones como tensión o aumento del ritmo cardíaco. Ambos factores se evalúan en este cuestionario con 40 ítems con una escala tipo Likert que va desde 0 (casi nunca) a 3 (casi siempre). La fiabilidad de la escala ansiedad rasgo es de $\alpha=0.90$, mientras que la de la escala ansiedad estado es mayor, siendo $\alpha=0,94$ (Guillén-Requelme y Buela-Casal, 2011).

3.3. BDI-2:

El Inventario de Depresión de Beck-II (Beck et al., 1996) tiene como objetivo detectar y evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adolescentes y adultos. La prueba está compuesta por 21 ítems de tipo Likert. En los estudios psicométricos realizados ha presentado una alta fiabilidad ($\alpha=0.90$), así como una adecuada validez convergente con otros instrumentos de evaluación de la depresión (Ibanez et al., 2010). Estas propiedades psicométricas convierten el BDI-II en el sexto cuestionario más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz et al., 2020).

3.4. MMPI-2:

El Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota- 2 (Butcher et al., 1989) se trata de una herramienta para evaluar la personalidad normal y patológica. Fue desarrollada por James N. Butcher, John R. Graham, Yossef S. Ben-Porath, Auke Tellegen, W. Grant Dahlstrom y Beverly Kaemmer, y más adelante adaptada por Alejandro Ávila-Espada y Fernando Jiménez-Gómez. Su aplicación puede ser individual o colectiva y únicamente se puede hacer a adultos. Se compone de 567 ítems que consisten en oraciones enunciadas en primera persona a las cuales el sujeto debe contestar con verdadero o falso. Por este motivo, es recomendable la auto-administración, con una duración aproximada de 90 a 120 minutos. Consta de cuatro escalas de validez que muestran los ítems no contestados, la sinceridad, las respuestas poco frecuentes y la corrección, es decir, las respuestas que solo intentan aparentar normalidad. Por otro lado, evalúa 10 escalas clínicas: Hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia-susplicacia, psicoastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social.

3.5. BSL-23:

La escala autoinformada Borderline Symptom List-23 (Bohus et al., 2009) se trata de una versión abreviada del cuestionario BSL-95 (Bohus et al., 2007). Para esta versión se escogieron los ítems que distinguían de forma clara a los pacientes diagnosticados con TLP de los demás pacientes. Se compone de 23 ítems con una escala tipo Likert de 0 (en absoluto) a 4 (muchísimo). Además, se le suman otros 11 ítems complementarios para la evaluación conductual. Tiene como ventaja una administración más rápida manteniendo una elevada fiabilidad ($\alpha=0.95$) y validez convergente con el cuestionario BSL-95 (Ortiz Fernández, 2015).

4. Formulación Clínica Del Caso.

4.1. Análisis Psicológico Del Problema (Origen Y Mantenimiento):

Hipótesis de origen:

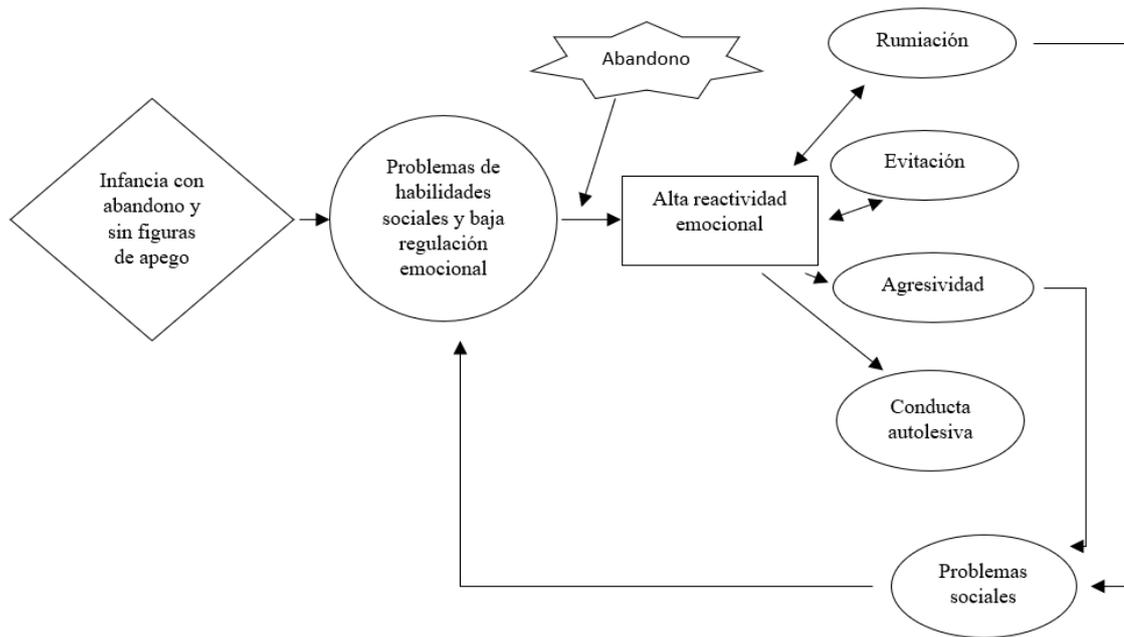
La conducta negligente y el abandono por parte de los padres de MC así como el maltrato físico y emocional repetido por parte de sus cuidadores ha derivado en la desregulación emocional, debido a que en ningún momento pudo aprender de sus progenitores a identificar y gestionar sus emociones adecuadamente ni las habilidades necesarias para mantener relaciones sociales estables. Estas dificultades la llevan a actuar de manera impulsiva y a responder al malestar de forma agresiva o llevando a cabo conductas autolesivas en situaciones identificadas como un abandono por parte de sus seres queridos. También, el abandono de sus padres ha derivado en un autoconcepto negativo, así como en una autoestima baja. Todas estas características provocan una afectación significativa en todas las áreas de su vida, siendo incapaz de mantener relaciones estables, teniendo problemas en su puesto laboral y recurriendo a conductas que ponen en riesgo su propia integridad física.

Hipótesis de Mantenimiento

La problemática se mantiene debido a dos factores. El primero es la evitación, llevada a cabo en los momentos en los que una situación le causa malestar. Cuando esta situación le causa sintomatología ansiosa, evita enfrentarse a ella lo cual supone una reducción de dichos síntomas a corto plazo, pero los agrava a largo plazo. El otro mantenedor observado son las conductas que ponen en riesgo su vida (conductas autolíticas, consumo de sustancias y de alcohol y agresividad) que aparecen en momentos que identifica como un abandono, por ejemplo, manteniendo una discusión con su pareja, lo cual genera un ataque de ansiedad que no sabe gestionar. De esta forma, disminuye su malestar reduciendo la sintomatología ansiosa, pero a largo plazo estas estrategias de gestión emocional no son adecuadas por lo que empeora. Por otro lado, las conductas autolíticas tienen una segunda función, provocar culpabilidad en la otra persona manipulándola para que no la abandone. Esto reduce el miedo a corto plazo, pero a largo plazo lo agrava al saber que esta manipulación acabará provocando el rechazo de los demás.

4.2. Modelo Explicativo:

Figura 3:



Fuente: Elaboración propia

El abuso ejercido sobre M.C. en su infancia, así como la negligencia y abandono de sus padres ha derivado en problemas de habilidades sociales, es decir, en dificultades para crear y mantener relaciones vinculares tanto de amistad como románticas. También ha derivado en problemas de regulación emocional, con una incapacidad para gestionar emociones desagradables ante las que recurre con conductas impulsivas y desadaptativas.

En el momento en que se produce un conflicto interpersonal, M.C. hace una interpretación catastrofista por miedo a que la abandonen, produciéndose una situación de alta reactividad emocional (con sintomatología ansiosa y ataques de ansiedad).

En estos casos se producen cuatro estrategias de afrontamiento: La primera es la rumiación, con pensamientos intrusivos como “no merezco que me quieran” o “todos me abandonan”, la mayor parte provocadas por el abandono de sus padres.

La segunda respuesta es la evitación, la paciente opta por alejar a las personas que la importan para que estas no tengan la opción de abandonarla. Esto es una conducta de control, pese a suponer una pérdida de seres queridos y de reforzadores para ella.

En tercer lugar, se dan conductas autolesivas y que ponen en riesgo su salud, referido a autolesiones, intentos autolíticos o abuso de sustancias. Esto tiene como objetivo la regulación del malestar, así como la manipulación de sus seres queridos para que no la abandonen.

