



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**SEDE CENTRAL**  
**Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:**  
**“PSICOLOGÍA CLÍNICA” – IV Versión**

**TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL APLICADA A UN**  
**CASO DE UNA ADOLESCENTE CON SINTOMATOLOGÍA DE**  
**BULIMIA NERVIOSA Y TRASTORNO DE LA**  
**PERSONALIDAD LÍMITE**

Tesis presentada para optar al Grado  
Académico de Magíster en “Psicología  
Clínica”

**MAESTRANTE: CAROLA HIGUERAS RIVERA**

**Sucre – Bolivia**

**2023**



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**SEDE CENTRAL**  
**Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:**  
**“PSICOLOGÍA CLÍNICA” – IV Versión**

**TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL APLICADA A UN**  
**CASO DE UNA ADOLESCENTE CON SINTOMATOLOGÍA DE**  
**BULIMIA NERVIOSA Y TRASTORNO DE LA**  
**PERSONALIDAD LÍMITE**

Tesis presentada para optar al Grado  
Académico de Magíster en “Psicología  
Clínica”

**MAESTRANTE: CAROLA HIGUERAS RIVERA**  
**TUTORA: MGR. FRANNIE CECILIA MARÍN URIONA**

**Sucre – Bolivia**

**2023**

## **DEDICATORIA**

A la llamada “paciente” en el presente trabajo, por el esfuerzo y  
constancia demostrada.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra. Carmen Senra, docente presente programa de maestría- versión IV, por impartir un conocimiento con un alto valor científico y experto.

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo la intervención con una adolescente con sintomatología de Bulimia Nerviosa y Trastorno de la Personalidad Límite, basado en un diseño de caso único, con línea de base múltiple y evaluación repetida, donde se aplicó la Terapia Dialéctica Conductual. Para la evaluación se utilizaron diversas técnicas (entrevistas e instrumentos, análisis funcional de las conductas) para realizar el diagnóstico correspondiente o línea de base, y posteriormente se aplicó el tratamiento señalado tomando en cuenta las características personales y sociales de la paciente; que incluyó el pretratamiento (establecer la relación, metas y acuerdos terapéuticos), tratamiento referido a terapia individual (psicoeducación, plan de crisis, técnicas conductuales-cognitivas, prevención en recaídas), entrenamiento en habilidades y evaluación de postratamiento. Con la intervención, como se evidencia en la evaluación pretest-posttest, se verificó la disminución de la sintomatología correspondiente. De igual manera, los resultados del seguimiento a los 12 meses de concluido el programa de intervención reflejaron la disminución de sintomatología comparado con la línea base y el postratamiento.

Los resultados de esta intervención mostraron una reducción significativa en la ideación e intentos suicidas, autolesiones, atracones de comida seguido de provocación de vómito, inestabilidad emocional, probando así la eficacia de la Terapia Dialectico conductual para el caso concreto, por lo que se considera necesario realizar réplicas de la investigación para una generalización de resultados.

**Palabras clave:** Adolescencia, Personalidad Límite, Terapia Dialéctica Conductual, Bulimia Nerviosa.

## ABSTRACT

The present work has as objective the intervention with an adolescent with symptoms borderline of Bulimia Nervosa and Borderline Disorder, based on a single case design, with multiple baseline and repeated evaluation, where Dialectical Behavioral Therapy was applied. For the evaluation, various techniques were used (interviews and instruments, functional analysis of behaviors) to make the corresponding diagnosis or baseline, and later the indicated treatment was applied taking into account the personal and social characteristics of the patient; which included pretreatment (establishing the relationship, goals, and therapeutic agreements), treatment referred to individual therapy (psychoeducation, crisis planning, behavioral-cognitive techniques, relapse prevention), skills training, and posttreatment evaluation. With the intervention, as evidenced in the pretest-posttest evaluation, the corresponding symptomatology decreased. Similarly, the results of the follow-up 12 months after the intervention program concluded reflected the decrease in symptoms compared to the baseline and post-treatment.

The results of this intervention showed a significant reduction in suicidal ideation and attempts, self-harm, binge eating followed by vomiting, emotional instability, thus proving the efficacy of dialectical behavioral therapy for the specific case, for which it is considered necessary. carry out replicas of the investigation for a generalization of results.

**Keywords:** Adolescence, Personality, Dialectical behavior therapy, bulimia nervosa.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>PARTE TEÓRICA.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LA ADOLESCENCIA .....</b>	<b>2</b>
<b>2 PERSONALIDAD .....</b>	<b>4</b>
2.1 Elementos de la personalidad.....	5
2.2 Teorías de la personalidad.....	6
2.2.1 Teorías cognitivas.....	6
2.2.2 Teoría fenomenológica de la personalidad.....	6
2.2.3 Teoría de los rasgos .....	6
2.2.4 Teoría conductual de la personalidad.....	6
2.2.5 Teoría integradora de la personalidad .....	7
<b>3 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD .....</b>	<b>8</b>
3.1 Clasificación de los trastornos de personalidad según la perspectiva categorial9	
<b>4 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE (TPL) .....</b>	<b>11</b>
4.1 Diagnóstico.....	12
4.2 Trastorno de la Personalidad Límite en adolescentes.....	15
4.3 Prevalencia, curso clínico y pronóstico .....	16
4.4 Comorbilidad.....	17
4.5 Diagnóstico diferencial.....	18
4.6 Instrumentos de evaluación para el Trastorno de la Personalidad Límite en adolescentes.....	21
4.7 Tratamientos eficaces para el Trastorno Límite de la Personalidad.....	22
4.7.1 Terapias Cognitivo-Conductuales.....	22
4.7.2 Terapia Dialéctica Conductual.....	26

4.7.2.1	Base conceptual .....	26
4.7.2.2	Modelo explicativo del Trastorno de la Personalidad Límite desde la Teoría Biopsicosocial .....	26
<b>5</b>	<b>Teoría biosocial del Trastorno de la Personalidad Límite .....</b>	<b>28</b>
5.1	La desregulación emocional .....	28
5.2	Vulnerabilidad emocional .....	29
5.3	Ambiente invalidante.....	29
5.4	Déficit en la modulación emocional.....	29
<b>6</b>	<b>Estructura de la Terapia Dialéctica Conductual .....</b>	<b>29</b>
6.1	Psicoterapia individual .....	29
6.2	Entrenamiento en habilidades.....	30
<b>6.2.1</b>	<b>Habilidades básicas de conciencia (HBC) .....</b>	<b>30</b>
<b>6.2.2</b>	<b>Habilidades tolerancia al malestar (HTM) .....</b>	<b>30</b>
<b>6.2.3</b>	<b>Habilidades regulación de las emociones (HRE) .....</b>	<b>31</b>
<b>6.2.4</b>	<b>Habilidades de efectividad interpersonal (HEI) .....</b>	<b>31</b>
<b>6.2.5</b>	<b>Avanzando por el camino del medio (ACM).....</b>	<b>31</b>
6.3	Terapia conductual dialéctica en adolescentes .....	31
<b>7</b>	<b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS.....</b>	<b>32</b>
7.1	Bulimia Nerviosa.....	32
<b>7.1.1</b>	<b>Diagnóstico de la Bulimia Nerviosa .....</b>	<b>33</b>
7.2	Evaluación de la Bulimia Nerviosa en adolescentes .....	35
<b>7.2.1</b>	<b>La entrevista clínica .....</b>	<b>35</b>
<b>7.2.2</b>	<b>Cuestionarios y escalas.....</b>	<b>36</b>
<b>7.2.3</b>	<b>Tratamientos de la Bulimia Nerviosa .....</b>	<b>37</b>
<b>7.2.4</b>	<b>Terapias psicológicas.....</b>	<b>37</b>

7.3	Bulimia Nerviosa y Trastorno de la Personalidad Límite en adolescentes .....	38
7.4	Terapia Dialéctica Conductual y Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la ingesta de alimentos .....	39
	<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>40</b>
	<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>41</b>
	<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>41</b>
	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>43</b>
	<b>Objetivo General.....</b>	<b>43</b>
	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>43</b>
	<b>PARTE EMPÍRICA.....</b>	<b>44</b>
	<b>MÉTODO.....</b>	<b>44</b>
<b>1</b>	<b>EVALUACIÓN.....</b>	<b>47</b>
1.1	Entrevistas .....	47
1.2	Autorregistros .....	48
1.3	Inventarios y escalas.....	48
1.3.1	<b>Inventario Clínico de Millon para Adolescentes (MACI; Theodore Millon, con la colaboración de Carrie Millon, Ph. D. y Roger Davis, 1993) .....</b>	<b>48</b>
1.3.2	<b>Inventario de Depresión Infantil (CDI; Kovacs (1992) y adaptado por Del Barrio, Moreno y López, 2002) .....</b>	<b>49</b>
1.3.3	<b>Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R2; Reynolds y Richmond, 2012-Segunda edición) .....</b>	<b>50</b>
1.3.4	<b>Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2; C.D. Spielberg, adaptado a la versión española por; J.J. Miguel-Tobal, M.I. Casado, A. Cano Vindel, C.D. Espielberg, 2001) .....</b>	<b>51</b>
1.3.5	<b>Cuestionario de Bulimia Revisado (BULIT-R, M.C. Smith, M.H. Thelen, Farmer, y J. Wonderlich, 1991).....</b>	<b>51</b>
1.4	<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN (POBLACIÓN Y MUESTRA).....</b>	<b>51</b>

<b>2</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b> .....	<b>55</b>
2.1	EVALUACIÓN .....	55
2.2	TRATAMIENTO .....	56
<b>2.2.1</b>	<b>Pre-tratamiento</b> .....	<b>57</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Primera fase del tratamiento</b> .....	<b>57</b>
<b>2.2.3</b>	<b>Tercera fase de seguimiento</b> .....	<b>57</b>
2.3	POSTRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	57
<b>3</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>57</b>
3.1	PRESENTACIÓN DEL CASO.....	57
<b>3.1.1</b>	<b>Identificación de la paciente</b> .....	<b>57</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Motivo de la consulta</b> .....	<b>57</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Antecedentes personales</b> .....	<b>58</b>
<b>3.1.4</b>	<b>Origen, naturaleza de los problemas</b> .....	<b>58</b>
3.2	EVALUACIÓN .....	60
<b>3.2.1</b>	<b>Análisis funcional e Hipótesis explicativa</b> .....	<b>60</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Diagnóstico</b> .....	<b>69</b>
3.2.2.1	Explicación .....	69
3.3	TRATAMIENTO .....	70
<b>3.3.1</b>	<b>Etapa de pre-tratamiento</b> .....	<b>70</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Tratamiento</b> .....	<b>73</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Entrenamiento en habilidades</b> .....	<b>90</b>
<b>3.3.4</b>	<b>POSTRATAMIENTO</b> .....	<b>98</b>
3.3.4.1	Resultados postratamiento .....	98
<b>3.3.5</b>	<b>SEGUIMIENTO</b> .....	<b>99</b>
3.4	PRESENTACIÓN SINTÉTICA DE LOS RESULTADOS.....	107

<b>4</b>	<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>109</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>112</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>115</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>121</b>

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1: Modelo explicativo del Trastorno de la Personalidad Límite.....	27
Figura 2: Balance entre Cambio y Aceptación en la Terapia Dialéctica Conductual (Vásquez-Dextre, 2016).....	28
Figura 3: Gráfico de análisis funcional de la conducta.....	62
Figura 4: Gráfico de análisis funcional de la conducta.....	63
Figura 5: Gráfico de análisis en cadena .....	78
Figura 6: Análisis en cadena del interrelacionamiento social.....	83

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios generales y categorías diagnósticas de los trastornos de personalidad según la valoración alternativa del DSM-5 (Sección III).....	10
Tabla 2: Criterios diagnósticos para el Trastorno de la Personalidad Límite en DSM-5 (APA 2014) .....	13
Tabla 3: Propuesta de criterios para el Trastorno de la Personalidad Límite en el DSM 5- Sección III (APA 2014) .....	14
Tabla 4: Señales de advertencia que pueden indicar un posible diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Límite en adolescentes.....	16
Tabla 5: Diagnóstico diferencial del TPL con Trastornos del Estado del Ánimo .....	19
Tabla 6: Diagnóstico diferencial del TPL con Trastorno Bipolar.....	20
Tabla 7: Diagnóstico diferencial del TPL con Trastornos de Estrés Postraumático.....	20
Tabla 8: Diagnóstico diferencial del TPL con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad.....	21
Tabla 9: Algunas características del modelo cognitivo estándar .....	23
Tabla 10: Criterios DSM-5 para la Bulimia Nerviosa .....	34
Tabla 11: Variables dependientes y procedimiento de evaluación .....	52
Tabla 12: Análisis funcional de las conductas .....	66
Tabla 13: Formato de sesiones de la terapia individual .....	74
Tabla 14: Autoregistro de actividades.....	80
Tabla 15: Autoregistro de actividades gratificantes.....	82
Tabla 16: Autoregistro de lista de alimentos prohibidos y permitidos .....	89
Tabla 17: Reglas para las sesiones de enseñanza de habilidades.....	91
Tabla 18: Módulos de enseñanza de habilidades .....	91
Tabla 19: Resultados pretratamiento.....	98
Tabla 20: Resultados postratamiento, de seguimiento a los 12 meses.....	99

Tabla 21: Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI, prototipos de personalidad .....	102
Tabla 22: Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI, preocupaciones expresadas .....	103
Tabla 23: Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI, síndromes clínicos .....	104
Tabla 24: Inventario de Depresión Infantil-CDI.....	105
Tabla 25: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada-CMAS-R .....	105
Tabla 26: Inventario de expresión de ira estado-rasgo-STAXI-2 .....	106
Tabla 27:Cuestionario de Bulimia Revisado BULIT-R.....	107

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	122
Anexo 2: AUTOREGISTRO .....	123
Anexo 3: INVENTARIO CLÍNICO DE MILLON PARA ADOLESCENTES (MACI; Theodore Millon, con la colaboración de Carrie Millon, Ph. D. y Roger Davis, 1993).....	125
Anexo 4: INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI; Kovacs (1992) y adaptado por Del Barrio, Moreno y López, 2002) .....	131
Anexo 5: ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS-REVISADA (CMAS-R2; Reynolds y Richmond, 2012-Segunda edición).....	134
Anexo 6: INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO-RASGO (STAXI-2; C.D. Spielberg, adaptado a la versión española por; J.J. Miguel-Tobal, M.I. Casado, A. Cano Vindel, C.D. Espielberg, 2001).....	137
Anexo 7: CUESTIONARIO DE BULIMIA REVISADO (BULIT-R, M.C. Smith, M.H. Thelen, Farmer, y J. Wonderlich, 1991) .....	141

## PARTE TEÓRICA

### INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa en la que se presentan cambios físicos, emocionales, sociales, una adaptación constante durante este periodo; y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, a pesar de que está considerada esta etapa como saludable para la vida, en su transcurso se producen muertes, enfermedades y traumatismos en una proporción considerable, y gran parte de estos problemas se pueden prevenir o tratar.

En ese sentido, en este periodo, así como detallan diferentes autores (Millon y Everly, 1994; Vázquez et al., 1990, Echeburúa E., y Paz de Corral 1999; Fonseca-Pedrero E., Paino M., Lemos-Giráldez S. y Muñiz J., 2012). puede ocurrir una amplia variedad trastornos y síntomas psicopatológicos, entre los que destacan los patrones desadaptativos de la personalidad que causan mayor dificultad en el desarrollo de niños y adolescentes, afectando su calidad de vida e impactando en los roles que desempeñarán al llegar a la adultez, es el Trastorno de Personalidad Límite, asociado éste a los trastornos de la conducta de inicio en la infancia y tienen un comienzo desde la adolescencia e incluso antes.

El Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por la inestabilidad emocional y las dificultades en la relación con uno mismo y con los demás, siendo habituales los intentos serios de suicidio. Existen serias dificultades para controlar las propias emociones, las relaciones son intensas e inestables y el descontrol de impulsos puede llevar a la persona a reaccionar de manera explosiva, produciéndose un elevado riesgo de comportamientos autolesivos (los más frecuentes, cortes superficiales en los antebrazos, aunque pueden producirse en otras zonas del cuerpo) o incluso serios intentos de suicidio (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011), citados en Cuevas C., López A. (2012).

Las perspectivas actuales asienten que este trastorno se trata de un desorden de la regulación de las emociones (Linehan M., 1993), posiblemente de origen biológico, y de las interacciones de la persona con su contexto, citado en Apfelbaum S., y Gabliesi P. (2004), y estos autores señalan que la perspectiva de la teoría biosocial del Trastorno Límite de la Personalidad, desde la desregulación emocional explicaría muchos de los síntomas y comportamientos de los individuos con ese trastorno. Esta desregulación sería

el resultado de la suma de una vulnerabilidad emocional, probablemente de origen biológico, más la aplicación de estrategias inadecuadas de modulación de las emociones. Por otra parte, la modulación de las emociones implica la posibilidad de inhibir comportamientos inapropiados ante la activación de fuertes afectos negativos o positivos. Estudios diversos se han realizado en torno a la utilización de la Terapia Dialéctica Conductual en distintas poblaciones y no solo en aquellas personas con comportamientos característicos del Trastorno Límite de la Personalidad, mostrando resultados positivos en su pronóstico; además se han puesto en marcha tratamientos en personas con problemáticas de consumo de sustancias, en adolescentes con comportamiento suicida, en sujetos con problemas de conducta alimentaria y en las familias de pacientes (Ramírez R. y Vargas L. 2012)

Es así, que la Terapia Dialéctica Conductual es una modalidad de tratamiento psicológico estructurado para el Trastorno Límite de la Personalidad, por la psicóloga Marsha Linehan en 1993 (Linehan, 1993). Se trata de una modalidad de tratamiento que incluye sesiones individuales y sesiones grupales para el entrenamiento de diversas habilidades. Es un enfoque de origen cognitivo-conductual que incorpora la filosofía dialéctica y la práctica del Zen. Para este enfoque, las alteraciones emocionales y conductuales propias del Trastorno Límite de la Personalidad son mantenidas por un ambiente invalidante que refuerza unas conductas claramente disfuncionales. Habiendo sido adaptada para adolescentes con esta sintomatología.

Por tanto, este estudio se centra en la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual a una adolescente con manifestaciones del Trastorno Límite de la Personalidad y conducta alimentaria (Bulimia Nerviosa), a fin de demostrar la eficacia de este modelo y la reducción de la sintomatología presente a través de un estudio de caso.

## **1 LA ADOLESCENCIA**

El término adolescencia proviene de la raíz latina “esso” que significa “llegar a ser” y del verbo latino “adolescere” cuyo significado es crecer, es un periodo que transcurre desde la edad infantil a la edad adulta. Esta transición conlleva grandes cambios y una adaptación constante a lo largo de todo este periodo (López y Castro 2007).

Según Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2009), la adolescencia ofrece oportunidades para el crecimiento, tanto en las dimensiones físicas, competencia

cognitiva, social, autonomía, autoestima, e intimidad. Este periodo también conlleva riesgos. Algunos jóvenes tienen problemas para manejar estos cambios y es posible que necesiten ayuda para superarlos (Offer, Kaiz, Ostrov y Albert, 2002; Offer, Offer y Ostrov, 2004; Offer y Schonert-Reichl, 1992).

Siguiendo con Papalia (2009), algunas investigaciones atribuyen a desarrollos hormonales el aumento en emocionalidad y cambios de estado de ánimo. Sin embargo, otras influencias, como el sexo, edad, temperamento y momento de ocurrencia de la pubertad, quizá moderen o incluso anulen las influencias hormonales (Buchanan, Eccles y Becker, 1992). También están presentes otros problemas y comportamientos relacionados con la salud: aptitud física, necesidades de sueño, Trastornos de la Conducta Alimentaria, abuso de drogas, depresión y causas de muerte en la adolescencia.

De igual manera, Toro (2014), señala que aquellos comportamientos cuyas consecuencias pueden ser nocivas para la salud mental o física, se consideran conductas de riesgo, que se presentan especialmente en la adolescencia, siendo considerados un factor influyente, a veces decisivo en la aparición de diversos trastornos durante ese periodo. Conductas tales como consumir tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas, practicar actividades sexuales de riesgo, seguir dietas alimentarias restrictivas por razones estéticas, practicar actividad física compulsiva, tentativas de suicidio y conductas violentas, entre otras

Es así que, durante este periodo del desarrollo humano, puede ocurrir una amplia variedad de trastornos y síntomas psicopatológicos, entre los que destacan los patrones desadaptativos de la personalidad (Fonseca-Pedrero E., Paino M., Lemos-Giráldez S. y Muñiz J., 2012).

Dentro de estos patrones desadaptativos de la personalidad, aquellos que causan mayor dificultad en el desarrollo de niños y adolescentes, afectando su calidad de vida e impactando en los roles que desempeñarán al llegar a la adultez, es el Trastorno de Personalidad Límite, asociado éste a los trastornos de la conducta de inicio en la infancia (Hill, 2008), citado por Verenia A. (2013). Estos trastornos, tienen un comienzo insidioso normalmente empiezan a detectarse desde la adolescencia e incluso antes (Millon y Everly, 1994; Vázquez et al., 1990) citado por Echeburúa E., y Paz de Corral (1999).

## 2 PERSONALIDAD

De acuerdo a lo citado por Magallón E., Canalda G., y De la Fuente J.E. (2014), etimológicamente el concepto de personalidad deriva del término griego *próspon* (*máscara o cara*); su significado está ligado a las máscaras que utilizaban los actores en la antigua Grecia en sus representaciones. En la actualidad se utiliza una diversidad de conceptos relacionados con la personalidad.