Por último, actúa de forma agresiva tanto física como verbalmente. Esto, unido a la evitación, hace que se incrementen los problemas en las relaciones sociales, es decir, mantiene relaciones muy variables con una duración muy corta, lo cual no le permite mejorar sus habilidades sociales ni su regulación emocional.

4.3. Cadenas Conductuales:

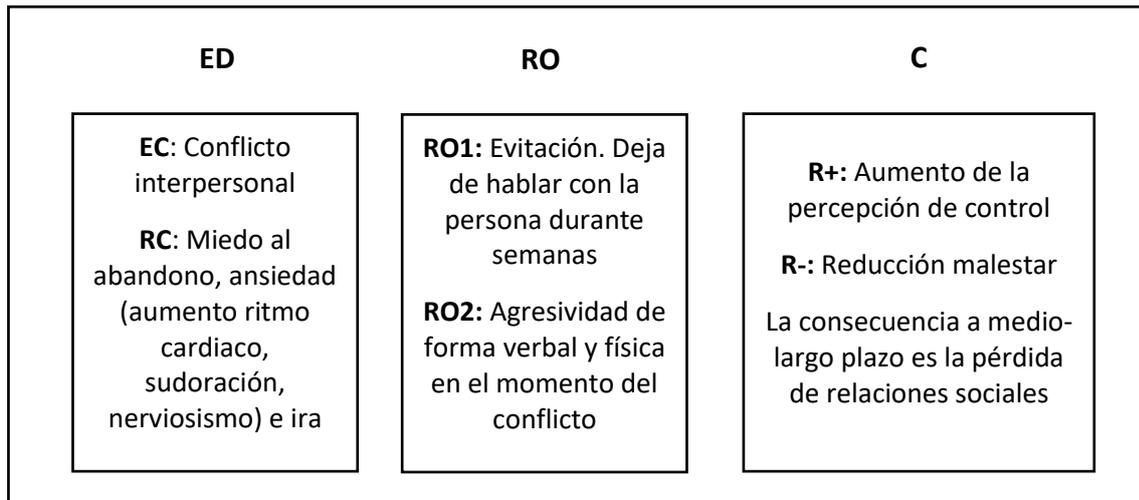
Para comprender mejor las conductas problema de MC se exponen a continuación una serie de cadenas funcionales que explican dichas conductas, así como su mantenimiento.

En primer lugar, existe un primer condicionamiento que explica el origen de las conductas de la paciente. De forma natural, el abandono (EI) se relaciona con emociones negativas como el miedo, la ansiedad y la ira (RI). Las experiencias vitales de MC la han llevado a identificar las situaciones de conflicto interpersonal (EC) como una señal de abandono inminente, provocando en ella esta misma respuesta de miedo, ansiedad e ira (RC).

De esta forma, se identifica como estímulo discriminativo el conflicto interpersonal que MC interpreta como abandono. Las respuestas operantes que efectúa ante esta situación son de evitación, agresividad y conductas de autolesión, como se aprecia en la Figura 4 y 5.

Figura 4:

Cadena conductual 1



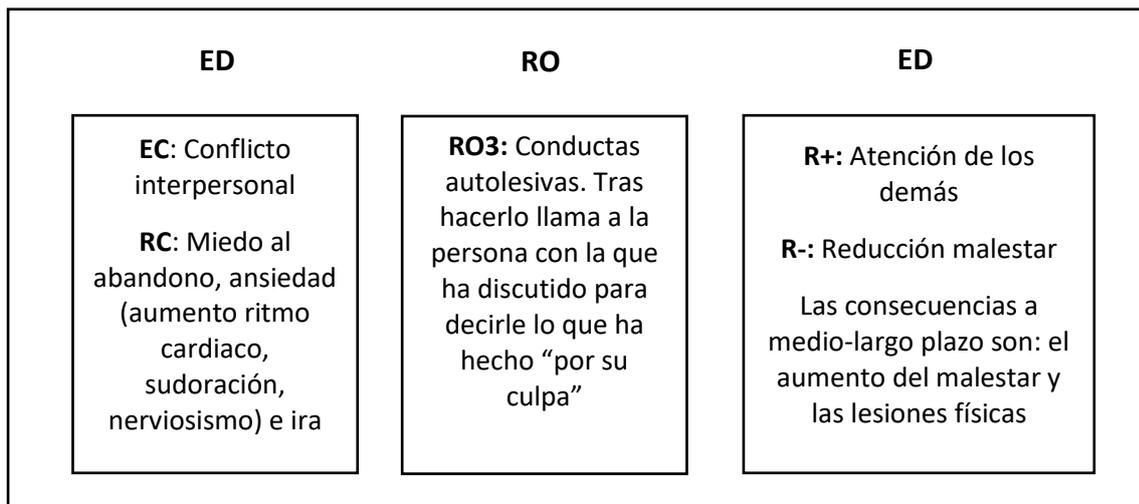
Fuente: Elaboración propia

La secuencia descrita muestra como estímulo discriminativo el condicionamiento anteriormente descrito por el cual las situaciones de conflicto personal (EC) tienen condicionada una respuesta de miedo, ira y ansiedad (RC). En el caso de MC, la sintomatología ansiosa se refiere a un aumento del ritmo cardíaco, a sudoración de las palmas de las manos y las axilas y a nerviosismo. Ante este estímulo discriminativo, se dan dos respuestas operantes que comparten consecuentes. La primera respuesta operante es la evitación (RO1), cuando la paciente discute con una amiga o con su pareja deja de interactuar con ellos durante largos periodos de tiempo, desde semanas hasta meses. Les bloquea de sus redes sociales y les ignora en caso de coincidir con ellos en persona. Los consecuentes (C) de esta respuesta operante son, por un lado, un aumento de la percepción de control (R+) ya que al evitarlos estos no tienen la capacidad de abandonarla, y por otro lado la reducción del malestar (R-), reduciéndose el miedo al abandono. La segunda respuesta operante es la agresividad (RO2) en el momento del conflicto, gritando, insultando y pegando. Esta conducta aumenta el control sobre la situación (R+), ya que es ella la que inflige daño a la persona y no al revés. Esta conducta provoca un castigo positivo en el otro individuo, pudiendo hacer que se reduzcan los conflictos para evitar la agresividad de MC. Por otro lado, su ira y malestar general se ven reducidos (R-). Ambas respuestas operantes tienen como consecuencia a medio-largo plazo la reducción de relaciones

sociales, ya que las personas que forman parte de su vida se van cansando de este comportamiento y con el tiempo acaban abandonándola.

Figura 5:

Cadena conductual 2



Fuente: Elaboración propia

En esta segunda secuencia, ante el mismo estímulo discriminativo se da la tercera respuesta operante, las conductas autolesivas (RO3). En los momentos de más ansiedad, cuando sufre ataques de pánico, recurre a la autolesión, tras lo cual llama o escribe a la persona con la que ha tenido en conflicto para contarle lo que ha hecho y culparle por ello. La respuesta de los demás suele ser de preocupación, de protección y de comprensión, suponiendo un refuerzo positivo que mantiene esta conducta. Además, lo utiliza como estrategia para disminuir la sintomatología ansiosa (R-), al no tener otras herramientas de regulación emocional. Pese a esto, la consecuencia a medio-largo plazo es un aumento del malestar, así como dolor por las lesiones físicas causadas.

4.4. Resultados Evaluación Pretratamiento:

En las tres primeras sesiones MC completó cinco cuestionarios con los siguientes resultados.

En el inventario de síntomas SCL-90, las puntuaciones obtenidas por MC en prácticamente todas las dimensiones son significativamente superiores a las obtenidas por los pacientes psiquiátricos

y por la población normal. La única dimensión que se acerca a la población normal es la de ansiedad fóbica. Las dimensiones con puntuaciones más altas son las de hostilidad (3,67) y depresión (2,77). La depresión se refiere a un estado de ánimo bajo acompañado de falta de motivación, desesperanza, poca energía vital e ideación suicida. En cuanto a la hostilidad, se relaciona con conductas, pensamientos y sentimientos de enojo. Por otro lado, cabe mencionar el índice de malestar sintomático positivo (2,66), así como el índice de severidad total (2,01), los cuales se encuentran muy por encima de las puntuaciones de la población normal, así como de la psiquiátrica, denotando altos niveles de malestar. Para ver estos resultados con más detalle, consultar Anexo 2.