La personalidad es una mezcla de factores temperamentales (determinados por la biología) y caracterológicos (determinados por el ambiente). Cloninger et. Al (1993) han planteado cuatro posibles dimensiones biológicas del temperamento: Búsqueda de novedad o activación conductual, evitación del daño o inhibición conductual, dependencia de recompensa o mantenimiento conductual y persistencia de la conducta a pesar de posibles obstáculos o dificultades. Otros autores, como Costa McCrae (1985) hablan de cinco grandes factores temperamentales; neurotisisimo (tendencia al malestar psicológico y conducta impulsiva), extraversión (tendencia a implicarse en situaciones sociales, sentir alegría y optimismo), apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad (Caballo V., 2014).

Respecto al carácter, siguiendo a Caballo V. (2014), refiere a factores psicosociales aprendidos que influyen sobre la personalidad y se forma a lo largo de la experiencia y el proceso de socialización, los esquemas (creencias básicas que utiliza un individuo para organizar su visión sobre sí mismo, el mundo y el futuro) se encuentran dentro el concepto de carácter, al ser algo aprendido generalmente durante la infancia.

Magallón E., y otros (2014) señalan como componentes de la personalidad el temperamento, carácter y los rasgos, y en relación a éstos indican que son disposiciones duraderas que reflejan una amalgama entre el temperamento y la experiencia. Y conceptualizar a la *personalidad*, es más amplio que el de temperamento o el conjunto de rasgos, en el que se incluye la formación del autoconcepto y el carácter, asociado a actitudes, expectativas, creencias y experiencias individuales (Magallón-Neri, 2012).

Por su parte, en Papalia (2009), se señala que aun cuando los bebés comparten patrones comunes de desarrollo, también exhiben desde un principio personalidades bien diferenciadas, las cuales reflejan influencias innatas como ambientales. A partir de la lactancia, el desarrollo de la personalidad se encuentra interrelacionado con las relaciones

sociales. Y el patrón característico de reacciones emocionales de una persona se empieza a desarrollar durante la lactancia y es un elemento básico de la personalidad. Y durante la época de los tres a los seis años de edad, conocida como años preescolares, los niños hacen la transición de la primera infancia a la niñez, sus cuerpos se vuelven más esbeltos, sus capacidades motoras y mentales más agudas, y sus personalidades y relaciones más complejas. La adolescencia temprana (aproximadamente 11 a 14 años) ofrece oportunidades para el crecimiento, no sólo en las dimensiones físicas sino también en competencia cognitiva y social, autonomía, autoestima, e intimidad y su carácter, o personalidad, aún no están formados por completo (Steinberg y Scott, 2003).

En Millon, citado por Sánchez (2003), la personalidad está orientada en un continuo; por un lado, se encuentra la personalidad normal y en el otro la patológica, insistiendo en que no existe una línea que separe tajantemente lo normal y lo patológico, ya que la patología tiene los mismos determinantes que el funcionamiento normal.

## **2.1 Elementos de la personalidad**

Según lo señalado y citado por Valarezo C. y otros (2021), Papalia, Feldman y Martorell (2012) argumentaron que las emociones empiezan a desarrollarse durante la infancia, caracterizadas por las reacciones frente a los estímulos, siendo un elemento básico de la personalidad.

En consecuencia, otro de los elementos básicos de la personalidad es la autoestima, constituyéndose en la conciencia de una persona de su propio valor. Dependiendo de su grado, se establecerá la calidad de relaciones sociales y afectivas, dando paso al sentimiento de felicidad. Cuando un niño construye una autoestima saludable se siente competente, seguro y valioso, al contrario, el niño con una baja autoestima no confiará en sus propias posibilidades ni en las de los demás (Guiainfantil, 2018).

Muñoz, L. M. (2017) citó a Kopp (1982) quien argumentó que, "El proceso de desarrollo de la autorregulación comienza desde el nacimiento, siguiendo distintas fases, hasta lograr un nivel de autorregulación más flexible que le permite al infante enfrentar contextos cambiantes (Kim, y Page, 2013). Considerándose ésta otro elemento de la personalidad.

En cuanto al estudio de la personalidad desde la infancia y adolescencia ha sido tratado siempre con la precaución de no patologizar el comportamiento de los más jóvenes y no

causar estigmas en ellos. Sin embargo, esto cobra más relevancia si se tiene en cuenta la importancia que sugeriría poder tratar los patrones y estilos de personalidad disfuncionales desde sus inicios, a fin que no lleguen a tener una cronicidad mayor que generaría un costo muy alto en la calidad de vida de los niños y adolescentes (Ruiz D., y Gómez-Becerra I., 2012).

El cúmulo de evidencia empírica que apoya la idea de que la patología de la personalidad es una forma significativa de psicopatología en la adolescencia (Chanen y McCutcheon, 2008), citado por Magallón-Neri E., Canalda G., y De la Fuente J.E. (2014).

## **2.2 Teorías de la personalidad**

Como referencia teórica para la presente, se consignan las siguientes, a fines de conocer las diferentes perspectivas de concebir la personalidad:

### **2.2.1 Teorías cognitivas**

Esta teoría plantea que la conducta está guiada por la manera como se piensa y se actúa frente a una situación; y no deja de lado las contingencias que ofrece el ambiente inmediato ante cualquier situación. Para Bandura (1977), la personalidad es la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente; de igual manera juegan un papel importante las expectativas internas de los individuos. Montaña y otros (2020).

### **2.2.2 Teoría fenomenológica de la personalidad**

Esta teoría tiene como perspectiva fundamental que el ser humano no debe ser comprendido como resultado de conflictos ocultos e inconscientes, debe ser visto desde un enfoque de motivación positiva y agente responsable de sus actos y por lo tanto de las consecuencias producto de estos.

### **2.2.3 Teoría de los rasgos**

Hace referencia al individuo y sus características particulares como son: el temperamento, la adaptación, la labilidad emocional y los valores que le permiten al individuo girar en torno a una característica en particular (Engel, 1996).

### **2.2.4 Teoría conductual de la personalidad.**

Hace énfasis en la especificidad situacional restándole importancia a las manifestaciones internas (Pervin y Jhon, 1998). Skinner determina que la conducta es producto específico

del ambiente a través de estímulos que actúan como reforzadores que propiciarán la incidencia conductual.

### **2.2.5 Teoría integradora de la personalidad**

Actualmente la comunidad científica aún no ha podido establecer una teoría de la personalidad amplia y consensuada, que organice, estructure y dé cabida a la gran pluralidad existente de investigaciones y enfoques. Según esta teoría, la personalidad no podrá limitarse a describir o explicar el temperamento, el carácter (el self) o la inteligencia, sino que deberá incluir los tres aspectos.

La propuesta de la Teoría Integradora se ha denominado “Cinco Grandes Rasgos de la Personalidad” (Big Five), diseñados por Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini (1993); se distinguen cinco factores o dimensiones: extroversión, agradabilidad, escrupulosidad, estabilidad emocional y apertura a la experiencia (Costa & McCrae, 1994).

Otro aspecto de la Teoría Integradora es el modelo de los Siete Factores de Cloninger (1998), que propone cuatro dimensiones temperamentales que reflejan disposiciones innatas de respuesta a estímulos persistentes a lo largo del tiempo (búsqueda de novedad, evitación del daño; dependencia de la recompensa y persistencia); y por otra parte propone tres dimensiones caracterológicas (cooperación, autotranscendencia, autodirección) que reflejan diferencias individuales y se desarrollan en interacciones no lineales entre el temperamento y las experiencias vitales (Svrakic, Draganic & Hill, 2002).

La propuesta que mayor grado de integración alcanza y que mayor difusión tiene en la actualidad es el “modelo evolutivo” de Millon (1990) que incluye aspectos cognitivos, conductuales, biológicos, derivados de perspectivas interpersonales. Esta visión parte del modelo de “aprendizaje biosocial” (Millon, 1985), en la que Millon ya atribuía posibles efectos en la personalidad a las variables biológicas como lo hacía con las variables psicosociales, combinando esta propuesta teórica con la “naturaleza del refuerzo” (positiva, negativa o ninguna) y la “fuente del refuerzo” (yo, otros, ambivalente o alineada) con la “conducta instrumental” (activa o pasiva).

La integración es una de las características básicas del modelo de Millon, le interesa conocer la estructura básica de la persona, su dinámica y cambio; y así entender el

funcionamiento de la personalidad. (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007). Para la evaluación de la personalidad, Millon propone el Inventario Multiaxial Clínico –MCMI. Esta breve sistematización histórica de las diferentes teorías de la personalidad, desde las más clásicas a las actuales consideraciones, para la presente investigación se consideran un sustento teórico y de comprensión del constructo y de la forma que se constituye la personalidad; además, éstas dan cuenta la variabilidad de criterios para identificar, conceptualizar y/o definir a la personalidad, por lo que actualmente se encuentra en desarrollo el modelo integrador, que postula una visión mucho más amplia y flexible de las posibles explicaciones de la personalidad; este es un factor importante para dar un sentido al desarrollo de la personalidad, considerando que ésta tiene su inicio y diversas características en etapas tempranas de este desarrollo, por lo que es necesario conocer esta evolución y las diferentes formas de su medición; y mediante la investigación se pueda asumir variadas posturas, según las particularidades de lo que se estudia, en el presente, se tiene como referencia el modelo evolutivo de Millon.

### **3 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Belloch A., y Fernández-Álvarez (2010), en la compilación efectuada sobre los trastornos de personalidad detallan que el concepto de trastorno de personalidad hace referencia a una alteración transitoria de uno o más aspectos del funcionamiento habitual de una persona, que tiene consecuencias negativas en muy diversos ámbitos: en su actividad cotidiana (interferencia), en su crecimiento y desarrollo individual, en su estado de ánimo, en sus relaciones personales, en su adaptación a los cambios y las novedades, o en su comportamiento.

Los trastornos de personalidad se caracterizan por su aparición temprana en la vida del individuo, su estabilidad, y su resistencia al cambio. Uno de los elementos clave de la personalidad es el hecho de que permanece *relativamente estable* a lo largo de toda la vida. Y esto se aplica tanto a las personalidades normales, como a las *trastornadas*. La segunda posibilidad es igualmente problemática: la inestabilidad extrema de las características personales. En este caso el modo de ser y, por tanto, el comportamiento de la persona es impredecible, incluso para ella misma, de tal modo que no llega a desarrollar o a poner en práctica formas consistentes de abordar los problemas, o de expresarse, o es incapaz de prever o imaginar soluciones a posibles dilemas, o simplemente no es capaz

de algo tan importante como saber qué desea o qué puede ser más beneficioso para su bienestar y diseñar los modos de lograrlo (Belloch A. y Fernández-Álvarez, 2010).

### **3.1 Clasificación de los trastornos de personalidad según la perspectiva categorial**

La sistematización de los trastornos de personalidad aparece en los manuales de diagnóstico psiquiátrico actuales. Es importante tener en cuenta que estas clasificaciones parten de la idea de que los trastornos de personalidad difieren unos de otros sobre la base de los rasgos que presentan, los cuales se califican a su vez simplemente por su presencia o ausencia. En consecuencia, se trata de un acercamiento de tipo categorial, que no tiene en cuenta el hecho de que esos rasgos

pueden estar presentes en un determinado grado y que, por tanto, su valoración en términos sí/no los acerca más a la idea de síntomas (Belloch A. y Fernández-Álvarez, 2010).

Conforme a Echeburúa E., y Esbec E. (2014) la Sección II del DSM-5 propone una valoración de los trastornos de personalidad basada más en conductas que en rasgos o disposiciones. Por lo tanto, en este formato es esencial conocer en profundidad la psicobiografía y la historia clínica, así como los antecedentes del paciente. Habitualmente, el clínico debe buscar información adicional en informadores externos y en documentos. A su vez, los tests de personalidad pueden ser de alguna utilidad, pero, por sí solos, no sirven para efectuar el diagnóstico clínico. Las entrevistas estructuradas se han desarrollado para aumentar la fiabilidad diagnóstica a través de la estandarización del proceso de evaluación y para mejorar la validez diagnóstica mediante la aplicación de los criterios del DSM.

Continuando con estos autores, en la Sección III del DSM-5 se propone un modelo híbrido categórico-dimensional para el diagnóstico de los trastornos de personalidad. Este modelo incluye un conjunto de rasgos y dominios de la personalidad que, junto con el mayor o menor deterioro en el funcionamiento de la personalidad, se configuran para categorizar uno de los seis trastornos de personalidad propuestos

**Tabla 1: Criterios generales y categorías diagnósticas de los trastornos de personalidad según la valoración alternativa del DSM-5 (Sección III).**

Criterios	Categorías diagnósticas
<p>A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento (propio/interpersonal) de la personalidad.</p> <p>B. Uno o más rasgos de personalidad patológicos.</p> <p>C. Rasgos y deterioro en el funcionamiento relativamente permanentes e inflexibles en diferentes situaciones sociales y personales.</p> <p>D. Relativamente estables en el tiempo. Comienzo en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta.</p> <p>E. No explicados mejor por otro trastorno mental.</p> <p>F. No atribuibles a sustancias adictivas o a enfermedades médicas.</p> <p>G. No comprendidos mejor por la edad (desarrollo) o el entorno sociocultural.</p>	<p>Trastorno antisocial de la personalidad.</p> <p>Trastorno de la personalidad por evitación.</p> <p>Trastorno Límite de la Personalidad.</p> <p>Trastorno narcisista de la personalidad.</p> <p>Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo.</p> <p>Trastorno esquizotípico.</p> <p>Trastorno de la personalidad de rasgo especificado</p>

Este enfoque es más flexible, más específico y presta una mayor atención al nivel de gravedad (Skodol et al., 2011). El evaluador debe prestar atención al grado de deterioro en el funcionamiento de la personalidad en el ámbito intrapersonal e interpersonal, a los rasgos y dominios anómalos de la personalidad (así como a su severidad) y a la posible presencia de alguno de los trastornos de personalidad definidos. A pesar de la reticencia de muchos profesionales a utilizar el diagnóstico antes de los 18 años, los trastornos de personalidad se pueden diagnosticar ya en la adolescencia. De hecho, la patología de la personalidad parece ser más alta antes de los 20 años, con un descenso de la mayoría de las características patológicas con el transcurso del tiempo. Este diagnóstico temprano puede ser de ayuda para la adopción adecuada de decisiones terapéuticas (Echeburúa E., y Esbec E. 2014).

En cuanto a las características generales, un trastorno de personalidad, según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), DSM-5 (2014) es: *Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las experiencias de la cultura del sujeto, y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas; la cognición, la afectividad, el funcionamiento interpersonal o de control de impulsos.*

La presencia de un diagnóstico de trastorno de personalidad supone que el sujeto presenta dificultades adaptativas en relación al entorno, familiar o social, o bien un deterioro en sus capacidades de autocuidado (de todas ellas puede ser consciente o no) (Mirapeix, 2009)

Los aspectos distintivos de los trastornos de personalidad frente de las enfermedades mentales básicamente son cuatro, según Millon y Everly (1994); Vázquez et al., 1990) citados por Echeburúa y Corral (1999); son estables temporalmente, reflejan alteraciones más globales de la persona, son egosintónicos, es decir no molestosos subjetivamente y menos cambiables.

#### **4 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE (TPL)**

El Trastorno de la Personalidad Límite es una entidad diagnóstica muy nueva, tanto que su incorporación a la nosología y nosografía psiquiátrica se produce en 1980 con la aparición del DSM-III, por lo que se cuestiona el motivo de su falta de reconocimiento anterior y si en realidad se trata de una enfermedad de nuestro tiempo (sociogénesis) o una nueva representación de la psicopatología, como heredero de la neurosis del siglo XIX y mitad del XX, Szerman N. (2004); citado en Melendo J.J; Cabrera C. (2009).

Continuando con Melendo J.J; Cabrera C. (2009), en el TPL no existe un síntoma fundamental a tratar, sino que hay múltiples combinaciones sindrómicas posibles, entre las que destacan alteraciones en la esfera impulsiva, afectiva, cognitiva, en los sistemas de apego, sentimientos de vacío y trastornos de identidad. Cada uno de ellos parece depender de diferentes disfunciones biológicas, tales como alteraciones límbicas y frontales y alteraciones en la transmisión serotoninérgica asociadas al descontrol impulsivo; desregulación del humor asociada a la inestabilidad afectiva; alteraciones prefrontales asociadas a las distorsiones cognitivas-paranoides; alteraciones de los sistemas de arousal y motivacionales asociadas a los síntomas de identidad; desregulación

de los sistemas de apego implicada en los rasgos dependientes y, por último, alteraciones de los sistemas ligados a la extroversión y la búsqueda de las emociones.

Es, por tanto, un cuadro complejo, que presenta gran variedad de síntomas que clínicamente se traducen en intentos autolíticos repetidos, autoagresiones, inestabilidad en relaciones interpersonales, oscilaciones recurrentes del estado de ánimo, ira intensa, abuso de tóxicos, inestabilidad emocional, alteraciones de la identidad, sentimientos de vacío, pánico al abandono, cuadros disociativos y/o ideación paranoide (Díaz-Marsá M, 2008).

#### **4.1 Diagnóstico**

El término “límite”, trata de una entidad diagnóstica, que describe un nivel avanzado de disfunción; es considerado un patrón de comportamiento y funcionamiento alterado de forma estable y duradera, ubicado en algún continuo donde reside la inestabilidad junto a la búsqueda incesante de aceptación y aprobación (Millon y Davis, 1998) citado en Caballo (2004, pp. 140).

El Trastorno de la Personalidad Límite (TPL) se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de uno mismo, de los afectos, y presencia de una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos. Para que se pueda diagnosticar el trastorno se han de cumplir al menos cinco de los nueve criterios (APA, 2014).

Los sujetos con este trastorno suelen tener sensaciones crónicas de vacío, conductas o gestos suicidas, comportamientos autolesivos, ira inapropiada o intensa y dificultades para controlarla, ideas paranoides transitorias o síntomas disociativos graves, y no soportan la soledad, realizando grandes esfuerzos para evitar el abandono real o imaginario (APA, 1994; Gunderson, Zananny y Kisiel, 1991). La impulsividad parece ser una característica central, así como el cambio frecuente y rápido de sus emociones. Evolutivamente, estos sujetos no han sido capaces de formar un conjunto coherente e integrado de esquemas sobre sí mismos, apegándose a los demás para centrarse (Caballo, 1998).

El Trastorno Límite de Personalidad se define en el DSM-5 (APA, 2013) como un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen, y del afecto, con alteraciones de conducta caracterizadas por una marcada impulsividad, que

empieza en la edad adulta precoz y que se presenta en una importante diversidad de contextos, y se caracterizan los siguientes criterios:

**Tabla 2: Criterios diagnósticos para el Trastorno de la Personalidad Límite en DSM-5 (APA 2014)**

<b>Trastorno de la personalidad límite-DSM-5, (APA, 2014)</b>
<b>Criterios diagnósticos</b>
<p><b>301.83 (F60.3)</b></p> <p>Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. <b>(Nota:</b> No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)</li> <li>2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.</li> <li>3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.</li> <li>4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). <b>(Nota:</b> No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)</li> <li>5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.</li> <li>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).</li> <li>7. Sensación crónica de vacío.</li> <li>8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).</li> <li>9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.</li> </ol>

Nota: APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.).

Según referencias obtenidas en Ferrer M. (2013); para llevar a cabo el diagnóstico categorial del Trastorno Límite de Personalidad según el DSM-5, el paciente debe cumplir

un mínimo de cinco criterios entre nueve posibles. Dichos criterios diagnósticos son muy heterogéneos, algunos de ellos no son síntomas psicopatológicos concretos, sino que hacen referencia a síndromes complejos, a cuadros mal delimitados y a conductas difíciles de definir (p. ej. Ira vs. agresividad o conducta suicida vs. autolesión). Algunos estudios han observado que las tendencias suicidas y autolesiones son los criterios de mayor relevancia en el diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad (Grilo, Becker, Anez, y McGlashan, 2004, Soloff, Lynch, Kelly, Malone, y Mann, 2000), otros autores han considerado que la característica más distintiva de los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad es su miedo al rechazo y al abandono (Gunderson y Lyons-Ruth, 2008).

Por lo tanto, el DSM-5 continúa definiendo el trastorno en base a un conjunto de síntomas de gran heterogeneidad (Skodol et al., 2002a), con escasa evidencia científica en relación al número de criterios necesarios y sin ningún criterio indispensable para el diagnóstico (Gunderson, 2009).

Continuando con Ferrer M. (2013); a diferencia del modelo diagnóstico vigente en el DSM-5 (APA, 2013), el modelo alternativo, propone unos criterios siguiendo las directrices generales de un modelo híbrido dimensional-categorial, en el que para llegar a un diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad debe registrarse una afectación al funcionamiento de la personalidad moderada o grave y la presencia de cuatro o más de una serie de rasgos patológicos, con la obligación de que al menos uno sea impulsividad, asunción de riesgo u hostilidad.

**Tabla 3: Propuesta de criterios para el Trastorno de la Personalidad Límite en el DSM 5- Sección III (APA 2014)**

<p><b>A. Afectación moderada o grave del funcionamiento de la personalidad, en forma de afectación de dos o más de las 4 siguientes áreas</b></p>
<p><b>1. Identidad:</b> Marcadamente empobrecida, mal desarrollada, o autoimagen inestable, a menudo asociado con excesiva autocrítica; sentimientos crónicos de vacío; sintomatología disociativa en situaciones de estrés.</p>
<p><b>2. Autodirección:</b> Inestabilidad en objetivos, aspiraciones, valores, planes de carrera.</p>
<p><b>3. Empatía:</b> Afectación de la habilidad para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociado a hipersensibilidad interpersonal; percepciones de los demás desviadas hacia atribuciones negativas o vulnerabilidades.</p>

<p><b>4. Relaciones íntimas:</b> Intensas, inestables, y relaciones cercanas conflictivas, marcado por la desconfianza, la necesidad, y la preocupación ansiosa hacia el abandono real o imaginario; relaciones que se mueven entre la idealización y la devaluación y alternando entre la sobre implicación y el abandono</p>
<p><b>Cuatro o más de los siguientes siete rasgos de personalidad patológicos, siendo al menos uno de ellos: impulsividad (5), asunción de riesgos (6), hostilidad (7):</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Labilidad emocional</b> (del dominio de rasgo Afecto Negativo)</li> <li>2. <b>Ansiedad</b> (del dominio de rasgo Afecto Negativo)</li> <li>3. <b>Inseguridad de separación</b> (del dominio de rasgo Afecto Negativo)</li> <li>4. <b>Tendencias depresivas</b> (del dominio de rasgo Afecto Negativo)</li> <li>5. <b>Impulsividad</b> (del dominio de rasgo Desinhibición)</li> <li>6. <b>Asunción de riesgos</b> (del dominio de rasgo Desinhibición)</li> <li>7. <b>Hostilidad</b> (del dominio de rasgo Antagonismo)</li> </ol>

#### 4.2 Trastorno de la Personalidad Límite en adolescentes

Esbec E. y Echeburúa E. (2014) como se mencionó precedentemente, señalan que a pesar de la reticencia de muchos profesionales a utilizar el diagnóstico antes de los 18 años, los trastornos de personalidad se pueden diagnosticar ya en la adolescencia. De hecho, la patología de la personalidad parece ser más alta antes de los 20 años, con un descenso de la mayoría de las características patológicas con el transcurso del tiempo.

Continuando con estos autores, este diagnóstico temprano puede ser de ayuda para la adopción adecuada de decisiones terapéuticas. De igual forma, hay numerosos estudios que sugieren que el TPL sí podría ser diagnosticado en adolescentes. De hecho, Zanarini (2003) en un estudio epidemiológico, informa que el 3,3% de los 10.000 niños de 11 años evaluados en Gran Bretaña reunieron los criterios diagnósticos para el TPL (García, 2015).

Kaess M., y Chanen A. (2020) en el artículo publicado, “Trastorno Límite de la Personalidad en la adolescencia” confirmar que cada vez hay más evidencia que apoya el diagnóstico y tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad en la adolescencia. Se ha descubierto que el TPL es igual de confiable y válido en la adolescencia como lo es en la edad adulta. Más importante aún el tratamiento específico del trastorno es beneficioso especialmente la intervención precoz. En consecuencia, la sección 3 del DSM-5, y la clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, 11ª Revisión han confirmado recientemente la legitimidad del diagnóstico del TPL en adolescentes.

El TPL se define por al menos 5 de 9 criterios (ver cuadro 1) descriptos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta edición (DSM-5). En caso de adolescentes se deben considerar las siguientes señales (ver tabla 4).

**Tabla 4: Señales de advertencia que pueden indicar un posible diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Límite en adolescentes**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autolesiones repetitivas o intento de suicidio.</li> <li>- Asunción de conductas de riesgo impulsivas (p.e., consumo excesivo de alcohol, abuso de drogas, comportamiento sexual de riesgo).</li> <li>- Síntomas internalizantes (síntomas depresivos, ansiedad) y problemas externalizantes (problemas de conducta, déficit de atención/hiperactividad).</li> <li>- Arrebatos de ira frecuentes y comportamiento perturbador.</li> <li>- Problemas interpersonales y peleas frecuentes (incluyendo relaciones inestables).</li> <li>- Baja autoestima, identidad de inseguridad</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nota: Kaess M., Chanen A. (2020).

En comparación con los adultos, los adolescentes tienen más probabilidades de presentarse con síntomas más “agudos” de TPL, tales como autolesiones recurrentes y comportamiento suicida, conductas impulsivas, ira inapropiada, mientras que las características de larga data, tales como relaciones inestables, o miedo al abandono, parecen estar más fuertemente representadas en los adultos con TPL (Chanen y otro, 2020).

### **4.3 Prevalencia, curso clínico y pronóstico**

Según la Guía práctica clínica de la Generalitat Catalunya (2011, pp. 43, 44); en el caso concreto de adolescentes, hay muy pocos estudios sobre la prevalencia del TPL, pero un estudio más reciente del grupo Chanen et al, refiere una tasa del 22% en pacientes ambulatorios, por otra parte, otro estudio de Grilo et al., publican una tasa de prevalencia del 49% en adolescentes hospitalizados. Además, concluyen que estas cifras son obtenidas de un número de estudios limitado y deberán confirmarse con posteriores estudios.

Continuando con esta fuente, el curso clínico de los pacientes con TPL es con frecuencia inestable. Las crisis suelen presentarse con una serie de síntomas y conductas, como

autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo. Y en relación al pronóstico, la evolución de los pacientes con TPL, es variable. Se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo (Generalitat Catalunya, 2011).

#### **4.4 Comorbilidad**

El concepto de comorbilidad fue originalmente descrito por Feinsten (1970) como cualquier entidad clínica adicional que exista o pueda ocurrir durante el curso clínico de una enfermedad que padece un paciente. Su utilización alude al cumplimiento de los criterios diagnósticos de al menos, dos trastornos en forma simultánea. La coexistencia de tales desórdenes, puede referirse tanto a uno o más síndromes clínicos y a un trastorno de la personalidad (Gongora V. 2002, pp. 77).

Los diagnósticos que más frecuentemente aparecen asociados al TPL son los Trastornos afectivos, de la conducta alimentaria, por abuso de sustancias, y otros trastornos de la personalidad (Skodol AE., Gunderson JG., Pfohl B., Widiger TA., Siever LJ., 2002), citados en Álvarez JL., Sánchez A. y Antequera J. (2012). Otros trastornos que también pueden darse conjuntamente con el TPL son el trastorno de control de impulsos y el trastorno por déficit de atención (Widiger y Trull, 1993) citado en (Caballo, 2004.).

Álvarez y otros (2012), respecto a la comorbilidad del TPL con los Trastornos del Estado de Ánimo, refieren que es elevada, y existe gran variabilidad en los estudios publicados, en parte debido a la sintomatología que se solapa; la presencia de síntomas afectivos condiciona una peor calidad de vida, un elevado número de hospitalizaciones y alto riesgo de suicidio, lo que predice una peor evolución y mayor cronicidad. Otra asociación, es con el trastorno por estrés postraumático con la presencia de historia de autolesiones, traumas y disregulación emocional.

Navarro y otros (2010, pp. 62), citan a Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks (1992) y éstos refieren que el TPL presenta una alta comorbilidad con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, principalmente con la Bulimia Nerviosa. Según estudios, los pacientes con Bulimia Nerviosa que presentan trastornos de personalidad mantienen una mayor frecuencia de atracones, vómitos y síntomas ansiosos-depresivos, mayores

dificultades de integración social y un mayor número de intentos de suicidio (p. ej. Matsunaga, Kiriike, Nagata y Yamagami, 1998; Steiger y Stotland, 1996).

De acuerdo al estudio realizado por Tadic A., y otros (2009) existe una fuerte asociación entre el TPL y otros trastornos de la personalidad. El estudio de Barraquina muestra cifras de comorbilidad, en torno al 74% encuentra que el Trastorno de Personalidad asociado con más frecuencia al TPL es el Paranoide, seguido a continuación por el Evitativo y Dependiente; diferencia según los sexos, de forma que en mujeres límite el trastorno comórbido más frecuente es el dependiente, mientras que, en hombres, la comorbilidad es más significativa para el Trastorno Antisocial (Álvarez y otros, 2012).

#### **4.5 Diagnóstico diferencial**

Por la naturaleza variable y errática de los síntomas que caracterizan al TPL hace necesario establecer claramente el diagnóstico diferencial del trastorno (Belloch 2010).

Según la guía práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad, del departamento de salud de la Generalitat de Catalunya (2011), dada la amplia variedad de síntomas clínicos, existe la elevada probabilidad de presentar trastornos comórbidos. Respecto a los trastornos afectivos, las tasas de trastornos depresivos en pacientes con TPL oscilarían entre el 40 y el 87%, siendo el trastorno depresivo mayor el diagnóstico. También se ha descrito que los varones diagnosticados de TPL tienen tasas mayores de comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias, sobre todo alcohol, y las mujeres con TPL con Trastornos de la Conducta Alimentaria, en especial con la Bulimia. Asimismo, se ha descrito que el Trastorno por Estrés Postraumático también es un trastorno comórbido frecuente en los pacientes con TPL, así como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad o TDAH.

Chanen (2020) sugiere que los adolescentes con TPL se caracterizan por una combinación de síntomas externalizantes (p.ej., comportamiento impulsivo-agresivo) e internalización (p. ej., ansiedad, depresión), esta variedad psicopatológica significa que el TPL en los adolescentes puede ser fácilmente confundido con otros diagnósticos psiquiátricos.

A continuación, se detalla algunas características diferenciales del TPL con otros trastornos.

**Tabla 5: Diagnóstico diferencial del TPL con Trastornos del Estado del Ánimo**

<b>Trastornos del Estado de Ánimo</b>	<b>Trastorno de la Personalidad Límite</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El desarrollo de estos trastornos suele tener un inicio brusco, haber estímulos desencadenantes externos, además son más egodistónicos.</li> <li>• En los trastornos depresivos mayores la sintomatología depresiva suele cursar de manera crónica, episódica y caracterizada por frecuentes recaídas y mayor severidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parecen depender de déficit internos.</li> <li>• El TPL guarda una mayor relación con la distimia, la sintomatología depresiva es menos severa y duradera, porque se trata de un estado de ánimo permanentemente bajo y mantenido en el tiempo</li> </ul>

Nota: Caballo (2004)

Otros aspectos diferenciales en personas con TPL son: la rabia, la intolerancia a la frustración, el sentimiento de vacío, la elevada reactividad emocional (Fortes- Álvarez, Sánchez- Cabezudo y Antequera- Iglesias, 2012). En el TPL se hace referencia a problemas de identidad y conflictos de dependencia- independencia y en la depresión típica son características las referencias a la culpa y la pérdida (Caballo y Camacho, 2000).

La diferenciación clínica del Trastorno Bipolar II del TPL puede ser un desafío debido a la coexistencia de características fenomenológicas tales como la labilidad afectiva, dificultad para controlar la ira, impulsividad y tendencia al suicidio. Los pacientes con TPL experimentan una carga más alta y más amplia de emociones negativas (p.ej., ira, tristeza, ansiedad) y la fluctuación de sus estados afectivos es más rápida ya caótica a menudo como reacción a eventos interpersonales. El Trastorno Bipolar II suele mostrar un periodo de inicio brusco al final de la adolescencia o en la edad temprana, tiende a no remitir con la edad y muestra episodios anímicos más agitados y autónomos sin contexto interpersonal, estos episodios son bastantes cíclicos e incluyen periodos eufóricos sostenidos (Chanen, 2020).

**Tabla 6: Diagnóstico diferencial del TPL con Trastorno Bipolar**

<b>Trastorno Bipolar</b>	<b>Trastorno Límite de la Personalidad</b>
Ambas alteraciones comparten características como; la impulsividad e inestabilidad afectiva	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Están presentes episodios de manía-hipomanía y depresivos, intercalado con períodos de normalidad.</li> <li>• Clara pérdida de percepción de realidad, con alucinaciones o delirios y la conducta social inapropiada.</li> <li>• Las situaciones estresantes o el entorno social no actúan como factor predisponente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las conductas tienen un carácter crónico, consistente, permanente.</li> <li>• Frecuentes sentimientos crónicos de vacío, miedo al abandono y falta de integración del concepto de sí mismo; además, cumplen un papel muy importante, los factores externos como desencadenante de una inestabilidad emocional</li> </ul>

Nota: Fortes J. L., Sanchez A., Antequera J., (2012).

Debido a que muchos de los pacientes diagnosticados de TPL han sido víctimas de abusos físicos, psicológicos o sexuales, sobre todo en la primera infancia, existe una gran confusión entre el TPL y el Trastorno de Estrés Postraumático TEPT (Fernández-Guerrero, 2007).

**Tabla 7: Diagnóstico diferencial del TPL con Trastornos de Estrés Postraumático**

<b>Trastorno de Estrés Postraumático</b>	<b>Trastorno de la Personalidad Límite</b>
Tendencia a actuar de forma paranoide en las relaciones personales.	Demandas excesivas de atención o protección y las expresiones de ira producto de los sentimientos de abandono y frustración.

Nota: Fernández-Guerrero (2007).

**Tabla 8: Diagnóstico diferencial del TPL con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad**

<b>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)</b>	<b>Trastorno de la Personalidad Límite</b>
En ambos trastornos presentan un solapamiento parcial de síntomas, en lo referido a la inestabilidad emocional e impulsividad.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los déficits atencionales de organización y planificación e hiperactividad, además, de despistes diarios y sensación de inquietud (Hidalgo 2016).</li> <li>• Hay una impulsividad relacionada con la precipitación, impaciencia e hiperactividad (Ramos- Quiroga, Sáez- Francàs, Bosch, Corrales, Ferrer &amp; Casas, 2009).</li> <li>• los síntomas se manifiestan desde la infancia temprana (Hidalgo, 2016).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo al abandono y la alternancia en la idealización- devaluación de las relaciones es lo que caracteriza la inestabilidad de las relaciones interpersonales (Hidalgo 2016).</li> <li>• La impulsividad guarda mayor relación con emociones negativas como la frustración o ansiedad, que tienen como resultado conductas autolesivas (Ramos- Quiroga, Sáez- Francàs, Bosch, Corrales, Ferrer &amp; Casas, 2009).</li> <li>• Pueden observarse en la adolescencia y sólo pueden diagnosticarse en la edad adulta, nunca se manifiestan en la infancia (Hidalgo, 2016).</li> </ul>

Nota: Hidalgo (2016); Ramos y otros (2009),

#### **4.6 Instrumentos de evaluación para el Trastorno de la Personalidad Límite en adolescentes**

Tomando como referencia a Kaess M., y Chanen A. (2020) hasta la fecha los principales sistemas de clasificación de diagnóstico no han adoptado criterios centrados en el desarrollo del Trastorno Límite de la Personalidad. Por lo tanto, se utilizan los criterios del Trastorno Límite de la Personalidad del adulto para los adolescentes. Aunque existen algunas diferencias entre adolescentes y adultos en los fenómenos relacionados con el diagnóstico asociado con el TPL.

Como ya se mencionó anteriormente, el DSM-5 citando a Echeburúa E. y Esbec E. (2014), mantiene en su sección I la misma definición del Trastorno Límite de Personalidad que la del DSM-IV (apa, 1994); sin embargo, el DSM-5 plantea, en su sección III, una alternativa diagnóstica en base a un modelo híbrido dimensional-categorial, que consiste en un constructo de patología en el que coexiste una alteración

del funcionamiento de la personalidad en relación al *self* (identidad y auto-dirección), aspectos interpersonales (empatía y relaciones íntimas) y la presencia de un rasgo de personalidad patológico más o menos específico para cada trastorno de personalidad. En concreto para el Trastorno Límite de Personalidad plantea una serie de alteraciones en identidad, auto-dirección, empatía y/o relaciones íntimas, junto a rasgos de personalidad no adaptativos específicos de los dominios afecto negativo, y también antagonismo y/o desinhibición. Ante la escasa evidencia científica disponible, dicho modelo se plantea precisamente con el objetivo principal de guiar investigaciones que apoyen su validez diagnóstica, no para ser aplicado actualmente en la práctica clínica (APA, 2013).

Las medidas de evaluación desempeñan un papel muy importante para el diagnóstico inicial y para la toma de decisiones clínicas a lo largo del tratamiento. Existen diferentes instrumentos de evaluación para el TPL, esencialmente cuestionarios autorreportados y entrevistas semi-estructuradas.

El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon, MACI; Millon 1993; Vinet et al. 1999; Vinet & Forns, 2008, es un instrumento de evaluación clínica de la personalidad, desarrollado a partir de los modelos de aprendizaje biosocial y evolucionista de la personalidad (Millon, 1969, 1990) los cuales han sido acogidos de modo especial en Iberoamérica para evaluar la personalidad adulta (Sánchez-López & Aparicio-García, 1998; Rivas-Diez, 2011). Particularmente, el MACI fue construido para evaluar a adolescentes y ha tenido un desarrollo privilegiado en los países iberoamericanos contándose en la actualidad con versiones en español para Argentina (Casullo, Góngora & Castro, 1998), Chile (Vinet et al. 1999), Perú (Iza, 2002) y España (TEA, 2004), citado por Vinet, Eugenia V., & Barrera-Herrera, Ana, & Salinas-Oñate, Natalia (2014).

#### **4.7 Tratamientos eficaces para el Trastorno Límite de la Personalidad**

A continuación, se describen los distintos programas de tratamiento con mayor evidencia en el abordaje del TPL.

##### **4.7.1 Terapias Cognitivo-Conductuales**

Continuando con Cuevas y López (2012), afirman que las terapias cognitivas han extendido su abordaje a los trastornos de la personalidad, entre ellos al TPL en el que los individuos tienen serias dificultades en identificar creencias y esquemas cognitivos erróneos sí mismo y de los demás, por tanto, el objetivo de la terapia cognitiva, es

identificar estas creencias y modificarlas. Por otra parte, *la Terapia Centrada en Esquemas de Young*, pretende identificar y modificar los “*esquemas desadaptativos tempranos*” (vergüenza, aislamiento social, soledad, dependencia, incompetencia e indeseabilidad) y sólo a partir de la modificación de estas creencias el paciente podrá manejar las alteraciones propias del TPL.

Los proponentes del modelo cognitivo siempre se han preocupado de definir a la terapia cognitiva, no por las técnicas que la componen, sino por sus principios y tipo de conceptualización de los problemas clínicos (Arkoff y Glass, 1982; Beck y cols., 1985), citados en Caro (2007). Entre las principales características de la terapia cognitiva, que dan una idea de la meta y estilo del proceso terapéutico se tiene las siguientes características.

**Tabla 9: Algunas características del modelo cognitivo estándar**

Con límite de tiempo	15-22 sesiones
Estructura	Cada sesión dura una hora
Orientada hacia el problema	El terapeuta y el paciente se focalizan en definir y resolver los problemas actuales del paciente
Ahistórica	Se centra en el “aquí y ahora”, sin recurrir la historia pasada del paciente
Método científico	La terapia supone recoger datos (problemas, pensamientos, actitudes), formular sus hipótesis, establecer experimentos y evaluar resultados
Tarea para la casa	El paciente deber recoger datos, verificar hipótesis y practicar habilidades cognitivas
Apertura	El proceso terapéutico es abierto y explícito y el terapeuta y el paciente comparten una comprensión común de lo que está pasando en la terapia.

Nota: Caro (2007, p. 60).

Continuando con Caro (2007), el modelo cognitivo es un modelo estructurado que facilita el aprendizaje de habilidades por parte del paciente que le llevan a centrarse de forma específica en sus problemas, entender del origen cognitivo de estos, y poner en marcha estrategias que faciliten su superación. La terapia cognitiva se utiliza ampliamente en una gran variedad de psicopatologías, desde la depresión, la ansiedad, los trastornos de personalidad, esquizofrenia, entre otros, en formato individual, en pareja, o en grupo.

Conforme señala Pérez (2014), las terapias psicológicas están en continua renovación, al hilo de los continuos cambios, circunstancias y formas de vida; es así, que, en la década de 1990, siguiendo a esta teoría ampliamente sustentada, surgen las terapias de tercera generación, las cuales son las siguientes:

- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).
- Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Kohlenberg Tsai, 2008).
- Terapia de Conducta Dialéctica, (TCD) (Linehan, 1993).
- Terapia Integral de Pareja (TIP) (Jacobson et al., 2000).
- Activación Conductual (AC) (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001).
- Terapia con Base en Mindfulness (BMT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002).
- Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis (Chadwick, 2009).

A fines de contextualizar, las terapias de primera generación refieren a la fundación de la terapia de la conducta en la década de 1950 y la aplicación a la clínica de los principios de la psicología del aprendizaje (condicionamiento clásico, pavloviano o respondiente y condicionamiento operante o skinneriano), constituyéndose en una disciplina científico experimental de la psicología. La segunda generación se refiere a la influencia que el enfoque cognitivo de la psicología ha tenido sobre la terapia de conducta a partir de la década de 1970, cuando empieza a red denominarse como terapia cognitivo-conductual (Pérez, 2014).

El trabajo en psicoterapia va más allá de la realización de entrevistas clínicas y aplicación de cuestionarios y técnicas terapéuticas en sesión. Por el contrario, parte esencial del abordaje psicológico se refiere al uso de procedimientos de autorregistro (Pérez Álvarez & Fernández-Ballesteros, 1994). Estas técnicas consisten en lo siguiente:

- Son técnicas semiestructuradas en las que al sujeto-paciente se le suministra una hoja de papel en la que figuran específicamente conductas que deben anotarse y

las condiciones en las que deben hacerse, y es el sujeto-paciente el que cumplimenta enteramente tal protocolo, fuera de sesión.

- Generalmente, las conductas se anotan en el mismo momento de producirse o, a veces, para evitar problemas de reactividad o bien por el tipo de objeto de evaluación, se pide al sujeto-paciente que las registre de forma diferida, es decir, tras ocurrir el evento.
- Se trata de técnicas utilizadas en situaciones naturales, durante la vida diaria del evaluado.
- Tal información registrada en papel se trae entonces a la siguiente sesión de terapia, de modo que terapeuta y paciente analizan dichos resultados, trabajan sobre ellos y definen objetivos de autorregistro o intervención para el siguiente período entre sesiones.

Dichas técnicas tienen múltiples usos (Fernández-Ballesteros, 2011): se pueden usar para monitorizar sintomatología afectiva ante situaciones relevantes, interacciones sociales, ocurrencia de pautas de consumo problemático (por ejemplo, número de cigarrillos consumidos, frecuencia diaria en consumo de alcohol), problemáticas de alimentación, número de horas de sueño, o incluso requerir la observación de los eventos antecedentes y consecuentes de conducta objetivo con el fin de realizar un análisis funcional y diseñar planes específicos de tratamiento.