En cuanto al cuestionario de ansiedad STAI, los resultados obtenidos por M.C en la escala Ansiedad rasgo fue una puntuación directa de 48 y un percentil 96, denotando niveles de ansiedad muy altos. En la escala Ansiedad estado, la paciente obtuvo una puntuación directa de 53, encontrándose en el percentil 99, lo cual indica una tendencia significativa a experimentar ansiedad.

La puntuación total obtenida por la paciente en el inventario BDI-2 es 28, que al estar comprendida en el rango 20-28 indicaría una depresión moderada.

En los resultados obtenidos en el inventario MMPI-2 resultan significativas la escala clínica de psicopatía, hipomanía, psicoastemia (o ansiedad) y depresión. La puntuación alta en psicopatía (92) indicaría inestabilidad, egoísmo, irresponsabilidad, agresividad e inmadurez. La puntuación en la escala de psicoastemia o ansiedad (72) está comprendida entre 66 y 74, por lo que se consideran puntuaciones altas. Esto coincide con los resultados del cuestionario STAI y se relaciona con la existencia de preocupaciones, inseguridad, indecisión y temor a equivocarse. La puntuación alta en hipomanía (68) se relaciona con euforia, impaciencia, inquietud y relaciones superficiales. Por último, cabe destacar que la puntuación moderada en la escala de depresión (62) concuerda con la obtenida en el cuestionario BDI-2 (Casullo et al., 2006). El resto de resultados de este inventario se plasman en el Anexo 3.

En cuando a la escala específica para el diagnóstico del TLP, BSL-23, La puntuación total obtenida por MC fue de 60, denotando una sintomatología grave de este trastorno, al comprenderse entre 49 y 62.

4.5. Diagnóstico:

Tras la evaluación realizada, teniendo en cuenta tanto las conductas problema expuestas por la paciente como los resultados de los cuestionarios, el diagnóstico de MC es Trastorno Límite de la Personalidad. Según el manual DSM-5 (APA, 2013), para realizar este diagnóstico la persona debe cumplir cinco o más criterios, en este caso la paciente cumple siete de los nueve criterios (Anexo 1).

Pese a la funcionalidad de esta etiqueta a la hora de investigar acerca de los tratamientos con mayor evidencia científica, el diseño de la intervención se basó en las hipótesis de origen y mantenimiento, así como en el análisis funcional llevado a cabo de este caso específico. Además, me apoyé en la literatura para trabajar desde la Terapia Dialéctica Conductual y desde las indicaciones y recomendaciones más actuales.

4.6. Objetivos Y Técnicas Del Tratamiento

Tabla 1:

Objetivos y técnicas de tratamiento

Objetivos	Intervención
Disminuir las conductas que ponen en riesgo la vida de la paciente (autolesiones, ideación suicida y consumo de sustancias)	Psicoeducación para motivar el cambio en la paciente. Control estimular, restringir su acceso a cuchillas de afeitarse (autolesiones) y a sustancias (alcohol y cocaína). Actividades alternativas en los momentos de mayor malestar.

Reducir ataques de ansiedad	Psicoeducación para descatastrofizar los ataques de ansiedad Entrenamiento en técnicas para la desactivación fisiológica (como la respiración abdominal)
Regulación emocional (gestión de la ira)	Psicoeducación acerca de las emociones Reestructuración cognitiva de las creencias negativas acerca de las emociones Identificación de las emociones Incorporación de estrategias de modulación/gestión de dichas emociones (tiempo fuera, distracción y resolución de problemas)
Mejorar el estado de ánimo	Actividades agradables (Activación conductual)
Aumentar relaciones de apego	Reestructuración cognitiva de las creencias acerca de la importancia de tener vínculos con otras personas. Entrenamiento en habilidades sociales como la comunicación asertiva.
Prevención de recaídas	Psicoeducación de la teoría del cambio Revisar el tratamiento y los logros conseguidos Plan de afrontamiento de situaciones de riesgo

Fuente: Elaboración propia

5. Tratamiento

El tratamiento se llevó a cabo desde un abordaje cognitivo conductual, basado en la Terapia Dialéctico Conductual. Se compone de 24 sesiones presenciales con periodicidad semanal, de las cuales 20 se dedicaron a la intervención. Dicha intervención se compone de cuatro fases de intervención y un periodo postratamiento. Se realizó conmigo como única terapeuta bajo la supervisión de una profesional del centro.

Fase 1

- Sesiones: 4-8
- Objetivo: Reducir las conductas problema que ponen en riesgo la vida de la paciente y reducir la frecuencia de los ataques de ansiedad y del malestar percibido.
- Estrategias utilizadas: Validación, psicoeducación, técnicas de desactivación fisiológica, control estimular y actividades alternativas
- Tareas: Autoregistro de ideación suicida, conductas autolíticas y ataques de ansiedad y autoregistro sobre consumo de sustancias

Siguiendo las pautas de la terapia dialéctica conductual (Linehan, 2003) el primer objetivo del tratamiento fue disminuir y eliminar las conductas y cogniciones que ponen en riesgo la vida de la paciente, es decir, las conductas autolíticas, la ideación suicida y el consumo de alcohol y cocaína. Con el autoregistro realizado en la fase pretratamiento, se observó que la ideación suicida y las conductas autolíticas siempre van precedidas por un ataque de ansiedad.

Se realizó un análisis funcional para que MC pudiese entender la función que cumplen estas conductas, su origen y su mantenimiento, pudiendo así aumentar su conciencia sobre el problema. En todo momento se hizo uso de la validación haciendo ver a la paciente que sus respuestas son comprensibles y tienen sentido en este contexto, mostrando un interés genuino y resaltando su capacidad de cambiar (Gempeler, 2008). Con el objetivo de aumentar su gestión emocional, se llevó a cabo una psicoeducación acerca de la identificación de las emociones, así como de la funcionalidad que estas tienen aun siendo desagradables. Para disminuir la activación fisiológica, se entrenó a la paciente en el ejercicio de la meditación y en ejercicios de respiración diafragmática.

MC refirió que su único método de autolesionarse es mediante cortes con cuchillas de afeitar que tiene en el baño y en el coche, por lo que el control estimular se refirió a no tener cuchillas a su alcance. También se redactó junto con la paciente una lista de actividades alternativas junto con una

serie de recursos a los que acudir (emergencias, hospitales o yo misma) y con personas a las que llamar para recurrir al desahogo emocional.

En cuanto al consumo de sustancias, se llevó a cabo una entrevista motivacional para saber la conciencia de MC sobre el problema. Prochaska y Diclemente propusieron un modelo transteórico de cambio del comportamiento (Díaz Salabert, 2001), con esta entrevista se observó que la paciente se encontraba en un estadio de preparación, por ello, se compuso un plan de acción que consistía en reducir paulatinamente el consumo de sustancias, control estimular y de evitar los estímulos desencadenantes que la llevaban a consumir (por ejemplo, salir de fiesta). Cada semana se evaluó el consumo de cocaína, así como el de alcohol (Anexo 5).

Fase 2:

- Sesiones: 9-12
- Objetivo: Reducir la impulsividad y la agresividad. Aumentar la tolerancia al malestar
- Estrategias utilizadas: Distracción con actividades alternativas y tiempo fuera, listado de pros y contras y aceptación del malestar
- Tareas: Poner en práctica las estrategias aprendidas en sesión

Para lograr este objetivo se llevó a cabo una formación en tolerancia al malestar siguiendo las pautas de la terapia dialéctica conductual. Se trata de inhibir las conductas desadaptativas al mismo tiempo que aceptar y tolerar el malestar. Las dos conductas que se le propusieron a la paciente fueron la distracción y reflexionar sobre los pros y contras que tendrán sus acciones para reducir la impulsividad. Para la distracción se presentaron dos herramientas a la paciente, las actividades distractoras (como llamar a una persona ajena a esta situación) y el tiempo fuera, es decir, concederse un tiempo para reflexionar y aplicar las técnicas de desactivación fisiológica vistas en las anteriores sesiones (respiración y meditación) antes de volver a la situación (Linehan, 2003).