Este trabajo es, por tanto, esencial durante el tratamiento terapéutico psicológico, sin embargo, plantea serias desventajas, incluyendo:

- Dificultades en el diseño y planificación de cada tipo de autorregistro específico por el terapeuta y el entrenamiento del paciente en su utilización fuera de consulta.
- Frecuentes problemas del paciente a la hora de recordar llevar encima todos los materiales en papel, no registrándose las conductas en el momento adecuado.
- Problemas del paciente para encontrar un lugar y momento adecuados para completar los autorregistros en papel.
- Frecuentes olvidos del paciente a la hora de traer los autorregistros completados a consulta para trabajar sobre ellos, quedando inservible el trabajo realizado durante el período entre sesiones.

- Dificultades del paciente para visualizar claramente los resultados obtenidos en los autorregistros en papel, así como para compararlos con resultados en semanas anteriores, para poder visualizar posibles progresos o empeoramientos.

Por tanto, de acuerdo a lo señalado por este autor, el modelo escogido para el presente trabajo, Terapia Dialéctica Conductual, se encuentra dentro de estas terapias de tercera generación, cuya orientación, cognitivo-conductual está dedicado específicamente al Trastorno Límite de la Personalidad.

#### **4.7.2 Terapia Dialéctica Conductual**

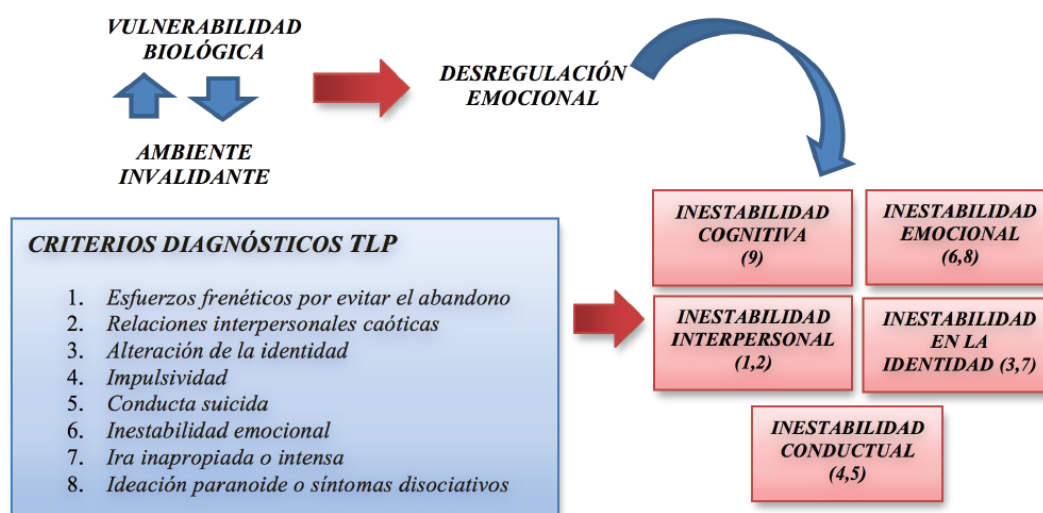
Es una modalidad de tratamiento psicológico descrita por primera vez como un tratamiento estructurado para el Trastorno Límite de la Personalidad por la psicóloga Marsha Linehan en 1993. La evidencia científica sugiere que la terapia dialéctica conductual como la opción terapéutica con mayor apoyo empírico (Linehan, 1993).

##### ***4.7.2.1 Base conceptual***

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es una modificación de la Terapia Cognitivo Conductual estándar desarrollada específicamente para el Trastorno Límite de la Personalidad (Gempeler J., 2008). Fue el primer tratamiento psicoterapéutico que demostró su efectividad en ensayos clínicos controlados y la TDC efectiva combina psicoterapia individual y formación en habilidades (Linehan 2003, pp. 19).

##### ***4.7.2.2 Modelo explicativo del Trastorno de la Personalidad Límite desde la Teoría Biopsicosocial***

A continuación, se presenta el esquema de la explicación de los problemas que presenta un paciente con TPL en su origen y mantenimiento bajo el modelo explicativo propuesto por Marsha Linehan:



**Figura 1: Modelo explicativo del Trastorno de la Personalidad Límite**

El TPL es una disfunción en el sistema de regulación emocional, que resulta de irregularidades biológicas combinadas con ciertos ambientes invalidantes (Linehan, 1993a). No poder regular las emociones (su intensidad, duración y consecuencias) tiene un principio biológico denominado *vulnerabilidad biológica*. Este componente biológico se refleja con gran sensibilidad a los estímulos y emociones, una intensa respuesta y un lento retorno al nivel basal luego de la activación (Gottman y Katz, 1989).

La parte social, que interactúa con vulnerabilidad, es el ambiente invalidante, según Linehan (1993), es un entorno donde habitualmente las personas cercanas al paciente discrepan respecto a lo que esta persona vive como experiencia y se responde a sus conductas de una manera disfuncional.

El punto de unión donde lo biológico y lo ambiental se suman a lo psicológico, la persona empieza a invalidar sus propias experiencias, desestimando ella misma sus problemas o su sufrimiento, desconfiando de lo que sus respuestas emocionales indican, buscando en las demás señales de qué pensar y sentir, de modo de no recibir respuestas sociales adversas (Linehan, 1993).



**Figura 2: Balance entre Cambio y Aceptación en la Terapia Dialéctica Conductual (Vásquez-Dextre, 2016)**

Según la Teoría Dialéctica la realidad está en constante movimiento y cambio, por lo que la flexibilidad y la habilidad de ajuste son factores importantes para los seres humanos (Linehan, 1993a).

Según Vásquez-Dextre (2016) la perspectiva dialéctica es el factor diferenciador de la Terapia Dialéctica Conductual; y se caracteriza porque las conductas no pueden entenderse de forma individual, sino como parte de un todo; la realidad es un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí, y se debe encontrar el equilibrio o punto medio; finalmente la naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o proceso.

Siguiendo con Vásquez-Dextre (2016) hay un nexo entre Terapia Conductual y el Mindfulness o conciencia plena. La primera, provee a la Terapia Dialéctica Conductual las estrategias necesarias para favorecer el cambio y el Mindfulness se caracteriza por la observación de la realidad en el momento presente con aceptación y sin juzgar

## **5 Teoría biosocial del Trastorno de la Personalidad Límite**

El modelo etiológico propuesto por Linehan (1993a), de tipo biosocial explica el desarrollo de la problemática. Según este modelo los componentes principales son:

### **5.1 La desregulación emocional**

Es el resultado de la interacción entre la predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante. Como consecuencia, durante la infancia y la vida adulta, hay mayor sensibilidad emocional, dificultades para modular el afecto y un lento retorno a la línea base, lo que dificulta seriamente la capacidad de adaptación vital y da lugar a la mayor parte de síntomas y signos característicos del TPL (de la Vega I., Sánchez S., 2013).

## **5.2 Vulnerabilidad emocional**

Alta sensibilidad, respuesta intensa a los estímulos emocionales, y retorno lento a la calma una vez que provocada la excitación emocional (Sarmiento M.J., 2008).

## **5.3 Ambiente invalidante**

Aquel que tiende a responder de manera errática e inapropiada la experiencia privada (Gagliesi P., y Boggiano J.P., 2010).

## **5.4 Déficit en la modulación emocional**

Fracaso en; inhibir conductas disfuncionales dependientes del estado emocional (Gagliesi P., y Boggiano J.P., 2010).

# **6 Estructura de la Terapia Dialéctica Conductual**

La Terapia Dialéctica Conductual, es una terapia ampliamente organizada y como establece Linehan (1993a), tiene como objetivo fundamental que el paciente incorpore en su repertorio habilidades que permitan regular sus emociones y su conducta, encontrando un balance y flexibilidad conductual. La terapia está compuesta por diferentes fases, que pueden ser adaptadas dependiendo las características del paciente en un momento dado.

La Terapia Dialéctica Conductual estándar se constituye de cuatro modalidades y estas son, terapia individual, entrenamiento de habilidades en grupo, consulta telefónica, y equipo de supervisión. Los objetivos de TDC, además del ya descrito, son incrementar habilidades, generalizar la mejoría lograda en la sesión al contexto del participante, estructurar el contexto para reforzar los cambios, reforzar los cambios en sesión, aumentar la motivación de cambio, y aumentar la motivación y la habilidad del terapeuta. Las cuatro modalidades apuntan a estos objetivos, Rizvi, Steffel & Carson-Wong, (2012), citados en Naranjo A.M. (2013).

## **6.1 Psicoterapia individual**

La psicoterapia individual es la piedra angular del tratamiento y articula el resto de los componentes. Antes del comienzo del tratamiento, y en una fase previa, el terapeuta ha de conseguir que el paciente esté motivado para iniciar la terapia y establecer un vínculo terapéutico. La psicoterapia individual se apoya en gran medida en la relación terapéutica, el paciente debe concebir al terapeuta como alguien con el que se puede contar, y el

terapeuta debe esforzarse por no repetir el ambiente patológico invalidante que el paciente ha experimentado a lo largo de su vida. Se ha de lograr un equilibrio (dialéctica) entre la aceptación de las emociones y las conductas y el esfuerzo por lograr su cambio (Sesma E., 2017).

## **6.2 Entrenamiento en habilidades**

El entrenamiento en habilidades es un aspecto central de la TDC. La formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC se compone de cuatro módulos de habilidades específicas (habilidades básicas de conciencia, habilidades de tolerancia al malestar, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de efectividad interpersonal). En la adaptación para adolescentes (Miller et al., 2007) se añadió el módulo “Avanzando por el camino del medio”, que ha sido incluido recientemente en la última edición del manual (Linehan, 2015) de formación en habilidades psicosociales (Sesma E., 2017).

### **6.2.1 Habilidades básicas de conciencia (HBC)**

La incorporación de técnicas de mindfulness a la psicoterapia ha supuesto toda una revolución y está consiguiendo resultados muy prometedores en el tratamiento de diversas patologías (Schnyder, 2009). Las habilidades básicas de conciencia son las primeras que se enseñan y su entrenamiento se trabaja durante todo el tratamiento el objetivo, es aprender a controlar la propia mente, los ejercicios de mindfulness ayudan a que el paciente concentre su atención en el “aquí y ahora” (Sesma E., 2017).

### **6.2.2 Habilidades tolerancia al malestar (HTM)**

Las habilidades de tolerancia al malestar, como las habilidades básicas de conciencia, están basadas en el mindfulness y las filosofías zen y budistas relacionadas con la aceptación. Lo importante, en este caso, no es evitar el dolor o el sufrimiento, sino aprender a manejarlo con habilidad. Así, desde esta perspectiva, el dolor es parte de la vida y su aceptación es parte de cualquier proceso de cambio. Las estrategias propuestas en este módulo se dividen en dos bloques: “habilidades de supervivencia a las crisis” y “habilidades de aceptación de la realidad” (Sesma E., 2017).

### **6.2.3 Habilidades regulación de las emociones (HRE)**

Desde la perspectiva de la TDC, la desregulación emocional es un aspecto nuclear del Trastorno Límite de la Personalidad, y la aplicación de técnicas que permitan un mejor manejo de las emociones es uno de los aspectos centrales de la psicoterapia. En este módulo, por tanto, se aprende a identificar y nombrar emociones y a reconocer la función que éstas cumplen en el entorno. Se adoptan, además, técnicas destinadas a reducir la vulnerabilidad asociada a un estilo de vida poco saludable respecto al sueño o la alimentación (Sesma E., 2017).

### **6.2.4 Habilidades de efectividad interpersonal (HEI)**

En este módulo el objetivo que se plantea a los pacientes es «ser eficaz interpersonalmente». En este contexto, «ser eficaz» implica conseguir los objetivos deseados. La primera parte del módulo trata de que los pacientes analicen las situaciones y determinen los objetivos a lograr en las mismas. La segunda parte analiza los factores que contribuyen a la efectividad interpersonal y aquellos que interfieren en la misma. La tercera parte está dedicada a analizar aspectos que hay que considerar antes de pedir algo, expresar una opinión o decir que no. En la última parte se tratan las habilidades específicas, por ejemplo, mantener la posición, utilizar un enfoque cortés y sosegado o no amenazar. Estas habilidades se trabajan por medio de role playing de situaciones hipotéticas o situaciones reales planteadas por los pacientes que puedan resultar problemáticas (Sesma E., 2017).

### **6.2.5 Avanzando por el camino del medio (ACM)**

Inicialmente este módulo fue diseñado específicamente para los conflictos habituales entre los adolescentes y sus padres. Se abordan conceptos como dialéctica, validación y modificación de conducta (Sesma E., 2017).

## **6.3 Terapia conductual dialéctica en adolescentes**

Para la intervención con adolescentes; Miller, Rathus y Linehan (2007) realizaron la modificación y adaptación de la TDC estándar para esta población, donde los principales cambios introducidos en el tratamiento responden a la necesidad de abordar las dificultades de los adolescentes con Trastorno Límite de la Personalidad, enseñándoles herramientas que les permitieran encontrar el equilibrio. Estos comprenden: Inclusión de

un miembro de la familia o padres en las sesiones de terapia y en el grupo de habilidades; abreviar la longitud del tratamiento estándar, desde 1 año a 16 o 32 semanas; simplificar las fichas y cartillas de registro de trabajo, utilizando un lenguaje adaptado a las características de los adolescentes.

Gilbert M. (2015) afirma que el foco fundamental de la TDC con Adolescentes, es el desarrollo de habilidades. A través de la intervención grupal, se busca desarrollar, habilidades de regulación emocional, para disminuir la inestabilidad emocional; habilidades de tolerancia al malestar, para disminuir la impulsividad; habilidades interpersonales, para disminuir los problemas interpersonales (Miller et al, 2007).

## **7 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- DSM-5 (2014), establece que los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o el funcionamiento psicosocial. Dentro de este trastorno se proporciona los criterios diagnósticos para la pica (ingesta persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias), el Trastorno de Rumiación (regurgitación repetida de alimentos), el Trastorno de Evitación/restricción de la ingesta de alimentos (falta de interés aparente por comer o alimentarse), la Anorexia Nerviosa (restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un bajo peso corporal), la Bulimia Nerviosa (episodios recurrentes de atracones con comportamientos compensatorios) y el Trastorno de atracones (episodios recurrentes de atracones).

### **7.1 Bulimia Nerviosa**

La Bulimia Nerviosa se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes que la persona no puede controlar, seguidos de conductas compensatorias encaminadas a evitar el aumento de peso (vómitos autoinducidos, uso de laxantes, ayuno, ejercicio excesivo, etc.) y alteraciones en la apreciación de la imagen corporal. Por tanto, las tres características esenciales de este cuadro serían la pérdida subjetiva del control sobre la ingesta, las conductas destinadas al control del peso corporal y la preocupación extrema

por la figura y el peso corporal (Wilson, Fairburn y Agras, 1997) citado en Perpiña C., Botella C., Baños R.M. (2004).

Según Gargallo M., Fernández A., Raich R., (2003), la Bulimia Nerviosa es un trastorno de la alimentación que afecta al 1-2% de mujeres, mayoritariamente adolescentes y en temprana edad adulta, (Morande, Celada y Casas, 1999). Este trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de gran voracidad y conductas purgativas (por ejemplo, provocación del vómito o utilización de laxantes y/o diuréticos), con la finalidad de ejercer un control sobre el peso y silueta corporal, y una preocupación excesiva por su imagen corporal (American Psychiatric Association, 1994; Fernández Aranda y Turón, 1998).

### **7.1.1 Diagnóstico de la Bulimia Nerviosa**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5 (APA, 2014) hay tres características principales de la Bulimia Nerviosa: los episodios recurrentes de atracones (Criterio A), los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso (Criterio B), y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal (Criterio D). Para realizar el diagnóstico, los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses (Criterio C).

Un "episodio de atracón" se define como la ingestión, en un período determinado de tiempo, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en circunstancias parecidas (Criterio A1). La expresión "período de tiempo determinado" se refiere a un período delimitado, generalmente inferior a 2 horas. Un único episodio de atracón no se limita necesariamente a un único entorno.

**Tabla 10: Criterios DSM-5 para la Bulimia Nerviosa****Bulimia Nerviosa**

- A.** Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
- a.** Ingestión, en un periodo determinado (ej.: dos horas) de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
  - b.** Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (ej.: sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad).
- B.** Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como vómito auto-inducido, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo.
- C.** Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D.** La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E.** La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si: -

- En remisión parcial:  
Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la Bulimia Nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.
- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la Bulimia Nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar gravedad actual:

- Leve: Promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: Promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: Promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: Promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Nota: APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.).

## **7.2 Evaluación de la Bulimia Nerviosa en adolescentes**

El diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos deberá realizarse con base en el análisis y evaluación de las distintas facetas médicas y psicológicas presentes en el propio trastorno.

### **7.2.1 La entrevista clínica**

El objetivo que se persigue por medio de la entrevista es la elaboración de la historia clínica del paciente, de manera que se recopila toda aquella información trascendente que posteriormente pueda ser utilizado en el tratamiento. Asimismo, se obtiene información relevante que permita sacar conclusiones sobre las variables etiológicas y de mantenimiento del trastorno. Para ello se obtendrán datos referentes a:

Historia clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos

- Cuándo y cómo apareció el problema.
- Valoración del peso actual.
- Ingesta actual y hábitos alimenticios.
- Métodos usados para la pérdida de peso.
- Presencia de atracones.
- Historia menstrual.
- Historia psicosocial del paciente (relaciones familiares y escolares/laborales).

- Repercusiones sociales (actividad escolar o laboral, aislamiento, relaciones interpersonales, etc.).
- Existencia de patologías médicas, psicológicas o psiquiátricas anteriores.

### *Aspectos conductuales y actitudinales*

- Existencia de rituales alimenticios.
- Alimentos prohibidos.
- Actitudes ante la propia patología (negación de enfermedad).
- Hiperactividad.
- Conductas de autocontrol del peso.
- *Aspectos psicológicos*
- Grado de conciencia de enfermedad.
- Alteraciones del pensamiento (distorsiones cognitivas).
- Distorsión de la imagen corporal.
- Ansiedad y angustia.
- Alteraciones del estado de ánimo.

### **7.2.2 Cuestionarios y escalas**

Algunos de los instrumentos de autoinforme más empleados en la evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, son los siguientes:

- Test de actitudes sobre el comer (*Eating Attitudes Test, EAT*; Gamer y Garfinkel, 1979), usualmente aplicado en casos de anorexia nerviosa para la detección de síntomas y comportamientos propios de esta categoría diagnóstica.
- Inventario de Bulimia, de Edimburgo (*Bidi- mic Inventory Test Edinburgh, BITE*; Hender- son y Freeman. 1987), utilizado para la evaluación en Bulimia Nerviosa, recoge información acerca de conductas y sentimientos asociados a la alimentación y prácticas purgativas.
- Inventario de trastornos de la alimentación (*Eating Disorder Inventory, EDI*; Garner, 1991). Se centra en la valoración de cogniciones y grado de insatisfacción personal, aplicable tanto en anorexia como en bulimia.
- Cuestionario sobre la silueta corporal» (*Body Shape Questionnaire, BSQ*; Cooper et al., 1987). Informa sobre el grado de malestar que provoca la imagen corporal.

- Test de actitudes sobre el cuerpo» (*Body Attitudes Test, BAT*; Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderline, 1994). Evalúa el grado de satisfacción corporal hacia la imagen corporal.

### **7.2.3 Tratamientos de la Bulimia Nerviosa**

El tratamiento de la Bulimia Nerviosa puede plantearse desde distintos modelos teóricos. Sin embargo, en la actualidad, existe un acuerdo general entre investigadores sobre la necesidad de planificar el tratamiento desde un enfoque multidisciplinar. Esta necesidad viene impuesta por la propia complejidad del trastorno; son tantas las facetas del individuo que se ven afectadas que no es posible garantizar la eficacia del tratamiento si éste no las aborda en su totalidad.

En los trastornos del comportamiento alimentario, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia para la Bulimia Nerviosa y para el trastorno por atracón (Wilson, 2010).

Fairburn (2008) se basa en la teoría cognitiva-conductual de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En lugar de fijarse en aquellos aspectos que fueron responsables del inicio del trastorno, tiene en cuenta aquellos procesos que lo mantienen. Fue planteada inicialmente para la Bulimia Nerviosa. Según esa teoría, lo que mantiene el trastorno bulímico es la patología nuclear: el esquema disfuncional de la autovaloración. A partir de este concepto pueden explicarse todas las alteraciones alimentarias: restricción dietética, conductas de control del peso, las variadas formas de verificación y evitación, y la preocupación por la figura, el peso y la comida. Únicamente los atracones no vendrían explicados por la autovaloración, sino que serían consecuencia de una gran restricción dietética, unida a una tendencia a reaccionar de una manera extrema y negativa. Estos atracones, e incluso menores faltas de adherencia a la dieta, son vistos como una evidencia de la falta de control y agudiza la autoevaluación negativa, que es el aspecto central de la patología, citado por Raich Rosa (2017).

### **7.2.4 Terapias psicológicas**

En este apartado se describe la evidencia científica sobre la eficacia y seguridad de una serie de terapias psicológicas estudiadas en personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la ingesta de alimentos. Sólo se han incluido ensayos controlados aleatorizados (ECA) de calidad. Las terapias consideradas han sido las siguientes: terapia

cognitivo-conductual, autoayuda y autoayuda guiada, terapia interpersonal, terapia familiar (sistémica o no especificada), terapia psicodinámica y terapia conductual (Guía práctica clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009)

### **7.3 Bulimia Nerviosa y Trastorno de la Personalidad Límite en adolescentes**

Continuando con Gargallo y otros (2003), en la literatura sobre la Bulimia Nerviosa, esta patología se ha visto generalmente asociada a otros trastornos mentales, tales como trastornos afectivos (Hatsukami, Eckert, Mitchell y Pyle, 1984; Hudson, Pope, Jonas, Yurgelun-Todd y Frankenburg, 1987; Troop, Serpell y Treasure, 2001), trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos (Chesler, 1997; Raffi, Rondini, Grandi y Fava, 2000; Thiel, Züger, Jacoby y Schlüssler, 1998), abuso de sustancias y/o tóxicos (García-Vilches et al., 2003; Kaye et al., 1996) y pérdida generalizada del control de los impulsos (Drew Westen y Harnden-Fischer, 2001; García-Vilches et al., 2003; Pasamontes, Fernández-Aranda, Turón-Gil y Vallejo-Ruiloba, 1998; Peñas y Waller, 2001; Solano, Aitken, López, Vallejo y Fernández Aranda, en prensa). Así mismo, durante la última década, cada vez mayor número de estudios hacen referencia a la existencia de patología dual con los trastornos de la personalidad (Bulik, Sullivan, Joyce y Carter, 1995a; Skodol et al., 1993), siendo descritas prevalencias, entre ambos trastornos, que oscilan entre el 27 y el 84% de casos según los estudios.

En líneas generales, en pacientes en los que coexisten ambos trastornos, suele ser descrita una mayor psicopatología y severidad del trastorno, presentando éstos una menor motivación por el cambio (Bussolotti et al., 2002), un peor pronóstico y más limitada respuesta al tratamiento (Rossiter, Stewart, Telch y Schneider, 1993; Steiger, Jabalpurwala y Chapagne, 1996), no siendo raro el que se manifieste más de un trastorno de la personalidad (Del Río, Torres y Borda, 2002; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992).

Los estudios ofrecen tasas elevadas de comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (p.ej., Gartner, Marcus, Halm,i y Lorange 1989; Díaz-Marsá, Carrasco y Sáiz, 2000; Halmi et al, 2000; Espelage; Mazzeo, Sherman y Thompson, 2001, Bulik et al, 2003; Karwautz, Troop, Rabe-Hesketh, Collier, y Treasure, 2003), se han encontrado prevalencias que oscilan entre el 27% y el 77% (Gamer, Marcus, Halmi y Loranger, 1989; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992;

Braun, Sunday y Halmi, 1994, Gargarillo, Fernández y Raich, 2003; Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2005). Y de acuerdo con los meta-análisis que examinan la prevalencia de los trastornos de personalidad, entre los trastornos comúnmente asociados con la anorexia nerviosa es el trastorno límite con 31%.

El trastorno límite, marcado por la impulsividad y la inestabilidad emocional, es uno de los más comunes entre personas que tienen atracones, confirmando los estudios previos sobre la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, y la búsqueda de novedad que son características típicas de síndromes de comer impulsivo (Bulik, Sullivan, y Joyce, 1999; Díaz-Marsa et al., 2000; Rossier et al., 2000).

En las pacientes con comorbilidad (Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la ingesta de alimentos junto con TPL), las conductas alimentarias restrictivas, las conductas purgativas y los atracones constituirían, en parte, intentos desadaptativos de regular las emociones intensas propias del TPL (García Palacios, Navarro, Guillen, Marco y Botella, 2010). Uno de los programas de tratamiento que ha recibido mayor apoyo empírico en numerosos estudios controlados para el TPL, es la TDC (Linehan, McDavid, Brown, Sayrs y Gallop, 2008; Linehan y cols., 2006; Soler y cols., 2005; Van den Bosch, Koeter, Stijnene, Verheul y Van den Brink, 2005). En esta línea, recientemente desde diferentes grupos de investigación, se han realizado estudios donde se ha aplicado la TDC a los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la ingesta de alimentos, concretamente a la Bulimia Nerviosa (BN) y al trastorno por atracón (p. ej., Chen, Matthews, Allen Kuo y Linehan, 2008; Garcia-Palacios y cols., 2010), citados en Navarro M., Heliodoro M., García A., y Botella C. (2012).

#### **7.4 Terapia Dialéctica Conductual y Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la ingesta de alimentos**

Terapia dialéctico comportamental, es la que tiene mayor apoyo empírico hoy en día, especialmente cuando se trata de problemas emocionales (Sandín et al., 2012). Los estudios que analizan la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual en el caso de pacientes diagnosticadas con Bulimia Nervios (Fischer & Peterson, 2015; D. L. Safer et al., 2001; Salbach-Andrae et al., 2008). Todos ellos muestran disminución en el estado de ánimo negativo, disminución de los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria y una estabilización del peso y el IMC.

## **Planteamiento del problema**

El Trastorno Límite de la Personalidad constituye uno de los retos más difíciles en el campo de la salud mental. El pronóstico suele ser negativo e incluso puede complicarse con graves problemas médicos y sociales una vez comenzado el tratamiento (Caballo, 1998; Caballo y Camacho, 2000). En el caso de adolescentes, en muchos centros de todo el mundo, los médicos siguen dudando en diagnosticar el Trastorno Límite de la Personalidad en la juventud debido a las características típicas de este trastorno como la inestabilidad afectiva o la autoimagen perturbada, son una norma entre adolescentes; el desarrollo de la personalidad está todavía en proceso de cambio y esto dificulta el diagnóstico; así también, es un término peyorativo y los clínicos desean proteger a sus pacientes de la estigmatización (Kaes y Chanen, 2000).

Para el presente estudio no fue posible encontrar cifras a nivel nacional que den cuenta de la prevalencia de trastornos mentales en la adolescencia, referidos a manifestaciones de trastornos de la personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, específicamente Bulimia Nerviosa, en esta etapa del desarrollo; sin embargo, a nivel internacional, el Trastorno Límite de la Personalidad es común e importante en los entornos de salud mental de los adolescentes, con una prevalencia estimada del 11% en pacientes psiquiátricos ambulatorios y de hasta el 50% en los entornos hospitalarios (Kaess y Chanen 2000).

Al constituirse el Trastorno Límite de la Personalidad en un trastorno mental grave, por las frecuentes conductas impulsivas, comportamiento auto-lesivo, y su elevada comorbilidad con otros trastornos que también son un riesgo para la salud, como ser la Bulimia Nerviosa, es necesario diagnosticarlo a una edad temprana; sin embargo, muchos adolescentes o jóvenes no se someten a esta intervención temprana; por lo tanto, esta sintomatología podría ocasionar un deterioro funcional a largo plazo en la vida de la persona.

La terapia Dialéctico Comportamental ha sido la primera intervención cognitivo-comportamental en ser evaluada empíricamente para el Trastorno Límite de la Personalidad, y es una de las específicas y sistematizadas, aunque a veces pueda parecer excesivamente compleja y con demasiados procedimientos en su aplicación (Linehan 1991, Linehan, Heard y Armstrong, 1993); sin embargo, es el tratamiento con mayor

evidencia empírica para este trastorno de la personalidad, demostrando ser efectiva en la reducción de varios problemas asociados a este trastorno, como ser; autolesiones, intentos de autoeliminación, ideación suicida, desesperanza, depresión y comportamientos asociados a la bulimia (Elices y Cordero, 2011).

No obstante, en Bolivia no existen instituciones que presten este tipo de asistencia especializada, así también, por el largo tiempo que se requiere para su aplicación, o con frecuencia los profesionales en psicología no tienen las herramientas o capacitación necesaria para realizar esta intervención.

Como se refirió precedentemente, la Terapia Dialéctico conductual es la que demuestra mayor evidencia para el Trastorno Límite de la Personalidad; y para el caso de adolescentes, el grupo de Miller (Miller, Rathus, Linehan, Wetzler, Y Leigh, 1997), realizaron una adaptación para esta población; no obstante, a pesar de contar con cifras de prevalencia de este trastorno, que demuestran su incremento en población adolescente, a nivel nacional se desconoce esta intervención y sus alcances. Por tanto, una detección temprana e intervención oportuna ante la manifestación de alguna característica de trastorno de personalidad límite en personas jóvenes, podría reducirse el deterioro psicosocial y la psicopatología límite y mejorar el pronóstico de los adolescentes con Trastorno Límite de la Personalidad (Kaess y Chanen, 2020).

Si bien la Terapia Dialéctico Conductual cuenta con el apoyo empírico, en Bolivia se desconoce esta intervención, y no existen instituciones que otorguen el tratamiento psicológico para el Trastorno Límite de la Personalidad, más aún en adolescentes, y mucho menos se investigue el tratamiento que pueda beneficiar de una intervención temprana. Es así, que frente a este problema se formula lo siguiente.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿La aplicación de la Terapia Dialéctico Conductual reduce la sintomatología o manifestaciones del Trastorno Límite de la Personalidad y Bulimia Nerviosa en una adolescente, N=1 identificada como paciente?

## **JUSTIFICACIÓN**

Chanen y Mccutcheon (2008), citados por Ruiz D., y Gómez I. (2012), resaltan el sustancial cuerpo de evidencias empíricas acumuladas a lo largo de la década pasada que

indican que la patología de la personalidad es una forma importante de psicopatología en adolescentes. Así mismo, De Clercq y Fruyt, (2007) determinan que hay evidencia clínicamente significativa que respalda que los trastornos de personalidad emergen antes de la adolescencia y son observables a niveles sintomáticos, biológicos y genéticos (Ruiz D., y Gómez I, 2012). En este sentido, Cohen (2008 citado por Fonseca Pedrero et al., 2012) establece que existe una tendencia creciente de conocimiento científico que pone de manifiesto la necesidad de valorar los rasgos desadaptativos de la personalidad en población adolescente.

Por consiguiente, estos datos reflejan la necesidad de poner en marcha programas de prevención e intervención tempranas, empíricamente validados para personas que muestran rasgos acusados o están comenzando a desarrollar un Trastorno de la Personalidad Límite, teniendo en cuenta también que los rasgos de personalidad límite en adolescentes muestran una considerable flexibilidad (Navarro V. et al.; 2010).

Para el caso de adolescentes, la Terapia Dialéctica Conductual-TDC ha sido adaptada (TDC-A) como resultado del trabajo de modificación y adaptación; publicado en el 2007 por Miller, Rathus y Linehan. Los principales cambios introducidos en el tratamiento responden a la necesidad de abordar las dificultades de los adolescentes con Trastorno Límite de Personalidad, enseñándoles herramientas que les permitieran encontrar el equilibrio (Miller et al., 2007).

Diversos trabajos avalan la efectividad de la adaptación del modelo estándar de TDC para población adolescente con problemática diversa. En una revisión de veinte estudios entre el año 1997 y el año 2008 (Groves et al., 2012), se señala la efectividad de la Terapia Dialectico Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, problemas externalizantes, autolesiones, ideación suicida, trastornos depresivos, Trastorno Bipolar, impulsividad y comportamientos agresivos en adolescentes. Otra revisión (McPherson et al., 2013) señala resultados prometedores de la TDC-A en adolescentes con TPL, trastornos afectivos, problemas externalizantes, Trastornos de la Conducta Alimentaria Y de la Ingesta de Alimentos, autolesiones, ideación suicida tanto para pacientes ambulatorios, ingresados, en hospital de día o en dispositivos correccionales.

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF, la prevalencia de los trastornos mentales de adolescentes de 10 a 19 años es casi de 16 millones, en América Latina y el Caribe (ALC), y el porcentaje estimado de Bolivia, la gestión 2019 es del 15,6%, equivalente a 180.457. Y de acuerdo a esta información el suicidio es la tercera causa de muerte de adolescentes entre 15 a 19 años, de igual manera, la ansiedad y depresión representan casi el 50% de los trastornos mentales entre los adolescentes de 10 a 19 años.

Si bien, a nivel nacional no existe información respecto a la prevalencia del Trastorno de la Personalidad Límite en adolescentes, los datos señalados precedentemente, demuestran el significativo número de adolescentes que presentan estos trastornos mentales, y al constituirse el Trastorno de la Personalidad Límite en un trastorno multiproblema en el que sus síntomas son comórbidos con otros trastornos (ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, entre otros) y una característica esencial son los recurrentes intentos de suicidio, es necesaria la implementación de tratamientos en etapas tempranas del desarrollo, por tanto, el conocimiento de la eficacia del tratamiento dialéctico conductual por profesionales del área de salud mental, podrá permitir la intervención específica y la atención temprana para mejorar la sintomatología del Trastorno de la Personalidad Límite y prevenir mayor afectación del funcionamiento de los adolescentes.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Evaluar los efectos de la aplicación del Modelo Dialéctico Conductual en una adolescente con sintomatología del Trastorno de la Personalidad Límite y Bulimia Nerviosa.

### **Objetivos específicos**

1. Describir la presencia de sintomatología del Trastorno de la Personalidad Límite y Bulimia Nerviosa.
2. Establecer una línea base, pre y postratamiento donde con claridad se muestren los síntomas antes, durante y después del tratamiento.
3. Realizar el análisis funcional del problema, explicando a partir del modelo teórico para establecer los objetivos terapéuticos.
4. Evaluar los resultados de la intervención en base a los resultados del Pretratamiento, Postratamiento y Seguimiento a los 12 meses.

## PARTE EMPÍRICA

### MÉTODO

En la presente investigación se pretende realizar un estudio de corte cualitativo cuyo objetivo esencial reside en valorar la sintomatología de una adolescente cuyo diagnóstico incluye síntomas como alteración de conducta, desregulación emocional, impulsividad, alteración de la conducta alimentaria (atracones seguidos de conductas compensatorias) que ha completado el entrenamiento en Habilidades Psicosociales según el modelo de Terapia Dialéctica Conductual, utilizando el modelo específico de adolescentes (Miller et al., 2007).

Se fundamenta en el método de estudio de caso único, con un criterio de *Línea de Base Múltiple* con evaluación repetida (diseño de no reversión), en este tipo de diseño se identifican y miden cierto número de respuestas o conductas con objeto de proporcionar líneas de base con las que se puedan evaluar los cambios alcanzados con el tratamiento. Se trata así de obtener diversas líneas de base y después comprobar de manera secuencial el efecto de la variable tratamiento en cada una de ellas.

Yin (1989) a través de Martínez P. (2006) considera que el método de estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en medir y registrar la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado.

Denny (1978) citado por Armando Alonso Álvarez (2006 pp. 9), define el estudio de casos como: “un examen completo o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo”. Otros autores como MacDonald y Walker (1977) hablan del estudio de casos como un examen de un caso en acción. Patton (1980) lo considera como una forma particular de recoger, organizar y analizar datos. Todas las definiciones tienen como punto común, que el estudio de casos implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés (García Jiménez, 1991).

El presente estudio tiene un diseño cuasi experimental de tipo transversal y prospectivo, ya que a través de la comparación de variables, pre y post test se podrá conocer un posible cambio de estas variables.

Para la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos.

- Método de análisis documental
- Observación
- Método la medición
- Experimentación

#### Técnicas

- Entrevistas
- Cuestionarios

Al presentar múltiples síntomas del Trastorno de la Personalidad Límite, para el presente caso único, se aplicó la Terapia Dialéctica Conductual para cada una de las variables identificadas, considerando el análisis funcional del caso clínico y demás técnicas utilizadas se plantearon los objetivos de intervención, así como los parámetros de evaluación en cuanto a la efectividad durante la aplicación del tratamiento. Por tanto, se realizó la elaboración de la línea de base o diagnóstico, aplicación del tratamiento dialéctico conductual y postratamiento o seguimiento, tras la retirada del tratamiento a N=1, identificada como paciente; que fue a los 6 meses posteriores, esto con la finalidad de establecer si la remisión de síntomas se debió al tratamiento y no a variables extrañas.

**Los resultados de la evaluación inicial o pretratamiento.** En esta fase se trabajó el diagnóstico o línea de base, se utilizó una metodología cualitativa (entrevistas, autoregistros) y cuantitativa (inventario, instrumentos), y del análisis de los datos obtenidos en el Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI en la escala de tendencia límite obtuvo TB 97 por encima de la media, lo cual demuestra una sintomatología de inestabilidad emocional, impulsividad, desvaloración, comportamiento recurrente suicida, autolesiones; síntomas que también fueron identificados en el análisis funcional de la conductas otorgando una explicación de las variables que desencadenan y mantienen los problemas.

Asimismo, en esta etapa se identificaron otros problemas comórbidos con el Trastorno de la Personalidad Límite, como ser sintomatología depresiva mediante el Inventario de Depresión Infantil CDI- con un percentil 99, considerada esta puntuación como severa. De igual manera, en la aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, versión revisada CMAS-R, obtuvo una puntuación T de 24 respecto a la ansiedad total indica presencia significativa de ansiedad fisiológica, inquietud, ansiedad social; y mediante el

STAXI-2, la puntuación obtenida fue percentil 34 lo que demuestra sentimientos de ira expresados; finalmente, el cuestionario de Bulimia Revidado BULIT-R con una puntuación de 131 refiere a la presencia de síntomas de Bulimia Nerviosa.

Ante estos síntomas intensos, se aplicó la Terapia Dialéctico Conductual, en dos fases; la primera, la terapia individual, la misma que tuvo un enfoque cognitivo conductual y con diferentes objetivos a cumplir, de acuerdo al análisis funcional la demás metodología utilizada y el uso de diversas técnicas de tipo cognitivo y conductual. La segunda parte, fue la aplicación de la Terapia Dialectico Conductual con la enseñanza de diferentes habilidades, como ser; habilidades de conciencia plena, tolerancia al malestar, regulación emocional, efectividad interpersonal, entre otras. La duración de estas intervenciones fue de 12 meses.

**Los resultados del pretratamiento.** Una vez concluida esta intervención inicial, se realizó una evaluación postratamiento, para conocer la efectividad de la terapia aplicada y la reducción, mantenimiento o aumento de las variables medibles; es así que se aplicó la misma metodología cuantitativa utilizada en la fase del diagnóstico; teniendo como resultado una disminución significativa en la puntuación obtenida en el Inventario Clínico de Millos para Adolescentes MACI, en la escala de prototipos de personalidad, la tendencia límite (TB 59), 38 puntos menos que la primera vez que fue aplicado este instrumento; por su parte en el CDI obtuvo un percentil 23, en el CMAS-R una puntuación T de 24, teniendo en este caso una leve disminución de la puntuación, en el STAXI-2 un percentil de 20 con un descenso significativo en la puntuación, y finalmente, también de manera significativa la disminución de la puntuación fue en el BULIT-R obteniendo una puntuación directa de 71 puntos. Y durante las entrevistas aplicadas, se conoció de una mejora de la funcionalidad de la paciente, tanto en el ámbito personal (no se presentaron autolesiones e ideaciones suicidas, atracones de comida seguidas de la provocación de vómitos, mayor estabilidad emocional), mejora de su rendimiento escolar, y del interrelacionamiento social, en este caso, permaneciendo discusiones con su madre y en cuanto al aspecto físico aún una inseguridad respecto a aspecto físico, pero sin presentarse conductas desadaptativas.

**Los resultados del seguimiento.** Finalmente, transcurridos 12 meses de esta evaluación de postratamiento, se efectuó el seguimiento, aplicando la metodología cuantitativa

(aplicación e inventario y escalas) utilizada en la etapa de diagnóstico y postratamiento, y los resultados son los siguientes, en el Inventario Clínico de Millon para Adolescentes MACI- en la escala de tendencia límite obtuvo una TB de 43, en el CDI un percentil de 19, en la CMAS-R, una puntuación T de 21, en el STAXI un percentil igual que la anterior etapa de 20, y en el BULIT-R una puntuación directa 68; demostrando estos resultados la disminución de la sintomatología manifiesta; por lo que la intervención aplicada, además de reducir esta sintomatología, estos resultados se mantuvieron en el tiempo.

A continuación, se describe de manera detallada la metodología utilizada (entrevistas, inventarios, cuestionarios, autoinformes), así como la intervención aplicada, y los resultados obtenidos.

## **1 EVALUACIÓN**

### **1.1 Entrevistas**

Según Perpiñá (2012), la entrevista es una técnica de recogida de información, y, por tanto, de evaluación, también es la forma más directa de saber qué le sucede a una persona.

Las entrevistas se realizaron con la paciente y la madre de ésta. Se desarrollaron en cuatro sesiones y la duración aproximada de cada una fue de sesenta minutos. Se utilizaron distintos tipos de entrevistas *-entrevistas abierta, conductual y semiestructurada* (criterios del DSM-5 del Trastorno Límite de la Personalidad y Bulimia Nerviosa) para indagar sobre los problemas de conducta en parámetros de frecuencia, intensidad y duración, además de las áreas de funcionamiento afectadas.

A través de estas entrevistas se identificaron los problemas que generan mayor malestar y se encuentran afectando las diversas áreas del funcionamiento de la paciente; además el curso e intensidad de éstos y los precipitantes. La entrevista semiestructurada, se realizó en base a los criterios diagnósticos para el Trastorno de la Personalidad Límite y Trastornos de la Conducta Alimentaria -Bulimia Nerviosa, del DSM-5, considerando también las diferentes manifestaciones clínicas de los teóricos de la personalidad.

## **1.2 Autorregistros**

Según Fernández-Ballesteros (2013), el autorregistro puede ser considerado como una derivación de la auto-observación y se refiere a la información verbal que un individuo proporciona sobre sí mismo o sobre su comportamiento; citada por Miguel-Tobal (2004). Por su parte, Caballo (1998), refiere que los autoresregistros son probablemente uno de los instrumentos de evaluación conductual que más utilidad tiene en el desarrollo de la formulación clínica, ya que permite la inclusión de instrucciones detalladas para que el paciente haga registros específicos de diversos aspectos de su comportamiento, no solamente en términos de descripción de respuesta, sino también de relaciones con otras variables de estímulo. Los más conocidos son los formatos de autorregistro de triple columna, en los que se recoge información sobre condiciones antecedentes, respuesta y consecuencias, o los que se emplean en terapia cognitiva sobre registro de situaciones, pensamientos y acciones.

Esta técnica se utilizó en todas las etapas de la intervención (evaluación y tratamiento) y la misma fue modificándose según la etapa. Inicialmente se solicitó a la paciente que anotase en un autorregistro diario, todas aquellas conductas que fueron identificadas como problemáticas, considerando los antecedentes, respuestas y consecuencias de las diferentes problemáticas; además de los pensamientos que acompañan estas conductas, y la presencia de las diferentes emociones (tristeza, rabia, miedo, euforia, alegría), además de puntuar la intensidad de las mismas. Este autoinforme fue adaptado del propuesto por Linehan (1993). (Anexo 3-Autoregistro).