Fase 3:

- Sesiones: 13-15
- Objetivos: Mejora del estado de ánimo
- Estrategias utilizadas: Actividades agradables
- Tareas: Evaluar la satisfacción al llevar a cabo las actividades agradables

Con el objetivo de mejorar el estado de ánimo general de la paciente se llevó a cabo un listado de actividades agradables conjuntamente (Anexo 7). Las actividades se puntuaron según los costes y los beneficios que MC esperaba que estas aportasen, para así poder elegir las tres que tuviesen una mayor diferencia entre estas dos puntuaciones. Las tres actividades seleccionadas fueron: Ir al gimnasio, cocinar e ir al cine con una amiga.

En la siguiente sesión se evaluó cada una y se observó que ir al gimnasio resultó la actividad más beneficiosa, ayudando a disminuir su sintomatología ansiosa y mejorando de forma general su estado de ánimo.

Fase 4:

- Sesiones: 16-21
- Objetivos: Aumentar el número de relaciones sociales y su estabilidad
- Estrategias utilizadas: Reestructuración cognitiva, validación, entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de resolución de conflictos y role playing.
- Tareas: Poner en práctica las estrategias aprendidas y practicadas en sesión

La paciente contaba con una serie de sesgos cognitivos acerca de la soledad que la hacían no querer trabajar esta meta. Un ejemplo eran frases como “no necesito a nadie” o “estoy mejor sola”. Para llevar a cabo una reestructuración de estos sesgos, se utilizó información acerca de la teoría del apego, en cuanto a la necesidad humana, universal y primaria de formar vínculos afectivos estables y duraderos (Pinedo Palacios y Santelices Álvarez, 2006), complementándose en todo momento con validación.

Se tomó como referencia el átomo social desarrollado por MC (Figura 2) y se propuso como objetivo poder enriquecer la relación con las personas que conforman su átomo social. Se realizó un entrenamiento en habilidades sociales, en concreto, en asertividad, así como en la resolución de conflictos. Tras darle algunos ejemplos de asertividad, se realizó un role playing en sesión simulando una de las situaciones referidas en el primer autoregistro (Anexo 4), para que pudiese ponerlo en práctica en las situaciones del día a día.

Postratamiento:

- Sesiones: 22-24
- Objetivos: Evaluación postratamiento y prevención de recaídas
- Estrategias utilizadas: Desarrollo de un plan de acción para evitar recaídas
- Tareas: Cuestionarios STAI, BDI-2 y BSL-23

Las últimas dos sesiones con MC tuvieron el objetivo de valorar el trabajo llevado a cabo hasta el momento, comparando su estado actual con el de las primeras sesiones. Para hacer esto, se volvió a evaluar a la paciente tanto con los cuestionarios ya utilizados como en los autoregistros, para poder hacer una comparativa más clara y estudiar la efectividad del tratamiento. Además, se realizó un plan de acción para las posibles recaídas futuras, el cual consiste en poner en marcha las diferentes estrategias vistas en sesión así como ofrecerle una serie de recursos a los que acudir. Tomó una gran importancia la aceptación de la recaída como parte del proceso terapéutico, viéndolo como una fase transitoria de este y no como un fracaso.

6. Valoración del tratamiento

6.1. Adherencia Al Tratamiento:

En un principio, la paciente mostró algunas reticencias a la hora de identificar algunas conductas problema que ella consideraba normales y poco preocupantes. Tras las primeras sesiones, MC demostró un cambio en su implicación, la cual fue muy favorable en el resto del proceso

terapéutico. Cabe mencionar que la alianza terapeuta-paciente ha sido de vital importancia y ha tenido un gran peso en las sesiones. La paciente se ha mostrado constante y responsable, atendiendo a todas las citas señaladas y acudiendo a estas con puntualidad. No ha acudido en ningún momento bajo el efecto de sustancias y no ha habido ningún conflicto, mostrándose en todo momento respetuosa y agradecida por la ayuda recibida. En cuanto a las tareas que debía realizar fuera de sesión (cuestionarios, autoregistros y poner en práctica las herramientas explicadas en sesión) se ha mostrado cooperativa y las ha cumplimentado en el plazo acordado. Esta implicación y colaboración, además de la escucha activa, la motivación y el interés mostrado por MC, indican una adherencia óptima al tratamiento.

Cabe destacar una gran variabilidad emocional, durante el proceso terapéutico MC tuvo un estado de ánimo bajo durante algunas semanas no consecutivas. En las sesiones en las que la paciente tenía este estado de ánimo bajo, su motivación e implicación disminuía, mostrándose reacia a poner en práctica las estrategias planteadas en sesión. Debido a esta actitud, durante estas sesiones tomó una mayor importancia el desahogo emocional anteponiéndolo a los objetivos específicos de esta fase del tratamiento.

En general, la paciente refiere haber sentido la terapia como un espacio seguro en el que poder aprender y mejorar. Pese a observarse ciertas mejorías, dada la complejidad del caso, es recomendable que siga su proceso terapéutico en el centro con otro terapeuta.

6.2. Consecución De Objetivos:

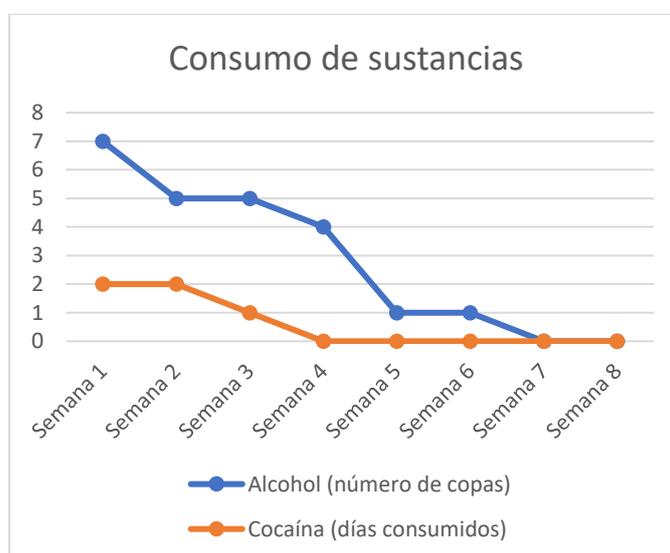
Con los datos recabados acerca del postratamiento, se pudo hacer una comparativa para analizar los cambios respecto al inicio de la terapia.

El primer objetivo propuesto fue disminuir o eliminar las conductas que ponían en riesgo la vida de la paciente. En los autoregistros llevados a cabo semanalmente se puede ver una disminución paulatina del consumo de sustancias, llegando al consumo 0 en cocaína y en alcohol (Figura 6). La ideación suicida y las conductas autolíticas se daban en el contexto del ataque de ansiedad, por lo que

en sesión se trabajó para disminuir la frecuencia de estos ataques, así como para reducir el malestar que estos provocaban a la paciente y su forma de afrontarlos, sustituyendo las autolesiones por estrategias más adecuadas y beneficiosas. De esta forma, en la figura 7, se observa una disminución de los ataques de ansiedad a lo largo de las semanas, así como de los pensamientos de ideación suicida y de las conductas autolíticas. Esta progresión tuvo un gran salto en la sexta semana, momento en que incorporamos la meditación guiada a través de una aplicación de móvil.

Figura 6:

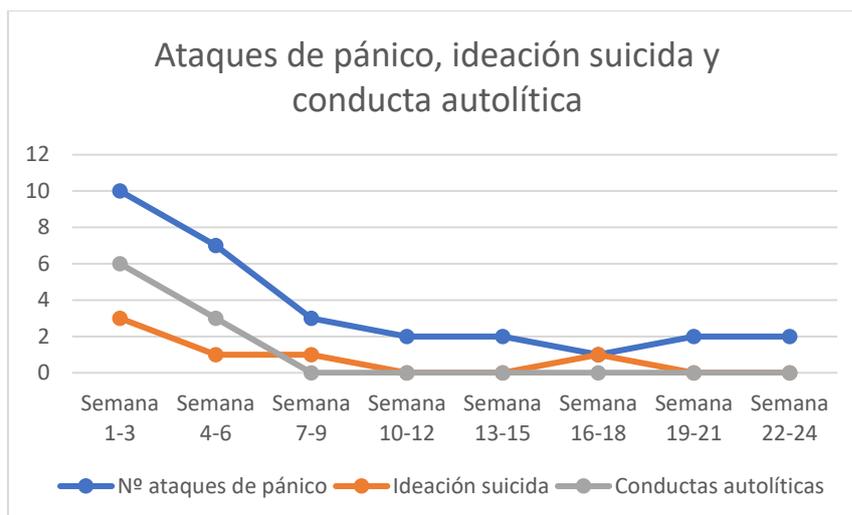
Resultados de autorregistro de consumo de sustancias



Fuente: Elaboración propia

Figura 7:

Resultados de autorregistros de la frecuencia de ataques de pánico, de ideación suicida y de conducta autolítica



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la conducta agresiva, la paciente refiere haber disminuido su conducta de agresividad en situaciones de conflicto interpersonal. El poner en práctica las estrategias de comunicación asertiva y de tener un tiempo alejada de la situación para poder pensar en cómo comportarse, notó que no solo descendía su malestar, sino que también notó un cambio en la actitud de los demás, lo cual la reforzó a seguir haciéndolo. Esta disminución se puede observar en la disminución de la sintomatología del TLP medida con el cuestionario BSL-23 (Anexo 8), donde las puntuaciones de los ítems relacionados con la impulsividad descendieron. Respecto a este inventario, en general se dio una reducción significativa, ya que en la evaluación pretratamiento se obtuvo una puntuación total de 69, denotando una sintomatología grave, mientras que tras el tratamiento esta puntuación se redujo a 27, indicando un estado leve.