## **1.3 Inventarios y escalas**

Si bien en Bolivia no se encuentran validados los instrumentos aplicados, no obstante, se seleccionaron aquellos que cuenten con un sistema teórico e investigativo que los sustentan y validan. Estos son los siguientes (Anexo 4):

### **1.3.1 Inventario Clínico de Millon para Adolescentes (MACI; Theodore Millon, con la colaboración de Carrie Millon, Ph. D. y Roger Davis, 1993)**

El MACI es un autoinforme de construcción racional basado en los modelos de aprendizaje biosocial y evolutivo de la personalidad desarrollados por Millon (1969, 1990). Evalúa las características de personalidad y síndromes clínicos en adolescentes.

Las edades de aplicación, comprenden entre los 13-19 Años. El MACI, consta 160 ítems, que deben ser respondidos en un formato verdadero-falso y que se organizan en 31 escalas, 27 de ellas con significado clínico. La prueba posee 12 escalas de Patrones de Personalidad, 8 escalas de Preocupaciones Expresadas; y 7 escalas de Síndromes Clínicos (Anexo 3).

La corrección del MACI se realiza de manera on line por Pearson ediciones, vía control remota; por lo que los resultados son generados por la editorial. Este instrumento de:

- Escalas de Validez
- Escalas Patrones de Personalidad (1, Introverso; 2A, Inhibido; 2B, Afligido; 3, Sumiso; 4, Dramatizador; 5, Egoísta; 6A, Transgresor; 6B, Poderoso; 7, Conformista; 8A, Oposicionista; 8B, Autodegradante; y 9, Tendencia Limítrofe). Ocho escalas analizan Preocupaciones Expresadas (A, Difusión de Identidad; B, Autoevaluación; C, Desaprobación Corporal; D, Incomodidad Sexual; E, Inseguridad Grupal; F, Insensibilidad Social; G, Discordia Familiar; y H, Abuso Sexual), y siete escalas evalúan Síndromes Clínicos (AA, Disfunciones Alimentarias; BB, Tendencia al Abuso de Sustancias; CC, Predisposición Delictual; DD, Tendencia a la Impulsividad; EE, Sentimientos Ansiosos; FF, Afecto Depresivo; y GG, Tendencia Suicida). Las escalas no clínicas son tres escalas de control (X, Deseabilidad; Y, Alteración y Z, Degradación) y una escala de validez de sólo dos ítems. Ver anexo 3.

### **1.3.2 Inventario de Depresión Infantil (CDI; Kovacs (1992) y adaptado por Del Barrio, Moreno y López, 2002)**

Evalúa la gravedad e intensidad de los síntomas depresivos en niños y adolescentes a partir de los 7 hasta los 15 años de edad. Tiene dos escalas que evalúan: *Disforia* (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y *Autoestima negativa* (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de Depresión (Anexo 4).

Consta de 27 reactivos con tres alternativas, 0-1-2, en función del grado de depresión que indique la respuesta de cada niño. "0" = (normalidad, nada deprimido), "1" = (cierta intensidad) y "2" = (presencia inequívoca de un síntoma depresivo). La puntuación del sujeto se obtiene sumando cada uno de los valores de cada reactivo, por lo que, a mayor puntuación, mayor intensidad de la sintomatología depresiva, sobre una puntuación

máxima de 54. Como punto de corte para el diagnóstico de depresión se establece la puntuación de 19 cuando se trata de datos recogidos de una muestra amplia, de características generales (Buela G., Carretero H., Santos M.; 2001).

En general, la puntuación percentil 90 es indicativa de la existencia de la sintomatología depresiva en el sujeto que la alcanza. A partir del percentil 96 el grado de existencia se considera severo (Del Barrio, 2004).

### **1.3.3 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R2; Reynolds y Richmond, 2012-Segunda edición)**

Valora el nivel y naturaleza de la ansiedad a niños y adolescentes de 6-19 años, a manera de autoinforme. Contiene 37 reactivos que se contestan afirmativa o negativamente. Se obtiene una puntuación de ansiedad total, además de cuatro puntuaciones derivadas de las subescalas (Ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales concentración y mentira) (Anexo 5).

El paciente responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Sí” o “No”. La respuesta “Sí” indica que el reactivo está describiendo los sentimientos o acciones del niño, mientras la respuesta “No” indica que el reactivo por lo general no lo está describiendo. El puntaje de ansiedad total se calcula por la suma de respuestas positivas de las sub-escalas de ansiedad fisiológica, intranquilidad/hipersensibilidad y vínculo social/aislamiento social. La sub-escala de ansiedad fisiológica es un índice de la expresión del niño a las manifestaciones físicas de la ansiedad; está compuesta por 10 artículos (1, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 25, 29 y 33). La sub-escala de intranquilidad/hipersensibilidad indica la presencia de nerviosismo, miedo o hipersensibilidad, a las presiones ambientales. Esta sub-escala está compuesta por 11 artículos (2, 6, 7, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34 y 37). La subescala de Vínculo Social/Aislamiento expresa la ansiedad sobre la auto-comparación con otros y la dificultad en la concentración; está compuesta por 7 artículos (3, 11, 15, 23, 27, 31 y 35). (Pompa E., Meza C., 2014).

### **1.3.4 Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2; C.D. Spielberg, adaptado a la versión española por; J.J. Miguel-Tobal, M.I. Casado, A. Cano Vindel, C.D. Espielberg, 2001)**

Mide la experiencia y expresión de la ira en tres subescalas: rasgo de la ira (R), estado de la ira (E) e índice de expresión de la ira, en adolescentes y adultos (IEI) (Anexo 6).

El STAXI- 2 (versión española) consta de 49 ítems que se presentan distribuidos en 6 escalas y 5 sub-escalas y un Índice de Expresión de la Ira. El sujeto debe leer las instrucciones que aparecen para cada uno de los bloques y responder 1 de las 4 alternativas de respuesta donde: A) No en lo absoluto (1 pto), B) Algo. (2 pts), C) Moderadamente (3 pts), D) Mucho (4 pts).

### **1.3.5 Cuestionario de Bulimia Revisado (BULIT-R, M.C. Smith, M.H. Thelen, Farmer, y J. Wonderlich, 1991)**

Detecta el riesgo de padecer Bulimia Nerviosa según los criterios del DSM-IV en población general. Mide la severidad de la sintomatología bulímica, hace especial referencia a los atracones, conductas compensatorias, preocupación por el peso (Anexo 7).

Tiene 36 reactivos con cinco opciones de respuesta que hacen referencia a intensidad o frecuencia, y se califican de 1 a 5. Para calcular la puntuación total se sugiere excluir cuatro ítems (7, 33, 34 y 36) que miden uso de laxantes, de diuréticos o amenorrea, debido a que son poco frecuentes entre la población general.

## **1.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN (POBLACIÓN Y MUESTRA)**

Al tratarse de una metodología de caso único (N=1), se ha seleccionado un caso que cumpla los siguientes criterios de inclusión:

- Ser adolescente
- Diagnóstico que incluya como síntoma alteración de conducta, impulsividad, o desregulación emocional, de acuerdo a las variables que muestran a posteriormente.
- Dificultades de interrelacionamiento social
- Problemas de la conducta alimentaria-bulimia nerviosa
- Ideación suicida y/o intentos suicidas

- Percepción negativa de sí misma
- Consentimiento informado para la presente investigación firmado por la madre - de la adolescente y el asentimiento de adolescente.

## Variables

### Variable independiente

Tratamiento, Terapia Dialéctico Conductual

### Variable dependiente

A continuación, se detalla las variables dependientes y el procedimiento utilizado para la evaluación:

**Tabla 11: Variables dependientes y procedimiento de evaluación**

Variables dependientes		Procedimiento de evaluación
Síntomas afectivos	Inestabilidad afectiva, reactividad del estado de ánimo	Inventario de Depresión Infantil-CDI; Inventario de expresión de ira estado-rasgo-STAXI Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada-CMAS-R2 Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI Autoregistros Entrevista semiestructurada con la paciente, anamnesis con la madre de la paciente
	Ira inapropiadamente intensa o problemas para el control de la ira	Inventario de expresión de ira estado-rasgo-STAXI
	Sensación crónica de vacío.	Entrevista semiestructura con la paciente

Síntomas impulsivos	Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.	Entrevista semiestructura con la paciente y anamnesis con su madre Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI Autoregistros
	Relaciones inestables e intensas que alternan entre la idealización y la devaluación de la otra persona	Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI Autoregistros
	Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas	Inventario de expresión de ira estado-rasgo-STAXI-2 Cuestionario de Bulimia Revisado-BULIT-R Autoregistros
Síntomas interpersonales	Esfuerzos desesperados para evitar el abandono (real o imaginario)	Entrevista semiestructura con la paciente y anamnesis con su madre Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI
	Una imagen o un sentido de sí mismo inestable	Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI Entrevista semiestructura con la paciente Autoregistros Cuestionario de Bulimia Revisado-BULIT-R
Síntomas cognitivos	Pensamientos paranoides temporales o síntomas	Entrevista semiestructura con la paciente

	disociativos graves provocados por el estrés	
--	-------------------------------------------------	--

## **2 PROCEDIMIENTO**

El estudio de caso presente se fundamenta en cuatro momentos:

1. El primero, de evaluación pre (antes del tratamiento),
2. Aplicación del tratamiento,
3. El post (después del tratamiento) y
4. Finalmente, el seguimiento a los doce meses de finalizada la intervención.

Al iniciar el proceso de intervención, para el presente estudio de caso único (N= 1) identificada como paciente, al ser una persona menor de dieciocho años, se informó a la madre de la paciente, inicialmente de manera verbal respecto al procedimiento a seguir, consistente en un aproximado número de sesiones, toda vez que es en función a la adherencia de tratamiento y redes de apoyo; asimismo, se dio a conocer respecto a la aplicación de los instrumentos señalados precedentemente, de manera general el objetivo de cada uno de ellos, y posteriormente se puso a consideración el tiempo de la intervención terapéutica y las características de éstas (número de sesiones por semana, horarios, uso de llamadas telefónicas en situaciones de crisis, sesiones para la enseñanza de habilidades); también se informó, que una vez concluido este proceso se volverían a aplicar los mismos instrumentos psicométricos usados en la fase de diagnóstico que servirán para conocer la intensidad de los síntomas presentados inicialmente; y finalmente se realizaría un seguimiento posterior a los doce meses de concluida la intervención.

Una vez brindada esta información a la madre de la paciente, de forma escrita, se otorgó el consentimiento informado que fue firmado por ésta y también se dio a conocer que la información obtenida en este proceso sería plasmada en el presente trabajo resguardando la identidad de las personas involucradas.

A continuación, se detalla brevemente estos tres momentos:

### **2.1 EVALUACIÓN**

En esta primera fase se llevó a cabo el diagnóstico con la finalidad de recoger información y registrar conductas y problemas de la paciente, para esto se utilizaron diferentes métodos de evaluación, tales como;

- Entrevista abierta y semiestructurada (en base a los criterios del TPL y Bulimia Nerviosa del DSM-5) y una entrevista conductual. Estas entrevistas fueron tanto con la paciente como con su madre;
- Observación de forma inestructurada de la conducta de la paciente durante las sesiones.
- Autoinformes, test de personalidad y diferentes cuestionarios psicológicos con el objetivo de cuantificar algunas conductas, emociones y cogniciones; así de esta forma los resultados constituyan una línea de base para las otras fases del tratamiento.
- Autorregistros, previamente establecidos sobre las diferentes conductas consideradas problemas.

Cabe mencionar, que se realizó una entrevista semiestructurada donde se consideraron de manera general y orientativa los criterios del DSM-5 tanto de la sección II como la sección III, respecto al Trastorno Límite de la Personalidad, y no así para establecer un diagnóstico categorial propiamente dicho.

## **2.2 TRATAMIENTO**

El programa de tratamiento psicológico elegido fue el modelo de Terapia Dialéctica Conductual, utilizando el modelo específico de adolescentes (Miller et al., 2007), toda vez, que hasta el momento existe una amplia evidencia probada respecto a la eficacia de este tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad; en la búsqueda de investigaciones y bibliografía para el presente, no se encontró ningún estudio a nivel nacional respecto a esta población (adolescentes) con esta problemática, y la aplicación de este modelo; por tanto, a nivel clínico y de investigación se constituye una novedad, y el paso a dar para investigaciones futuras con una población más amplia.

De igual manera, este programa, en su fase de habilidades fue adaptado a sesiones individuales, si bien, considera una intervención grupal, al no identificarse casos similares, no fue posible hacerlo de esa manera; si bien esto parecería considerarse una limitante, no obstante, de acuerdo a los resultados obtenidos se demostró la mejoría de los síntomas presentes; por tanto, este aspecto demostraría que la atención de estos pacientes es posible desde la práctica clínica individual, constituyéndose un aporte a este ámbito.

La intervención completa fue estructurada en tres fases.

### **2.2.1 Pre-tratamiento**

Se establece la relación terapéutica, las metas terapéuticas y los acuerdos entre paciente y terapeuta.

### **2.2.2 Primera fase del tratamiento**

Con una duración de un año y se llevan a cabo las metas principales del tratamiento utilizando terapia individual, terapia de grupo para el entrenamiento de habilidades y consultas telefónicas;

### **2.2.3 Tercera fase de seguimiento**

Pretende que el paciente comience a plantearse y perseguir metas vitales realistas en distintas áreas de su vida (Navarro M., y otros, 2010).

## **2.3 POSTRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO**

Al concluir la fase de tratamiento de un 1 año, debe realizarse una sesión para aplicar los instrumentos de autoinforme, mismos que serán utilizados en la fase de diagnóstico, y de esta manera, obtener los resultados del postratamiento. De igual forma, se considerará la necesidad que la paciente vuelva a ser evaluada al cabo de doce meses como parte del seguimiento.

## **3 RESULTADOS**

### **3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO**

#### **3.1.1 Identificación de la paciente**

Adolescente mujer (identificada como paciente), de 14 años de edad al momento de acudir a consulta, cursa el primer grado de secundaria de educación en un colegio público. Hija única que vive solamente con su madre.

#### **3.1.2 Motivo de la consulta**

La paciente acudió a consulta con su madre, y el motivo de la madre fue que con su hija tiene frecuentes e intensas discusiones, ésta intentó quitarse la vida; además de realizarse constantemente cortes en el antebrazo con objetos cortantes y pellizcos; consume gran

cantidad de alimentos y posteriormente vomita, además tener un consumo de alcohol descontrolado en algunas oportunidades y el bajo rendimiento escolar.

Por su parte, la paciente indicó sentirse decaída, con ganas intensas y frecuentes de llorar, presentado ideas de quitarse la vida y haber intentado suicidarse en más de una ocasión; así también, se realiza cortes en el antebrazo, tiene una pérdida de interés en sus actividades diarias, bajo rendimiento escolar y refiere haber consumido bebidas alcohólicas en exceso y descontroladamente.

### **3.1.3 Antecedentes personales**

En relación al contexto familiar, la paciente proviene de una familia monoparental, de acuerdo a información proporcionada por la madre, esta mantuvo una relación de pareja con el padre de la paciente, después de un tiempo de convivencia ella quedó embarazada y a los pocos meses de este estado su pareja por motivos laborales cambió de residencia a otra ciudad, pero acordando continuar la relación; no obstante, al transcurrir los meses éste no volvió a contactarse con su pareja y al contrario de ello, entabló una relación con otra persona. Además, tampoco estuvo presente en el nacimiento de su hija, ni en el transcurso de su infancia.

Respecto a la salud, la paciente nació prematuramente, por dicho motivo tuvo que permanecer algún tiempo en la incubadora, y al momento de nacer fue portadora de la enfermedad de Chagas, transmitida por su madre; el asma, fue otro problema de salud por el que atravesó y estuvo constantemente recibiendo atención médica, aspecto que influyó su desarrollo evolutivo porque no podía realizar actividades o juegos que implicaban mucho movimiento. Actualmente no presenta ninguna enfermedad física considerable, en relación a los problemas señalados (Chagas y asma) mismos que se encuentran controlados y no interfieren en su vida diaria.

Hasta hace dos años su rendimiento escolar fue bueno, considerando su aprendizaje dentro de parámetros normal-superior, desde sus trece años aproximadamente a la actualidad es deficiente y existe el riesgo de que pierda el curso académico.

### **3.1.4 Origen, naturaleza de los problemas**

A partir de la información proporcionada por la madre de la paciente, su hija comenzó a tener diversos problemas y dificultades en varias áreas de su vida desde muy corta edad,

a los cuatro años de edad aproximadamente sufrió un intento de abuso sexual por parte de un primo, manifestando a partir de ahí dificultades en el interrelacionamiento social y miedo a las personas, principalmente a hombres, aislamiento de sus pares, timidez, también un estado de ánimo constantemente triste, lloroso e irritable. Así también manifestó un intenso miedo hacia la maestra de nivel inicial, no deseando acudir a su centro educativo.

Otra situación significativa fue el abandono que sufrió por parte de su padre, quien no se responsabilizó del cuidado y crianza de su hija; sin existir contacto alguno entre ambos; ausencia que afectó negativamente a la paciente, sintiéndose constantemente triste y decaída, además de referir sufrir algunas burlas y discriminación por parte de sus compañeros de escuela, por ser hija de madre soltera.

En cuanto a los problemas actuales, unos meses antes que la paciente cumpliera 13 años su padre se contactó con la misma y prometió buscarla para pasar unos días juntos, generando en la paciente muchas expectativas y alegría; sin embargo, este acontecimiento no ocurrió; circunstancia que ocasionó que la paciente se sintiera intensamente triste y desesperada, además de empezar a referir y verbalizar ideas suicidas e intentar suicidarse (pretendiendo lanzarse de su ventana), lo cual fue impedido por su madre.

También a la edad de 13 años, ante un aumento de peso la paciente fue objeto de continuas burlas y críticas por sus compañeros de colegio, lo que hizo que la misma se aislara de este entorno y comenzara a disminuir y restringir su alimentación a través de dietas rígidas con el fin de bajar de peso; no obstante, unos meses después este régimen alimentario fue modificado con la ingesta descontrolada y en gran cantidad de alimentos evitados anteriormente, seguido de la provocación vómitos. Además, refiere sentirse gorda, fea y con poco valor para los demás.

La paciente refiere realizarse constantes cortes en el antebrazo y pellizcos (cicatrices y heridas visibles). Experimenta un intenso desgano, cansancio, enlentecimiento al caminar y hablar (mismo que se confirma en las sesiones en la observación de la conducta de la paciente), insomnio durante la noche y somnolencia en el transcurso del día, dificultades para concentrarse, atender y recordar información principalmente relativa al ámbito educativo; problemas que afectan su rendimiento escolar; estando en riesgo de perder el año.

La paciente y su madre tienen constantes discusiones y conflictividad por el bajo rendimiento escolar, descuido de las actividades dentro del hogar, falta de cumplimiento a normas y reglas establecidas, volviéndose esta relación cada vez más distante, y con grandes dificultades en la comunicación.

En el área interpersonal, la paciente tiene permanentes conflictos y discusiones con sus compañeros de colegio, e incluso maestras, y a consecuencia de esta conducta fue suspendida algunos días del colegio; además, se mantiene aislada de este contexto respecto a las relaciones interpersonales con los mismos; y no se siente interesada en entablar o vincularse. Por otro lado, mantiene una relación de enamoramiento altamente conflictiva, con frecuentes disputas.

### **3.2 EVALUACIÓN**

La evaluación se dirigió fundamentalmente a obtener información detallada para identificar la naturaleza e inicio de los problemas de la paciente; así como, duración, intensidad y otros factores, con el propósito de elaborar el modelo explicativo de las conductas y aplicar posteriormente el plan de intervención:

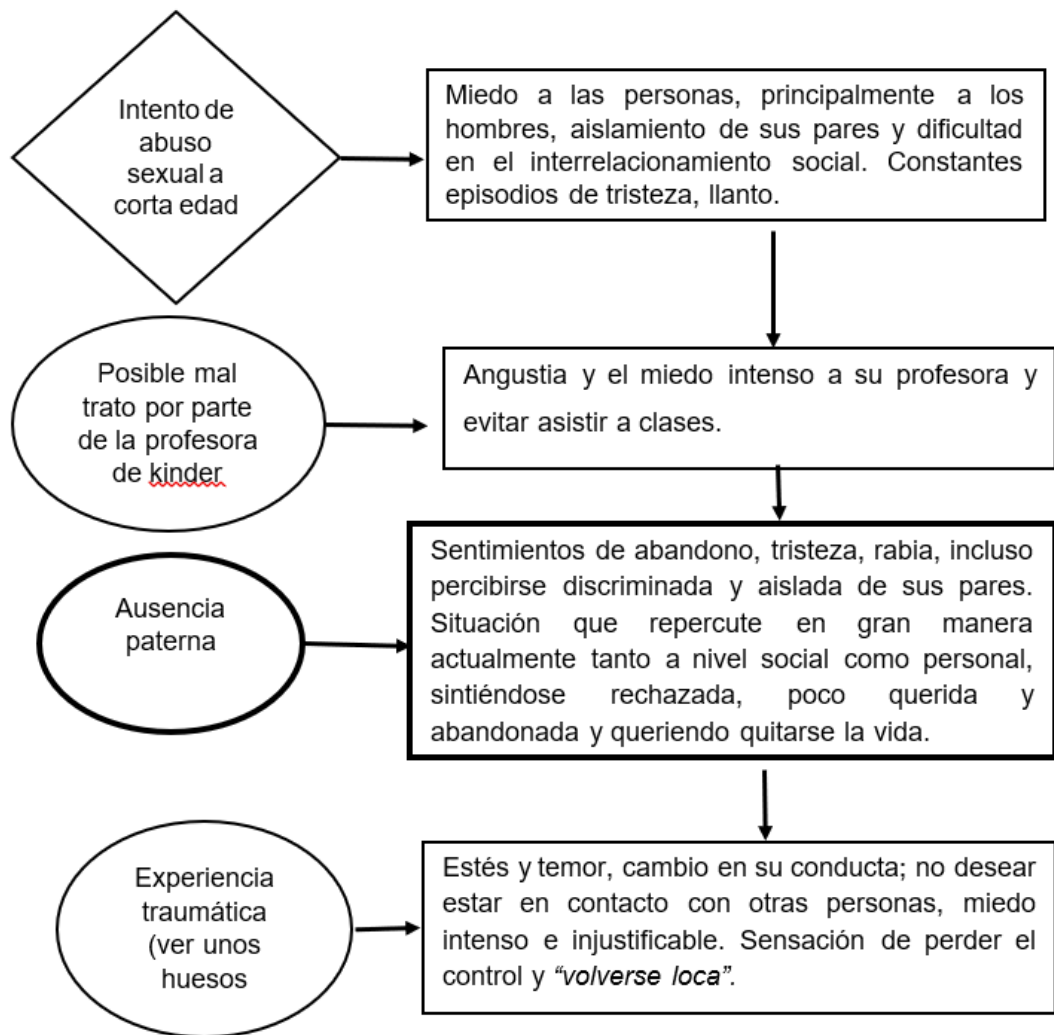
Al tratarse de una persona menor de edad y con el fin de mantener la intervención dentro de un marco ético-deontológico, se solicitó consentimiento de la madre de la paciente, para que su hija realice la intervención terapéutica y para que su caso sea propuesto para el presente estudio. (Anexo 1-Consentimiento informado).