También se dio una disminución general de la sintomatología ansiosa al comparar las puntuaciones obtenidas en el cuestionario STAI, pasando de una ansiedad estado 48 a una puntuación de 22 y de una ansiedad rasgo 53 a una puntuación 34, siendo un poco mayor a la media, pero observándose una mejoría en esta sintomatología.

Con el cuestionario BDI, se observó una disminución de la sintomatología depresiva. Las puntuaciones pretratamiento indicaban una depresión moderada, mientras que en la evaluación postratamiento MC obtuvo una puntuación total de 12, correspondiendo a una depresión mínima. La

paciente refirió que su estado de ánimo comenzó a subir gracias al ejercicio físico, el cual la obligaba a salir de casa para ir al gimnasio y disminuía los pensamientos automáticos negativos considerablemente. Esta diferencia en las puntuaciones de los cuestionarios administrados puede observarse con más detalle en el Anexo 8.

Por último, se aprecia un cambio en las relaciones sociales con la paciente. Mientras que en la primera evaluación el átomo social de MC se componía sobre todo por personas lejanas, una segunda evaluación con entrevista no estructurada muestra un mayor número de relaciones cercanas. En concreto, su relación con Lucía, Marta y Nuria se hizo más profunda, formando parte del (primer círculo de su átomo social). Además, cabe destacar que en el momento pretratamiento las relaciones de MC eran transitorias, cambiaban cada mes de forma abrupta, por lo que el mantenimiento de Sergio y Paula como figuras cercanas a ella es una gran mejoría en cuanto a la capacidad de establecer relaciones vinculares permanentes.

7. Discusión y conclusiones

El presente trabajo tiene como principal objetivo ofrecer información sobre la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual aplicada de forma individual mediante el estudio de un caso clínico de una mujer joven diagnosticada de trastorno límite de personalidad. Este se trata, no solo del trastorno de la personalidad más frecuente (Escribano Nieto, 2006), sino también de uno de los más complejos de estudiar debido a la comorbilidad que presenta, a su variedad sintomática y al gran impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Rodríguez Fleitas et al., 2018; Thadani et al., 2018). Pese a las limitaciones a la hora de estudiar la eficacia de las psicoterapias debido dicha alta comorbilidad con otros trastornos y a la alta tasa de abandono (Venegas Pérez et al., 2017), la TDC ha demostrado en diferentes revisiones su eficacia (Burgal Juanmartí y Pérez Lizeretti, 2017), siendo por ello la más recomendada para el tratamiento de este trastorno (Navarro-Leis y López Hernández-Ardieta, 2013). Dichas revisiones sugieren que mediante la aplicación de la TDC disminuye la sintomatología suicida, la ansiosa y la depresiva (Panepinto et al., 2015), lo cual concuerda con los

resultados de este caso clínico. Además de por la evidencia empírica que respalda a la TDC y por su enfoque integrador, el tratamiento se basó en ella debido a la importancia que le da a la intervención en las conductas dañinas para la persona (Linehan, 2003), en este caso en la ideación suicida, en las conductas autolíticas y en el consumo de sustancias.

La eficacia de esta intervención no hubiese sido posible sin una primera fase de evaluación que tuvo una duración de tres sesiones y que se compuso de una entrevista inicial, una serie de cuestionarios, autoregistros y varios instrumentos gráficos, en concreto una línea de vida y un átomo social. Los cuestionarios escogidos para la evaluación fueron el STAI, SCL-90-R, BDI-2, MMPI-2 y BSL-23, pudiendo aportar diversos datos sobre un posible trastorno de la personalidad, en concreto del TLP, y sobre posible sintomatología comórbida de depresión y ansiedad. Con todo ello, se obtuvo información de la historia de la paciente (MC), de la problemática actual y de las variables que mediaban en el problema. Una vez llevada a cabo se pudo realizar una formulación del caso que reflejase las variables que pudieron mediar en el origen del problema, así como las que ahora están promoviendo su mantenimiento. Basándome en el análisis funcional, se planificó una intervención cognitivo-conductual basada en la terapia dialéctico conductual que tuvo una duración de 24 sesiones presenciales. Se plantearon cuatro objetivos, siendo el prioritario el consumo de sustancias y las conductas suicidas y parasuicidas. A esto se le suma la disminución de los ataques de ansiedad, reducir la agresividad e impulsividad, la mejora del estado de ánimo, y la mejora de sus relaciones sociales. Las técnicas utilizadas se basaron en las descritas en el manual de Linehan (2003) aunando una perspectiva cognitivo-conductual con la validación y la aceptación. Dada la relación entre la sintomatología ansiosa y la conducta autolítica y la ideación suicida, se dio importancia a las técnicas de desactivación fisiológica, así como a las actividades alternativas que, unidas al control estimular, promovieron la disminución de las conductas autolíticas, así como del consumo de sustancias. Para reducir la impulsividad, se aportaron estrategias como la distracción y el análisis de pros y contras para retrasar la acción impulsiva y tomar conciencia de las implicaciones que esta tendría. Esta reducción de la impulsividad se relacionó con la mejora del área social del paciente, que, tras una

reestructuración cognitiva y un entrenamiento en habilidades sociales, sufrió una mejoría considerable. Por último, se observó que en los momentos de mayor inactividad se producía un estado de ánimo más bajo, por lo que se plantearon una serie de actividades agradables que resultaron beneficiosas.

En primer lugar, gracias a los autoregistros semanales, se pudo observar que el consumo de sustancias se redujo hasta llegar a un consumo 0 (Figura 6), al igual que las conductas autolíticas, que se eliminaron por completo. También se ha observado una reducción de los ataques de pánico, así como de la ideación suicida, ocurriendo con una frecuencia mucho menor en el inicio del proceso terapéutico (Figura 7). Por otra parte, los cuestionarios BDI-2 y STAI reflejan que la sintomatología depresiva y ansiosa se ha visto reducida significativamente (Anexo 8). Por último, los resultados postratamiento del cuestionario BSL-23 indican una reducción de la sintomatología propia del TLP, incluyendo una reducción en las puntuaciones de los ítems correspondientes a las conductas impulsivas y agresivas.

Considero que fue clave desarrollar una alianza terapéutica para disminuir las posibilidades de abandono de la terapia así como para promover la motivación de MC para ser constante a la hora de aplicar lo trabajado en sesión en su día a día. Esto se ajusta a las indicaciones de Linehan (2003) acerca de los beneficios de cultivar la alianza terapéutica.

Aunque los resultados conseguidos concuerdan en un porcentaje adecuado con los objetivos planteados, existieron ciertas limitaciones. En primer lugar, las limitaciones económicas y de tiempo de la paciente provocaron la necesidad de modificar la aplicación de la terapia dialéctico conductual, llevándola a cabo de forma individual que teniendo que incorporar a esta los elementos de la parte grupal (el mindfulness, el entrenamiento en habilidades sociales, regulación emocional y tolerancia al malestar mediante la aceptación). Otra variable que afectó al proceso terapéutico fue la variabilidad anímica por la cual algunas sesiones no pudieron desarrollarse con normalidad. Considero, que mi poca experiencia en el ámbito de la psicología clínica, así como esta inestabilidad en el

comportamiento y estado de ánimo de MC ha supuesto en ocasiones un reto pese a las supervisiones de la profesional del centro.