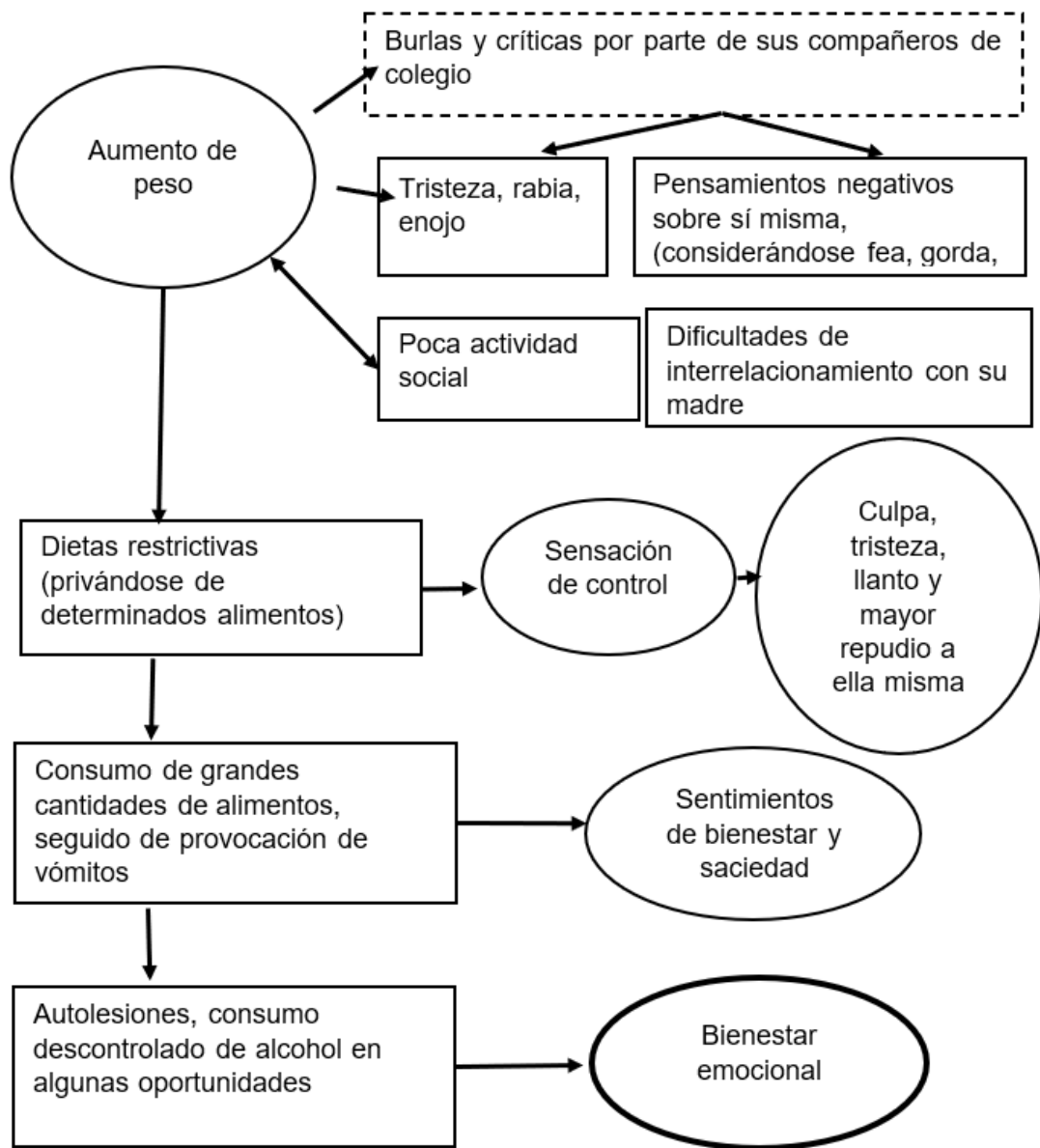
#### **3.2.1 Análisis funcional e Hipótesis explicativa**

Las principales variables que estimulan la aparición y mantenimiento del problema, son las siguientes:

- *Variables desencadenantes*
  - Antecedentes remotos

Determinados acontecimientos y situaciones importantes en la historia de la paciente, tuvieron indudablemente un comienzo en su niñez y son considerados relevantes en el origen de los problemas actuales.

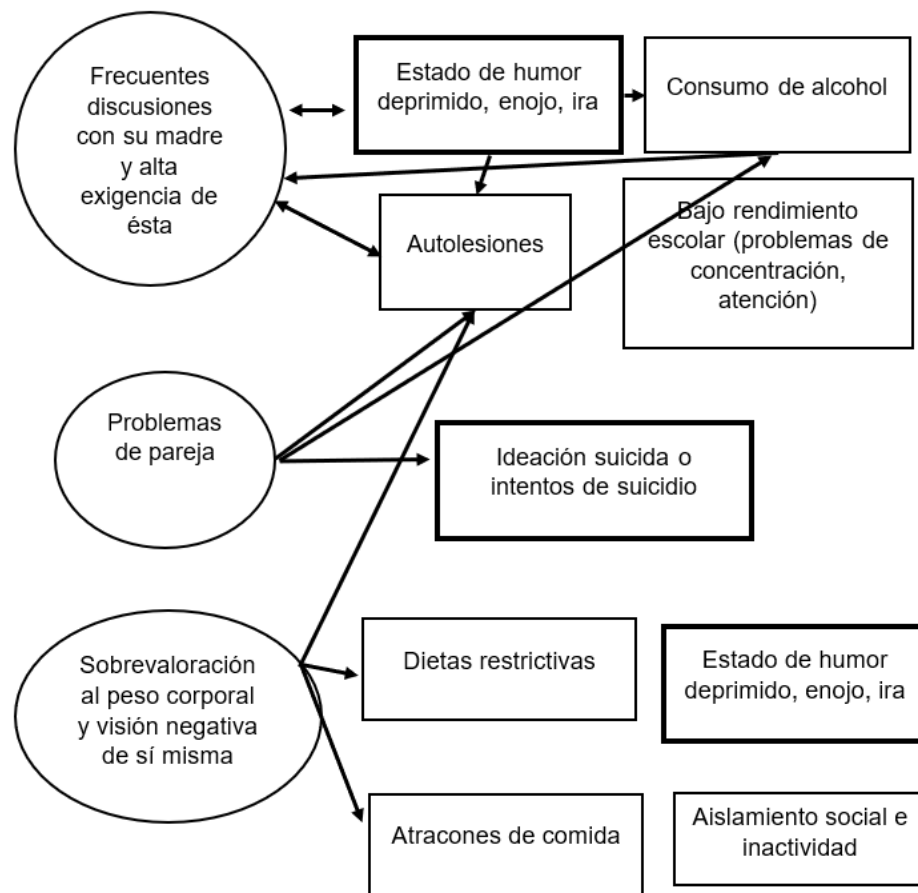




**Figura 3: Gráfico de análisis funcional de la conducta**

- *Antecedentes Inmediatos*

Las variables inmediatas que tienen una relación directa con la sintomatología actual y mantenimiento de conductas desadaptativas son:



**Figura 4: Gráfico de análisis funcional de la conducta**

#### - Conductas problema

- Motoras y fisiológicas

En la paciente se advierte un decaimiento, debilidad y cansancio físico, enlentecimiento motor y verbal, causando una mayor inactividad física, falta de deseo de realizar algún tipo de actividad y estar en contacto con otras personas, además de intensas ganas de dormir y somnolencia gran parte del día, e insomnio en las noches, interfiriendo significativamente en todos los ámbitos de su vida, entre ellos de manera particular, su rendimiento escolar.

De igual manera, en determinados momentos, presenta excitación física y la alta activación fisiológica (gritos, llanto, enojo), intensa alegría, euforia. Ingesta descontrolada de alimentos, en algunas ocasiones consumo de alcohol, cortes en el antebrazo. Estas conductas, constituyen para la paciente una forma de desahogo, bienestar y alivio momentáneo, incluso alegría y deseos de bailar; pero son

seguidas de un estado de ánimo decaído y una disminución de esta activación, volviéndose repetitivas en el transcurso del día y del tiempo.

- **Cognitivo**

A nivel de procesamiento de la información, la paciente tiene intensos pensamientos negativos de sí misma, respecto a diversos ámbitos, así como; su imagen corporal y estética, sus capacidades intelectivas, sociales entre otros; también tiene un pensamiento perseverante respecto a sentirse abandonada, menospreciada e indigna de afecto. Atribuyendo muchos de sus problemas a estos sentimientos de abandono que refuerzan su pensamiento de no ser digna de ser amada, y la percepción negativa de sí misma; además de constituirse una carga para su madre y otras personas de su entorno cercano. Los pensamientos de culpa son intensos, ideas de ser inaceptable y distinta a los demás. Tiene una actitud despectiva y punitiva respecto a sí misma, generando emociones negativas que no es capaz de tolerar, y una gran sensación de vacío.

Los errores de su pensamiento o distorsiones cognitivas que presenta, están referidos a un pensamiento dicotómico en el que tiende a evaluar sus experiencias o relaciones con los demás en términos de categorías mutuamente excluyentes, (sus compañeros son malos y no le interesa entablar una relación con los mismos, las mujeres delgadas son más simpáticas y aceptables, ella se percibe como totalmente fea y desagradable); estos pensamientos le ocasionan cambios abruptos en su estado de ánimo

- **Emocional**

Ante la intensidad de sus emociones, variabilidad de las mismas (tristeza, llanto, enojo, ira, vergüenza, euforia, alegría) y la intolerancia de estas; junto con los pensamientos negativos, la paciente realiza una serie de comportamientos impulsivos que le proporcionan un alivio momentáneo; sin embargo, poco después, la paciente se siente culpable y triste por haber realizado estas conductas, lo que incrementa la sensación de vacío inicial.

De igual manera, la paciente se siente invalidada e incomprendida por su padre y su madre, lo que genera en ella sentimientos de vacío, y malestar.

- **Consecuentes**

- **Consecuentes a corto plazo**

Las consecuencias a corto plazo están estrechamente relacionadas con la incapacidad de regular adecuadamente sus emociones y las conductas impulsivas como forma de regular las mismas, las cuales inicialmente le resultan muy reforzantes a corto plazo, además de constituirse una forma de escape a determinadas situaciones consideradas aversivas; generando primeramente un gran bienestar, sentimientos de plenitud, desahogo, en el caso de la conducta alimentaria, saciedad en la ingesta excesiva de alimentos (fritos, arroz, pasta, dulces, chocolates), no obstante, después se intensifican los sentimientos de culpa, vergüenza, tristeza y malestar general. Mismos que afectan la vida, funcionalidad y relacionamiento social de la paciente.

Estas conductas facilitan un importante reforzamiento negativo, ayudando a disminuir o eliminar un estado de apatía, malestar, y funcionando como una forma de desahogo de su estado de ánimo cambiante. Tanto las conductas impulsivas como sus distorsiones cognitivas obtienen un importante reforzamiento. Más aún, si son utilizadas como una forma de regular o controlar sus emociones.

Todas estas conductas suponen para la paciente una pérdida de actividades gratificantes, déficit en habilidades sociales e interacción social, miedo intenso a ser rechazada y criticada negativamente.

- **Consecuentes a medio-largo plazo**

A medio y largo plazo, las consecuencias de sus conductas problemas pueden resultar más negativas: desde consolidar un intento de suicidio, mantener la sintomatología depresiva, perder el control de las conductas autolesivas, de la ingesta alimentaria, el consumo de alcohol; ocasionando mayores problemas y consecuencias psicofísicas, con mayor inestabilidad emocional, sentimientos de inutilidad o incapacidad, baja autoeficacia y autoestima, deterioro de las relaciones interpersonales y carencia de afrontamiento. En el ámbito educativo, el posible absentismo y abandono de éste.

**Tabla 12: Análisis funcional de las conductas**

Antecedentes	Tipo de respuestas			Consecuencias
<p><b>Remotos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandono por parte del padre</li> <li>• Intento de abuso sexual</li> <li>• Aumento de peso</li> </ul> <p><b>Inmediatos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación distante con el padre (falta de</li> </ul>	Cognitiva	Fisiológica y Motora	Emocional	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestabilidad emocional</li> <li>• Soledad y desesperanza</li> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Problemas de relacionamiento social</li> <li>• Inactividad</li> <li>• Ausencia de actividades gratificantes</li> </ul>
	<p>Pensamientos negativos de sí misma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No sirvo para nada</li> <li>• Soy fea</li> <li>• Desagradable</li> <li>• Soy gorda</li> <li>• Soy menos inteligente que mis compañeros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decaimiento</li> <li>• Debilidad y cansancio físico</li> <li>• Sudoración en las manos</li> <li>• Sensación de ahogo</li> <li>• Inactividad física</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Somnolencia en el día</li> <li>• Atracones de comida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza</li> <li>• Llanto</li> <li>• Sensación de vacío</li> <li>• Ataques de ira</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Alegría, euforia</li> <li>• Intolerancia</li> </ul>	

<p>compromiso y responsabilidad en su rol paterno)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discusiones con la madre y expectativas altas en relación a su rendimiento</li> <li>• Discusiones e infidelidad con el novio</li> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Déficit en el interrelacionamiento social- conflictos con compañeros y profesores</li> <li>• Bajo rendimiento escolar</li> <li>• Perfeccionismo auto orientado (autoevaluación estricta, negativa y estándares personales muy elevados,</li> </ul>	<p>Pensamientos irracionales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Soy una carga para los demás</i></li> <li>• <i>Lo mejor sería que esté muerta</i></li> <li>• <i>No soy digna de que nadie me quiera</i></li> <li>• <i>Nadie me quiere</i></li> <li>• <i>Todo lo que hago, lo hago mal</i></li> <li>• <i>Mi apariencia es asquerosa</i></li> <li>• Desesperanza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provocación de vómitos</li> <li>• Cortes en el antebrazo</li> <li>• Intentos de suicidio</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Excitación física</li> <li>• Enlentecimiento motor y verbal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intentos de suicidio</li> <li>• Pérdida del año escolar</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>A largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumar los intentos de suicidio</li> <li>• Daño físico</li> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Baja autoeficacia y autoestima</li> <li>• Pérdida de control de las conductas</li> <li>• Abandono de estudios</li> <li>• Trastorno Límite de la Personalidad</li> <li>• Relaciones sociales altamente conflictivas</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Desde la teoría biopsicosocial, a partir de la evaluación realizada a la paciente, se determina que la misma presenta una variabilidad e intensidad emocional (Criterio 6 del DSM-5), demostrando una gran sensibilidad a determinados acontecimientos y/o pensamientos; y retornar a un estado de tranquilidad está asociado con la realización de conductas impulsivas, como cortarse el antebrazo, pellizcarse, beber alcohol o comer descontroladamente.

El abandono sufrido por parte de su padre, las constantes críticas, sobreexigencias, indiferencia, gritos, falta de comprensión de sus problemas de su madre y las burlas de sus compañeros sobre su aspecto físico y su condición de hija de madre soltera, y el intento de abuso sexual sufrido en su infancia, son vivencias consideradas como invalidantes (Criterio 2).

La paciente invalida, rechaza y subestima sus características personales, tanto con pensamientos considerablemente negativos respecto a sí misma, así como conductas como una rígida de restricción alimentaria para bajar de peso.

Por un lado, la conducta autolesiva, los intentos de suicidio, los deseos de morir (Criterio 5), la desesperanza, los problemas de la conducta alimentaria, el consumo de alcohol y la impulsividad responden a determinadas situaciones ocurridas o precipitantes y un pensamiento negativo, que ocasionan una intensa y variable respuesta emocional, y la intolerancia a ésta, misma que podría ser entendida como parte de la vulnerabilidad biológica (Criterio 4).

Desde el punto de vista conductual, estímulos antecedentes (discusiones con su madre, novio, compañeros de colegio, pensamientos negativos y otros) desencadenan conductas desadaptativas (intentos de suicidio, cortes en el antebrazo, ingesta de alimentos con muchas calorías y provocación de vómito, consumo de alcohol), mismos que están direccionados por una intensa desregulación de las emociones. Y el hecho de obtener atención, ayuda y cuidado después de estas conductas, hace que ésta sea reforzada y mantenida.

Por tanto, en la paciente se identifica como variables funcionales, una concepción negativa de sí misma, inadecuada regulación de las emociones, déficit en habilidades sociales y la falta de habilidad en la solución de problemas, lo que conlleva conductas impulsivas (intentos de suicidio, cortes en el antebrazo, atracones de comida seguidos de

conducta compensatoria, consumo de alcohol), antecedidas de variables desencadenantes como ser: problemas o discusiones con su madre, novio, compañeros de colegio; o pensamientos de inadecuación y sentirse abandonada.

### **3.2.2 Diagnóstico**

Según la información obtenida mediante las entrevistas, cuestionarios y autoregistros, se determina la presencia de un diagnóstico, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM-5:

- Trastorno de la Personalidad Límite, 301.83 (F60.3)
- Bulimia Nerviosa, 307.51 (F50.2)

#### **3.2.2.1 Explicación**

La paciente presenta inestabilidad emocional, si bien esta puede considerarse como una respuesta acorde a la etapa de desarrollo en la que se encuentra-adolescencia, la evaluada presenta una intensidad y variabilidad emocional (disforia, irritabilidad, ansiedad), que se encuentran vinculadas con conductas desadaptativas como conductas autolesivas e intentos de suicidio, de igual manera, presenta relaciones personales inestables, sentimientos de vacío, impulsividad (atracones de alimentos y episodios de consumo de alcohol), dificultad para controlar la ira. Por tanto, cumple los criterios del DSM-5, para el Trastorno de la Personalidad Límite.

Las personas con Trastorno de la Personalidad Límite, pueden presentar síntomas depresivos, y en este caso, la paciente, los manifiesta, con un ánimo depresivo, frecuente ganas de llanto, reducción de actividades e intereses, ideación suicida, estos síntomas son persistentes durante más de 6 meses, afectando la funcionalidad de la paciente; así también, tiene un consumo de alcohol descontrolado en algunas ocasiones, no obstante, la intensidad de éstas son minimizados con conductas impulsivas compensatorias como autolesiones, atracones de comida, entre otros.

La comorbilidad entre el Trastorno de la Personalidad Límite y la Bulimia Nerviosa es frecuente, la paciente ingiere grandes cantidades de alimentos en un periodo limitado de tiempo, lo que se denomina atracones, teniendo la sensación de pérdida de control al comer y posteriormente, manifiesta pensamientos de culpa, autorechazo, miedo a

engordar, y provoca el vómito. Asimismo, la paciente tiene una idea sobrevalorada sobre la apariencia física o estética.

### **3.3 TRATAMIENTO**

El presente tratamiento se encuentra guiado por el modelo Cognitivo Conductual y dentro de éste, la Terapia Dialéctica Conductual, como se indicó anteriormente, es el *tratamiento mejor estudiado y sobre el que existen más datos de eficacia clínica positiva* (Linehan 1993; Aramburu, 1996) dedicada específicamente al Trastorno de la Personalidad Límite; por tanto; teniendo esto como base, el presente, se organizó en las siguientes etapas:

#### **3.3.1 Etapa de pre-tratamiento**

Esta etapa inició desde el primer contacto con la paciente y su madre, se dirigió a obtener información detallada, a través de distintos métodos y técnicas de recogida de información, y los objetivos a alcanzar en esta etapa fueron los siguientes:

- Establecer la relación terapéutica
- Recoger información de los problemas que presenta la paciente; su inicio, desarrollo, afectación y consecuencia de estos problemas;
- Orientar a la paciente y su madre hacia el tratamiento
- Motivar la adherencia al tratamiento y cambio
- Jerarquizar las conductas a tratar.
- Consolidar una alianza terapéutica

Para cumplir esos objetivos, se realizó una *evaluación psicológica*, misma que fue descrita anteriormente

Para entablar la relación terapéutica, ésta se centró en la escucha activa y la validación de los pensamientos, sentimientos y conductas de la paciente, además se consideró la etapa evolutiva por la que atraviesa la misma, explicando a la paciente y a su madre que algunas conductas son entendibles desde esta etapa. También se empezó a trabajar el control de conductas que pudieran interferir en el tratamiento y la relación, como la puntualidad en las sesiones y la realización de la ficha de Registro Diario.