Por último, cabe mencionar que el proceso terapéutico aún no ha finalizado, y al tratarse de un periodo de prácticas curriculares la paciente será derivada a otro terapeuta. Creo interesante entender cómo este cambio afectará a la paciente, ya que en su caso resalta una historia de abandono frecuente y esta modificación podrá tener consecuencias en su progreso y en su adherencia al tratamiento. Es por eso por lo que considero importante que el siguiente profesional siga evaluando las áreas que ya han sido intervenidas para ver si los cambios se mantienen o si sufren una recaída.

En resumen, se puede afirmar que los resultados de este caso clínico concuerdan con los de otros estudios acerca de la eficacia de la TDC (Burgal Juanmartí y Pérez Lizeretti, 2017) como tratamiento del trastorno límite de la personalidad, específicamente en la reducción de las conductas suicidas y parasuicidas.

Esta importancia se debe al impacto que este trastorno tiene en la red de salud mental, así como en la calidad de vida de las personas que muestran esta sintomatología y sus familiares, en parte debido a la alta tasa de conducta suicida y parasuicida.

8. Valoración personal:

En primer lugar, agradezco a mi tutora de prácticas Paloma Díez y al centro Psicología Europa por la gran oportunidad profesional que me ha dado. He podido aprender y crecer trabajando bajo su supervisión.

El caso de MC me ha supuesto un reto como psicóloga, me ha hecho tomar conciencia de la importancia de desarrollar mis habilidades como terapeuta, desarrollando una mayor tolerancia a la frustración que pueden provocar los cambios imprevisibles en el curso clínico. Además, la variedad de áreas afectadas, así como las numerosas conductas problema que presentaba la paciente, demuestran

la necesidad de una mayor formación específica, sobre todo en la detección e intervención en conductas suicidas.

Por último, agradezco a MC la confianza que ha depositado en mí, y su constancia con el proceso terapéutico, facilitando en todo momento mi trabajo y fomentando nuestra relación terapéutica.

Ha sido una gran experiencia y espero haber contribuido de alguna forma con este trabajo al desarrollo del conocimiento acerca de este trastorno y de la eficacia de este tratamiento.

9. Referencias bibliográficas

- American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).
- Andión, Ó., Ferrer Vinardell, M., Matalí, J. L., Álvarez-Cienfuegos, L., Valero, S., Navarro, J. A., Bruguera, E., & Casas, M. (2008). Diagnóstico del trastorno límite de la personalidad: concordancia entre el juicio clínico y la entrevista semiestructurada. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(3), 144–150.
- Arza Porras, J. (2016). La aplicación del psicodrama pedagógico a la supervisión en trabajo social. *Comunitania: International Journal of Social Work and Social Sciences*, 12, 69–85.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). BDI-II. *Beck Depression Inventory Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología. Tercera Edición*. McGraw-Hill.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Tracie Shea, M., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment Utilization by Patients With Personality Disorders. *Am J Psychiatry*, 158, 295–302.
- Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., & Pantalone, D. W. (2012). Use of Dialectical Behavior Therapy in Inpatient Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Psychiatric services*, 63(9), 881–888.
- Bohus, M., Frank, U., & Küeler, T. (2007). Psychometric Properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 40(2), 126-132.

- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., ... & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39.
- Bouchard, T. J., Jr, & McGue, M. (2003). Genetic and Environmental Influences on Human Psychological Differences. *Wiley Periodicals*, 4-45.
- 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*, 38(2), 148-156.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring. Minneapolis: *University of Minnesota Press*.
- Bychowski G. (1953). The problem of latent psychosis. *J Am Psychoanal Assoc*, Vol. 1(3), 484-503.
- Frosch J. (1964). The psychotic character: clinical psychiatric considerations. *Psychiatric Q.* Vol. 38, 81-96
- De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56
- Caballo, V. E. (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos.
- Castillo, Beliza. (2013) Psicodrama, Sociodrama y Teatro del Oprimido de Augusto Boal: Analogías y Diferencias. *Teatro: Revista de Estudios Culturales / A Journal of Cultural Studies*: Vol. 26, 117-139.
- Casullo, M.M., Brenlla, M. E., Prado, A., Ferrante, V., & Fernández Liporace, M. (2006): *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínicos, forense y laboral*, Buenos Aires. Paidós.

- Chávez-León, E., Ng, B., & Ontiveros-Urbe, M. P. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. *Salud Mental*, Vol. 29, No. 5, septiembre-octubre 2006.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry*, 164(6).
- Crespo Delgado, E. (2022). Avances en la investigación sobre el trastorno de personalidad límite. Estudio de subtipos y su respuesta al tratamiento (Doctoral dissertation, Universitat Jaume I).
- De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56
- Derogatis, L.R.: SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures. Manual II. Clinical Psychometric Research. 1977.
- Díaz Salabert, J. (2001). El modelo de los estadios del cambio en recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de psicología*, 5, 21–35.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 389–395.
- Elices, M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 132–152.
- Espinosa, J. J., Grynberg, B. B., & Mendoza, M. P. R. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*, 32(4), 317-325.
- Frosch J. The psychotic character: clinical psychiatric considerations. *Psychiatric Q.* 1964; 38: 81-96

- Fossati, A., Novella, L., Donati, D., Donini, M., & Maffei, C. (2002). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study. *Comprehensive psychiatry*, 43(5), 369-377.
- García-Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: Terapia individual. *Psicología Conductual*, 14(3), 453–466.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Rev. Colomb. Psiquiat*, 37(1), 4–45.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 649–658.
- Giner Zaragoza, F., Lera Calatayud, G., Vidal Sánchez, M. L., Puchades Muñoz, M. P., Rodenes Pérez, A., Císcar Pons, S., ... & Ferrer Ferrer, L. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 789-799.
- Granada López, J. M. (2018). *Experiencia psicofarmacéutica de personas diagnosticadas de trastorno límite de personalidad*. Universidad San Jorge.
- Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Sedláčková, Z., & Hruby, R. (2016). Quality of life in borderline patients comorbid with anxiety spectrum disorders - a cross-sectional study. *Dove Press journal*, 10, 1421–1433.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*.

- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510–515.
- Gunderson, J. G., & Phillips, K. A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *The American Journal of Psychiatry*, Vol 148(8), Aug, 1991. pp. 967-975.
- Gunderson, J. G., & Ridolfi, M. E. (2001). Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 61-77.
- Heliodoro Marco, J., García Palacios, A., Navarro, M., & Botella, C. (2012). Aplicación de la Terapia Dialéctica Comportamental en un Caso de Anorexia Nerviosa y Trastorno Límite de la Personalidad Resistente al tratamiento: Un estudio de caso con seguimiento a los 24 meses. *Revista Argentina Clínica*, 21, 121–128.
- Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. *Psychiatric Q.* 1949; 23: 248-276.
- Ibanez, I., del Pino, A., Olmedo, E., & Gaos, M. T. (2010). Fiabilidad y validez de una versión española del inventario de depresión de Beck-II en una muestra de la población general canaria. *Psicología Conductual*, 18(1).
- Jorquera Rodero, M., Elvira Cruaños, V., Guillén Botella, V., & Baños Rivera, R. M. (2018). Terapia dialéctica comportamental en formato individual para el tratamiento del trastorno límite de personalidad: Dos estudios de caso. *Revista Argentina de Clínica*, 27, 393–402.
- Krause-Utz, A., Walther, J.-C., Kyrgiou, A. I., Hoogenboom, W., Alampanou, M., Bohus, M., Schmahlf, C., & Lis, S. (2022). Severity of childhood maltreatment predicts reaction times and heart rate variability during an emotional working memory task in borderline personality disorder. *European Journal Of Psychotraumatology*, 13.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.

- Livesley, W. J., & Larstone, R. (2018). *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. The Guilford Press. (pp. 419-425).
- López, D., Cuevas, P., Gómez, A., & Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental, 27*(4), 44–54.
- López Ramírez, M. E., Carbia Enríquez, L., & Quintana Rivero, M. (2007). Reporte de seguimiento de tres mujeres con trastorno límite de la personalidad tratadas con psicoterapia basada en la transferencia. *Revista electrónica de psicología Iztacala, 10*(3), 121–138.
- Lynch, T. R. (2018). Tribe Matters: An Introduction to Radically Open Dialectical Behavior Therapy. *Association for behavioural and cognitive therapies, 41*(3), 116–124.
- Montes Montero, A. (2017). *Disregulación emocional en el TLP: un estudio con magnetoencefalografía*. Universidad Complutense de Madrid.
- Mosquera, D., & González, A. (2013). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, 3*.
- Muñiz, J., Hernández, A., & Fernández-Hermida, J. R. (2020). Utilización de los test en España: El punto de vista de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo, 41*(1), 1-15.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality Disorder: treatment and management. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.
- Navarro-Leis, M. y López-Hernández-Ardieta, M. (2013). Terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica, 10*(1), 33-44.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1994). Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)

Ortiz Fernández, C. (2015). Hacia un diagnóstico fiable y eficiente del trastorno límite de la personalidad: validación de la versión española de la Borderline Symptom List-Short versión: BSL-23.

Panepinto, A. R., Uschold, C. C., Olandese, M., & Linn, B. K. (2015). Beyond Borderline Personality Disorder: Dialectical Behavior Therapy in a College Counseling Center. *Journal of College Student Psychotherapy, 29*, 211–226.

Perseus, K.-I., Andersson, E., Sberg, M. A., & Samuelsson, M. (2006). Health-related quality of life in women patients with borderline personality disorder. *Nordic College of Caring Science, 20*, 302–307.

Pinedo Palacios, J. R., & Santelices Álvarez, M. P. (2006). El modelo de los estadios del cambio en recuperación de las conductas adictivas. *TERAPIA PSICOLÓGICA, 24*(2), 201–210.

Robles Sánchez, J. I., Andreu Rodríguez, J. M., & Peña Fernández, M. E. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 2*(1), 5–19.

Rodríguez Fleitas, G., & Betancor Alonso, C. D. J. (2018). Trastorno Límite de la Personalidad: Abordaje Teórico e Introducción a la Práctica.

Rohner, R. P. y Carrasco, M. A. (2014). Teoría de la Aceptación-Rechazo Interpersonal (IPARTheory): Bases Conceptuales, Método y Evidencia Empírica [Interpersonal Acceptance-Rejection

Theory (IPARTheory): Theoretical Bases, Method and Empirical Evidence]. *Acción Psicológica*, 11(2), 9-26.

Sainz-Maza Fernández, A. (2022). Una introducción a la Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta y una revisión sistemática de las evidencias de su eficacia. *Apuntes de psicología*, 40(2), 97–107.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Chronic Pain Syndromes and Borderline Personality. *Innovation in clinical*, 9(1), 10–14.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist.

Society of Clinical Psychology. (n.d.). About clinical psychology. Retrieved from <http://www.apa.org/about/division/div12.aspx>

Streit, F., Witt, S. H., Awasthi, S., Foo, J. C., Jungkunz, M., Frank, J., Colodro-Conde, L., Hindley, G., Smeland, O. B., Maslahati, T., Schwarze, C. E., Dahmen, N., Schott, B. H., Kleindienst, N., Hartmann, A., Giegling, I., Zillich, L., Sirignano, L., Poisel, E., ... Andreassen, O. A. (2022). Borderline personality disorder and the big five: molecular genetic analyses indicate shared genetic architecture with neuroticism and openness. *Translational Psychiatry*, 12(153).

Skoglund, C., Tiger, A., Rück, C., Petrovic, P., Asherson, P., Hellner, C., Mataix-Cols, D., & Kuja-Halkola, R. (2021). Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: a register study of the Swedish population. *Molecular Psychiatry*, 26, 999–1008.

Tapasco Ayala, L. (2018). Terapia dialéctico-conductual y Psicoterapia focalizada en la transferencia, dos modelos de intervención del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, psicoanálisis y conexiones*, 10(16).

- Thadani, B., Pérez-García, A. M., & Bermúdez, J. (2018). Calidad de vida en personas diagnosticadas con trastorno de personalidad límite: Papel mediador de la satisfacción vital. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2), 89–98.
- Vanegas, G., Barbosa, A., & Pedraza, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), pp. 159-176
- Vyskocilova, J., Prasko, J., Sedlackova, Z., Ociskova, M., & Grambal, A. (2014). Schema therapy for CBT therapists who treat borderline patients. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 56(1–2), 24–31.
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana.
- World Health Organization. (2018). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-11 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana.
- Yust, C., Cuevas & López Pérez-Díaz, ÁG (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *international Journal of psychology and psychological Therapy*, 12(1), 97-114.
- Zilboorg G. (1941). Ambulatory Schizophrenia. *Psychiatry, Interpersonal and Biological Processes*, Vol. 4, 149-155.

10. Anexos

10.1. Anexo 1. *Criterios para el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM 5*

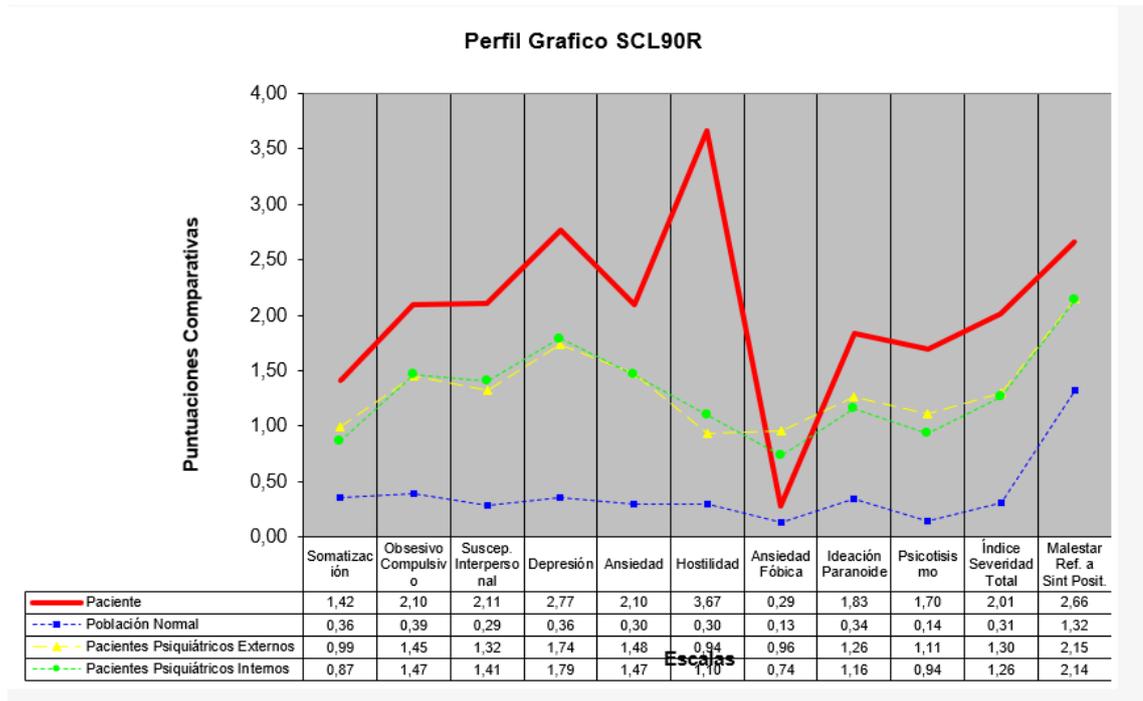
DSM 5

Trastorno de la personalidad límite

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Fuente: APA, 2013.

10.2. Anexo 2: Resultados SCL90-R:



Fuente: Elaboración propia

10.3. Anexo 3: Resultados MMPI-2

	Total Bruto	Total	
L	4	52	L
F	21	109	F
K	13	46	K
Hs. Hipocondría	10	57	Hs.
D. Depresión	26	62	D.
Hy. Histeria	22	49	Hy.
Pd. Psicopatía	32	87	Pd.
Mf. Masculinidad/Feminidad	33	57	Mf.
Pa. Paranoia	12	56	Pa.
Pt. Psicastenia	24	68	Pt.
Sc. Esquizofrenia	19	60	Sc.
Ma. Hipomanía	24	68	Ma.
Si. Introversión Social	30	52	Si.

Fuente: Elaboración propia

10.4. Anexo 4: Autorregistro de situaciones de malestar

Fecha	Situación	Qué siento	Qué pienso	Qué hago	Malestar (0-10)
1/06	Salí de fiesta y mi novio se fue a la calle sin avisarme	Enfado	No entiendo por qué no me avisa. No quiero que me deje sola.	Salgo y le grito en la calle. Cuando no se disculpa le pego en la cara.	9
2/06	Llegué a casa después de salir de fiesta	Ansiedad	Estoy teniendo un ataque de ansiedad	Cojo una cuchilla y me corto en los antebrazos	10
2/06	Ayer me autolesioné y tuve que ir al centro de salud a curarme los cortes	Vergüenza	Van a juzgarme. Van a internarme.	Digo que fue un accidente	6
3/06	Mi jefe me regaña por haber tratado mal a un cliente	Vergüenza y enfado	Él no ha visto la situación y es injusto. Le odio y odio el trabajo.	Me voy enfadada y amenazo con despedirme	6
3/06	Le cuento a mi amiga lo que ha pasado en el trabajo y no me entiende	Enfado, incomprensión	Nadie me entiende, nadie me quiere realmente. No es buena amiga.	Discutimos y le cuelgo la llamada. No vuelvo a responder a sus mensajes en todo el día.	7
4/06	Me acabo de despertar	Nada	No quiero levantarme, no quiero ver a nadie. Quiero estar sola	Ignoro las llamadas de mi novio y amigos. Paso el día en casa.	3
5/06	Salgo de fiesta con mis amigas. Mi novio y yo nos hemos peleado.	Tristeza y enfado	No merezco que me quieran. Va a romper conmigo.	Me encierro al baño y lloro durante horas. Luego le llamo y discutimos por teléfono.	8

6/06	Estoy en el trabajo y mi jefe me regaña por tener resaca	Enfado	Está exagerando, soy buena en mi trabajo. Quiero dejarlo.	No le digo nada.	3
------	--	--------	---	------------------	---

Fuente: Elaboración propia

10.5. Anexo 5: Autorregistro semanal de consumo de sustancias

Semana	Alcohol (número de copas)	Cocaína (días consumidos)
Semana 1	7	2
Semana 2	5	2
Semana 3	5	1
Semana 4	4	0
Semana 5	1	0
Semana 6	1	0
Semana 7	0	0
Semana 8	0	0

Fuente: Elaboración propia

10.6. Anexo 6: Autorregistro semanal de ataques de pánico, ideación suicida y conductas autolíticas

Semana	Nº ataques de pánico	Ideación suicida	Conductas autolíticas
Semana 1-3	10	3	6
Semana 4-6	7	1	3
Semana 7-9	3	1	0
Semana 10-12	2	0	0
Semana 13-15	2	0	0
Semana 16-18	1	1	0
Semana 19-21	2	0	0
Semana 22-24	2	0	0

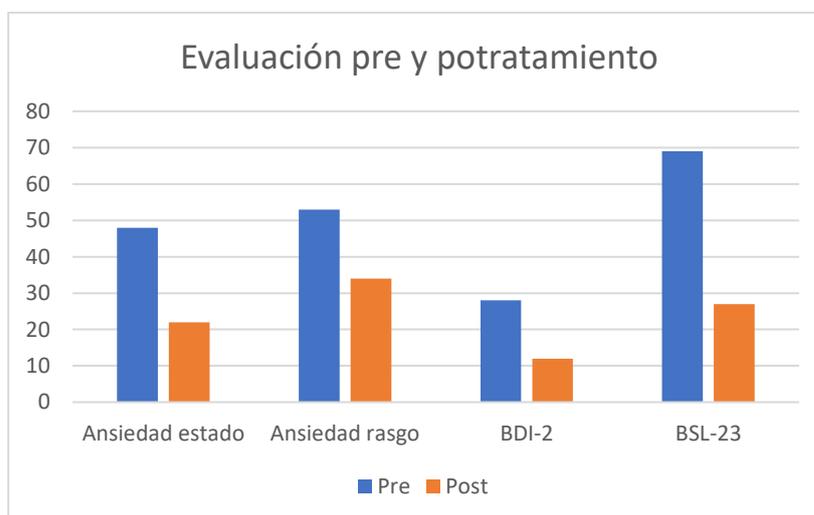
Fuente: Elaboración propia

10.7. Anexo 7: Planificación de actividades agradables

Actividad	Beneficio esperable	Coste esperable
Ir al cine	5	8
Ver la televisión en casa (netflix, hbo...)	3	0
Hacer deporte en el gimnasio	10	5
Escuchar podcast	3	1
Cocinar	8	3
Escribir	10	2

Fuente: Elaboración propia

10.8. Anexo 8: Tabla comparativa de resultados de los cuestionarios STAI, BDI-2 y BSL-23



Fuente: Elaboración propia

10.9. Anexo 9: Cuestionario BSL-23

Borderline Symptom List 23 (BSL-23)

Code: _____ Date: _____. _____. | 2 | 0 ____

Por favor, siga estas instrucciones cuando responda el cuestionario: En la siguiente tabla encontrará una serie de dificultades y problemas que podrían describirle. Por favor, lea detenidamente el cuestionario y decida en qué grado le afectó cada problema durante la semana pasada. En el caso de que no sienta nada en este momento, por favor responda de acuerdo a cómo piensa *que podría haberse sentido*. Por favor responda con sinceridad. **Todas las preguntas hacen referencia a la última semana. Si se ha sentido de diferente manera en diferentes momentos de la semana, haga una valoración promedio de cómo le fueron las cosas. Por favor asegúrese de responder a todas las preguntas.**

Durante la última semana...		Nunca	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1	Me resultaba difícil concentrarme	0	1	2	3	4
2	Me sentí indefenso	0	1	2	3	4
3	Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	0	1	2	3	4
4	Sentí asco	0	1	2	3	4
5	Pensé en hacerme daño	0	1	2	3	4
6	Desconfié de los demás	0	1	2	3	4
7	No creía que tuviera derecho a vivir	0	1	2	3	4
8	Me sentía solo	0	1	2	3	4
9	Sentí una tensión interna estresante	0	1	2	3	4
10	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	0	1	2	3	4
11	Me odié a mí mismo	0	1	2	3	4
12	Quise castigarme	0	1	2	3	4
13	Sufrí de vergüenza	0	1	2	3	4
14	Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión.	0	1	2	3	4
15	Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	0	1	2	3	4
16	Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí	0	1	2	3	4
17	Me sentí vulnerable	0	1	2	3	4
18	La idea de morirme me causó una cierta fascinación	0	1	2	3	4
19	Nada parecía tener sentido para mí	0	1	2	3	4
20	Tuve miedo de perder el control	0	1	2	3	4
21	Me di asco a mí mismo	0	1	2	3	4
22	Tuve la sensación de salir de mí mismo	0	1	2	3	4
23	Sentí que no valía nada	0	1	2	3	4

Ahora nos interesaría conocer además la calidad de su estado **general** a lo largo de la última semana. 0 % significa **absolutamente hundido**, 100% significa **excelente**. Por favor, señale el porcentaje que más se aproxime a su situación.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
(absolutamente hundido) ←————→ (excelente)										

BSL - Supplement: Items for Assessing Behavior

Durante la última semana...		Nada	una vez	2- 3 veces	4-6 veces	Diariamente o más a menudo
1	Me hice daño cortándome, quemándome, estrangulándome, dándome golpes con la cabeza, etc.	0	1	2	3	4
2	Dije a otras personas que iba a matarme	0	1	2	3	4
3	Intenté suicidarme	0	1	2	3	4
4	Tuve atracones de comida	0	1	2	3	4
5	Me provoqué el vómito	0	1	2	3	4
6	Realicé deliberadamente conductas arriesgadas como conducir demasiado rápido o en dirección contraria, hacer equilibrios y juegos en lugares altos, en las vías de tren o con trenes en marcha, etc.	0	1	2	3	4
7	Me emborraché	0	1	2	3	4
8	Tomé drogas	0	1	2	3	4
9	Tomé medicación que no se me había recetado o si se me había prescrito, tomé más de la dosis recetada.	0	1	2	3	4
10	Tuve brotes de ira incontrolada o atacé físicamente a otras personas	0	1	2	3	4
11	Tuve relaciones sexuales que no pude controlar, de las cuales más tarde me sentí avergonzado/a o enfadado/a.	0	1	2	3	4

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas.

**¡LE AGRADECEMOS MUCHO SU PARTICIPACIÓN!
POR FAVOR, DEVUELVA EL CUESTIONARIO A SU TERAPEUTA.**

Fuente: Bohus et al., 2009