Con toda la información obtenida, se dio a conocer los resultados de la evaluación y se explicó funcionalmente la incidencia de las conductas problemáticas (análisis funcional de las conductas problemáticas), y modelo explicativo a la paciente y su madre; además

de orientar sobre las características de este problema, el tratamiento existente y los beneficios del mismo, para lo cual se realizó lo siguiente:

1. Al tratarse de una adolescente que aún se encuentra su personalidad en proceso de desarrollo, y evitar etiquetas en la misma; como diagnóstico abordado, frente a la paciente y su madre se utilizó la terminología; “*déficit e inhabilidad en la regulación de sus emociones*”, teniendo como fundamento la teoría biopsicosocial, propuesta por Marsha Linehan, y no así, el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.
2. Se orientó a la paciente y a su madre, respecto a la existencia de un tratamiento eficaz para el abordaje de los síntomas y conductas desadaptativas que presenta la paciente, como es la Terapia Dialéctica Conductual (teoría biosocial, dialéctica de aceptación y cambio) y que con ésta se pretende o espera eliminar y/ o disminuir la impulsividad y tomar control sobre la conducta porque existen conductas, emociones y pensamientos que se deben disminuir y otros que deben aumentar (motivar). También se resolvió las expectativas y dudas de la paciente y la madre respecto a las características y formato del tratamiento, cuáles fueron:
  - Duración de un año
  - Dos sesiones por semana; de una hora de duración cada una; se programó estas dos sesiones por semana debido a que la Terapia Dialéctica Conductual se apoya en dos espacios; la terapia individual que es el eje central de la intervención y la terapia grupal; si bien, en el presente caso no se trabajó grupalmente, en las sesiones destinadas a ésta, se enseñaron diferentes habilidades propias de la Terapia Dialéctica Conductual. Las sesiones fueron acordadas de la siguiente manera: durante los primeros 8 meses dos veces por semana, posteriormente una vez a la semana por el tiempo de dos meses y finalmente una sesión cada quince días, por un período de dos meses, hasta completar el año de tratamiento.
  - También se indicó sobre la realización de sesiones conjuntas con la madre y en caso de ser necesario se informó que se requerirá a la madre para sesiones individuales.
3. Una vez manifestado el deseo de la paciente de realizar el tratamiento, juntamente con ella se establecieron los objetivos terapéuticos, que se indican posteriormente.

4. Se realizaron distintos acuerdos y compromisos entre ellos: asistir puntualmente a las sesiones; en caso de presentarse algún problema o se prevé que la paciente pueda llegar tarde o no asistir, debe comunicar anticipadamente la situación, vía telefónica. Por otra parte, dentro del modelo de tratamiento a seguir como un componente de éste, se encuentra el “contacto telefónico” entre terapeuta y paciente, con el objetivo de dar al paciente la oportunidad de reducir las conductas o ideación suicidas, y desadaptativas que le sirven para regular su estado emocional; también enseñarle al paciente cómo pedir ayuda en formas más adaptativas, facilitar la generalización de habilidades aprendidas en el contexto terapéutico hacia contextos cotidianos y cuando sea necesario, proveer la oportunidad de reparar la relación terapéutica (Lencioni y Gagliesi, 2008). Dándose a conocer a la paciente esta forma de intervención.  
En este caso, se acordó con la paciente que al momento de experimentar o existir situaciones de crisis (emociones intensas) o de posible riesgo de realizar alguna conducta que no pueda controlar ella misma, podrá efectuar el contacto telefónico o vía WhatsApp; para esto se establecieron algunas reglas como; realizar este contacto telefónico antes de llevar a cabo alguna conducta impulsiva o problemática, y se convino un horario para ello (en el transcurso del día, hasta las 22:00 horas, estos acuerdos fueron realizados tanto con la paciente como con la madre.
5. Respecto a la confidencialidad, se llegó a un compromiso con la paciente, en caso de existir situaciones o conductas que pongan en riesgo su vida o sean de vital importancia, expresadas en las sesiones y que la madre desconozca, se informará a la misma.
6. Por otra parte, se explicó la necesidad de continuar con los autoregistros, durante la etapa de tratamiento, y también la posterior aplicación de los inventarios de autoinforme para poder valorar los cambios que se pudieran observar a partir del tratamiento y durante el mismo.
7. Finalmente, se estableció la necesidad de volver a tener una sesión al cabo de 12 meses de concluida la intervención para aplicar los instrumentos y poder valorar los cambios ocurridos en ese lapso de tiempo.

Cabe resaltar que, desde el comienzo de esta etapa, hasta la conclusión de la intervención, se entabló con la paciente una relación terapéutica positiva, y la misma demostró interés, puntualidad, responsabilidad en el llenado de los autorregistros y tareas para la casa; también, respeto y compromiso; aspectos que favorecieron a todo el proceso terapéutico. En la retroalimentación por parte de la paciente, manifestó el deseo que tenía de hablar con alguna persona y expresar sus emociones y problemas sin sentirse juzgada ni criticada, y encontró esto en la terapia, además de sentirse muy a gusto.

### 3.3.2 Tratamiento

En el presente caso, al tratarse de una adolescente se consideró el programa de tratamiento Dialéctico Conductual propuesto y adaptado por Rathus y Miller para esta población, mismo que está orientado a:

- Disminuir las conductas suicidas y autolesivas, que suponen un peligro vital inminente
- Disminuir los comportamientos que interfieren con la terapia
- Disminuir los comportamientos que tienen consecuencias en la calidad de vida de la paciente
- Incrementar las habilidades de comportamiento.

Utilizándose también técnicas y estrategias de modelo Cognitivo-Conductual. El programa se extendió a lo largo de 70 sesiones, de una hora de duración, organizadas en las modalidades de terapia individual y enseñanza de habilidades.

La primera modalidad de intervención fue la **terapia individual** y el objetivo de esta consiste en aumentar la motivación de la paciente en el proceso y enfocar las habilidades en los problemas más significativos; para esto, se utilizaron técnicas de la Terapia Dialéctica Conductual y del Modelo Cognitivo Conductual; las sesiones de esta modalidad fueron estructuradas en un formato propio de la terapia cognitiva conductual, y se consideró como referencia lo establecido por Judith Beck (2000), las mismas fueron divididas en las siguientes fases:

**Tabla 13: Formato de sesiones de la terapia individual**

<b>Temas a tratar</b>	<b>Duración</b>
1. Breve actualización y control del estado de ánimo en base al registro diario,	5 Min.
2. Revisión de la sesión anterior,	5 Min.
3. Planificación de la sesión,	10 Min.
4. Revisión de la tarea para el hogar y/o autoregistros,	10 Min.
5. Conversación sobre los temas planificados, asignación de nuevas tareas para el hogar, síntesis periódicas y	20 Min.
6. Resumen final y retroalimentación.	10 Min.

Fuente: Beck, J. (2000)

Dentro de esta etapa, otra modalidad de intervención propia de la Terapia Dialéctica Conductual fue el **entrenamiento en habilidades**, realizado de manera individual y también se trabajó con la madre de la paciente en algunas sesiones.

Finalmente, las **consultas telefónicas** se realizaron con el fin de brindar ayuda ante las conductas problemas y generalizar las habilidades aprendidas, para la realización de estas consultas telefónicas previamente se establecieron reglas (descritas anteriormente).

Debido al gran número de sesiones realizadas, en el presente caso, no se desarrollará sesión por sesión, la descripción del mismo será en función a los objetivos jerarquizados planteados y a las estrategias de intervención utilizadas.

### **Objetivos y Desarrollo de la Terapia Individual**

La terapia individual se orientó en aumentar la percepción de validación de la paciente, así como su motivación y compromiso para cambiar las conductas problemas, intentando reemplazar por otras más adaptativas y así promover una actitud de colaboración y cumplimiento con las sesiones; además de consolidar una alianza terapéutica que inició de manera positiva en evaluación y la etapa de pretratamiento; para esto se plantearon los siguientes objetivos:

1. Aumentar la adherencia y motivación para la terapia
2. Disminuir o eliminar las conductas e intentos suicidas, y las conductas autolesivas.
3. Mejorar las habilidades de autoregulación emocional
4. Disminuir los errores o distorsiones cognitivos
5. Mejorar las habilidades de resolución de problemas
6. Mejorar las habilidades interpersonales
7. Reducir el número de atracones
8. Reducir el número de conductas compensatorias dirigidas a la pérdida de peso (vómitos autoinducidos y dietas restrictivas)

### **Objetivo 1: Aumentar la adherencia y motivación para la terapia**

Para cumplir este objetivo, como determina Linehan (1993) se brindó información necesaria sobre las características de las conductas problemáticas, el tratamiento y qué se debe esperar del mismo, por tanto, se utilizó la siguiente estrategia:

#### **- Psicoeducación**

Según Pechón (2002), citado por Apfelbaum S. y Gagliosi P. (2004) la psicoeducación es una herramienta que, además de brindar información valiosa, tanto a los pacientes como a sus familiares, permite adquirir cierta sensación de dominio sobre un proceso vivido como caótico y aparentemente ingobernable; de la misma forma, Linehan (1993) es importante brindar toda la información necesaria sobre qué se debe esperar del tratamiento.

Esto ayudó a la paciente a disminuir la incertidumbre y a entender lo que le sucede, considerándose anteriormente una persona “rara” y desesperanzada, debido al pensamiento de que nada podría ayudarla; incrementando esto su motivación para realizar la terapia, además de validar y aceptar su conducta, pensamientos y emociones, donde la paciente expresó, no sentirse criticada o desvalorizada por su conducta. Esta psicoeducación se realizó en todo el proceso de intervención ante diferentes situaciones o conductas.

**Objetivo 2: Disminuir o eliminar las conductas e intentos suicidas, y las conductas autolesivas.**

Según la Terapia Dialéctica Conductual, un objetivo prioritario es la disminución o eliminación de las conductas e intentos suicidas y las conductas autolesivas (Linehan, 2003), por tanto, respecto a determinadas conductas que implicaban un riesgo para la vida de la paciente, se plantearon las siguientes acciones:

**- Plan de crisis:**

Frente al constante pensamiento suicida y los recurrentes cortes en el antebrazo; expresados en las sesiones y en el registro diario; juntamente con la paciente se elaboró este plan para abordar las **conductas e intentos suicidas, y las conductas autolesivas**, considerándose que esta etapa, fue donde mayores situaciones de crisis existieron. Previamente, cuando la paciente manifestaba o demostraba un estado de crisis, en las sesiones se realizó un análisis funcional de el/los problemas/s ocurridos, considerando las respuestas ambientales, emocionales y cognitivas, así como, de las acciones manifiestas que llevaron a la conducta suicida o autolesiva.

El plan de crisis estaba integrado por algunas estrategias:

- **Explorar el problema:** la paciente debía identificar los principales eventos precipitantes de la crisis, a través de una descripción concreta y específica de lo sucedido (qué sucede antes y después del evento precipitante).
- **Cuantificar la intensidad de la emoción e identificar los pensamientos:** por medio del termómetro de las emociones, la paciente debía medir la intensidad de la emoción, además de registrar lo primero que le venía a la mente.
- **Buscar soluciones:** a través de la enseñanza de habilidades podría recurrir a éstas (se describen posteriormente), o a buscar distintas estrategias conductuales, como técnicas de relajación, respiración, realización de actividades gratificantes.
- **Buscar ayuda:** si la paciente por sí misma no pudiera lograr un estado de calma y no realizar estas conductas, se instruyó que debía buscar ayuda, y esto de dos maneras, la primera, con su madre u otra persona que considere de su confianza, en este caso fue su prima; y la segunda, a través de la psicóloga mediante el contacto telefónico.

En relación al contacto telefónico, se siguió las recomendaciones realizadas por Gagliesi y Lencioni (2008), quienes indican que el contacto telefónico debe ser breve, no más de 20 minutos, directivo y enfocado en el uso de habilidades, evitando que la asistencia telefónica se convierta en una charla cálida y contenedora que refuerce la aparición de las crisis a cambio de atención y contención, y no se quiere que el llamado refuerce la aparición de conductas desadaptativas.

Este plan de crisis fue realizado en cinco oportunidades, teniendo como ejes temáticos, la relación conflictiva y discusiones intensas con su madre y su enamorado, su bajo rendimiento escolar. Una vez explorado los problemas, la paciente buscó distintas posibilidades de soluciones. Al elaborar el plan de crisis se recomendaron medidas de seguridad, como; tener bajo estricto control o eliminar objetos letales como estiletes, hojas de afeitar, medicamentos, u otras sustancias peligrosas; y que su madre esté expectante a su estado emocional y su conducta.

#### - **Técnicas conductuales-cognitivas**

Ante la presencia de determinadas conductas desadaptativas se recurrió a la enseñanza de las siguientes técnicas conductuales:

##### o **Control e higiene del sueño**

Esta técnica se trabajó conjuntamente con la de resolución de problemas. La paciente manifestó, el insomnio como un problema importante que influía en su estado de ánimo y físico, la relación con su madre, incluso en su rendimiento escolar. Ante lo cual, se le pidió que realice un registro de su patrón de sueño y de las actividades previas y posteriores a la hora de dormir, además se realizó un análisis funcional de la conducta y se conoció los siguiente:



**Figura 5: Gráfico de análisis en cadena**

Para tratar este tema, se citó a la madre y se comentó sobre el registro realizado por su hija. Seguidamente, se enseñó medidas de higiene del sueño que permitan controlar las dificultades de conciliar el sueño, situación que generaba un estado de ánimo irritable, poca concentración, cansancio y somnolencia en el día. Para esto, se sugirieron las siguientes medidas y se llegaron a los siguientes acuerdos:

- La paciente una vez que llegue del colegio debía consumir alimentos más saludables y menos estimulantes o altos en carbohidratos (té, café, gaseosas, galletas dulces y otros); tanto madre e hija acordaron en realizar un menú para que la paciente consuma alimentos saludables.
- Durante el día, igualmente debía realizar una dieta equilibrada,
- No dormir la siesta,
- Realizar alguna actividad física,
- Al llegar del colegio podría descansar, y realizar alguna actividad fijada en una lista de actividades gratificantes.
- Por su parte, la madre indicó que en la noche no podría usar el teléfono celular, debido que el hablar con su enamorado hasta altas horas le causaba mucho malestar; regla que la paciente indicó no gustarle pero que sí acataría, porque era evidente que esa situación alteraba su sueño.

- La paciente pidió a su madre que no entre gritando y golpeando la puerta de su dormitorio de manera brusca para despertarla, porque eso le generaba mucha irritabilidad seguido de fuertes discusiones, manifestando que ella pondría la alarma de su despertador en un lugar alejado de su cama y que una vez levantada entraría inmediatamente a la ducha.
- Por otra parte, se explicó la importancia de las técnicas de respiración y relajación, que se describen a continuación.

- **Técnicas de respiración y relajación**

Se enseñó y practicó las técnicas de relajación progresiva y respiración profunda o diafragmática, para ser utilizada principalmente, ante las dificultades para conciliar el sueño, nerviosismo en los exámenes, y otros donde exista una alta activación fisiológica y emocional. El transcurso de la terapia en las sesiones de enseñanza de habilidades, se instruyó y practicó técnicas de mindfulness o conciencia plena que se describen posteriormente.

Estas técnicas la ayudaron a conciliar el sueño y ante el nerviosismo en los exámenes, también para disminuir la intensidad de algunas emociones como enojo, ira, llanto; la paciente atribuyó a estas técnicas gran importancia y su práctica fue regular hasta la conclusión del tratamiento.

- **Control y programación de las actividades**

Se tuvo como base el registro que la paciente realizó para controlar su patrón de sueño, se pidió que complementara el mismo con las demás actividades diarias, (véase Cuadro No. 3) evidenciándose muy pocas actividades gratificantes y físicas, es así que se realizó juntamente con la paciente una lista de actividades gratificantes que ella tenga dominio o desee empezar a realizar (Cuadro 4).

**Tabla 14: Autoregistro de actividades**

<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>	<b>Día 1</b>	<b>Día 2</b>	<b>Día 3</b>	<b>Día 4</b>	<b>Día 5</b>	<b>Día 6</b>	<b>Día 7</b>
<b>7-10</b>	Dormir	“	“	“	“	“	Dormir	Dormir
<b>10-11</b>	Dormir/higiene personal	“	“	“	“	“	Dormir	Dormir
<b>11-12</b>	Tarea del colegio/ordenar o alguna actividad de la casa	“	“	“	“	“	Dormir/hacer alguna actividad e limpieza	Dormir/cocinar
<b>13-14</b>	Almorzar/dormir	“	“	“	“	“	Almorzar	Almorzar
<b>15-16</b>	Ir a clases	“	“	“	“	“	Dormir	Dormir
<b>17-18</b>	Ir a clases	“	“	“	“	“	Dormir/hacer tareas/tomar te	Hacer tareas/lavar ropa ordenar su dormitorio o casa
<b>19-20</b>	Clases/pasear o verse con el novio	“	“	“	“	“	Visitar a su prima	ordenar su dormitorio o casa
<b>21-22</b>	Cenar/ver televisión/chatear	“	“	“	“	“	Ir a pasear/cenar	Descansa/cenar/encotrarse con el enamorado
<b>22-23</b>	Chatear	“	“	“	“	“	Chatear	Ver televisión

<b>0-1</b>	Chatear	“	“	“	“	“	Chatear	Ver televisión/chatear
<b>2-3</b>	Chatear/intentar dormir/escuchar música	“	“	“	“	“	Chatear/intentar dormir/escuchar música	Ver televisión/chatear
<b>4-5</b>	Dormir	“	“	“	“	“	Dormir	Dormir
<b>6-7</b>	Dormir	“	“	“	“	“	Dormir	Dormir

**Tabla 15: Autoregistro de actividades gratificantes**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>SATISFACCIÓN (0-10)</b>	<b>DOMINIO (0-10)</b>
Natación	10	7
Leer	10	10
Pintar y dibujar	9	7
Bailar	8	4
Caminar y correr	7	10
Cocinar	9	7
Jugar con su perro	10	8
Tocar violín	6	3
Clases de inglés	6	5
Hablar y salir con su prima	9	8

Se explicó a la madre de la paciente la necesidad y la importancia de que su hija realice alguna actividad física, además que le resulte gratificante, resaltando que este cambio en las actividades tendría efectos favorables en su estado de ánimo. Escogiendo natación como actividad que le genera mucho placer y le ayuda a relajarse. Posteriormente, la paciente planteó su deseo de realizar otras actividades; comprometiéndose a no descuidar sus estudios y llegar puntual; acuerdo que su madre aceptó bajo determinadas condiciones. Además, pidió a su madre que pueda pagarle algunas clases particulares para mejorar su rendimiento escolar.

### **1. Técnicas de Resolución de Problemas**

Ante los diferentes problemas o conductas desadaptativas de la paciente (mencionados en los registros diarios), se usó de la técnica de resolución de problemas para controlar o disminuir los mismos. Esta técnica está diseñada para mejorar la capacidad propia de afrontamiento al abordar situaciones estresantes. En relación a determinados problemas que la paciente presenta, Nezu A., Nezu C, Lombardo E., (2006) señalan que este planteamiento considera que los actos parasuicidas y el comportamiento suicida son intentos ineficaces de resolver problemas y ofrece a los pacientes otras estrategias para resolver problemas estresantes.

En las sesiones se identificó los problemas ocurridos en la semana que tuvieron mayor afectación a nivel emocional y conductual (discusiones con la madre); de la formulación de esta problemática se tiene, por una parte, las quejas de forma permanente de la madre

respecto a su hija (dormir hasta tarde, no ayudar en las labores de la casa, incumplir horarios, entre otros). Por su parte la paciente indicó distintas conductas de su madre que le generan gran malestar.

Ante esta problemática, se sugirió a la paciente que proponga varias ideas prácticas (hablar con su mamá sobre estos problemas y explicarle que le genera malestar las discusiones), y para disminuir esto, empezaría a realizar algunas tareas; (utilizar estrategias para levantarse temprano, realizar la limpieza de su dormitorio, pedir a su madre que después de la salida del colegio pueda darle permiso para pasar un tiempo con su enamorado, llegar a la hora acordada, entre otras).

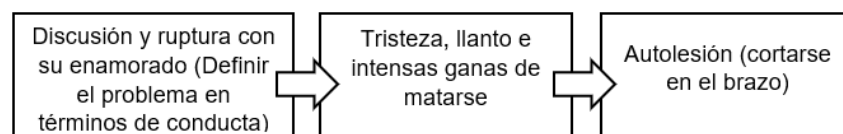
Una vez planteados los problemas y las posibles soluciones, la paciente y su madre llegaron a distintos acuerdos, plasmándose estos en una lista, además se indicó que se haría seguimiento al cumplimiento de los mismos.

Con esta técnica se trataron otros problemas como; cortarse el brazo, fue su bajo rendimiento escolar y la posibilidad de perder el curso. Para este caso, se instó a la paciente a realizar una lista de posibles soluciones.

## 2. Análisis en cadena

Es una de las principales estrategias para de resolución de problemas y tiene el fin de identificar los antecedentes y vulnerabilidad que predisponen a realizar la conducta problema. Y se utilizó de la siguiente manera:

A una sesión la paciente llegó con un estado emocional intenso e ideación suicida; inicialmente, se practicó con la misma un ejercicio de mindfulness o conciencia plena (centrarse en su respiración); lo que hizo que la paciente se tranquilizara y pudiera realizar el análisis en cadena de la situación.



**Figura 6: Análisis en cadena del interrelacionamiento social**

De acuerdo a los pasos establecidos por Linehan (2003), se logró que la paciente describiera los eventos precipitantes específicos que dieron lugar a la cadena de eventos, así también como los factores de vulnerabilidad.

Después, ante diferentes preguntas realizadas (¿Dónde, ¿qué empezó el problema?, ¿Qué estaba pasando en el momento en que el problema empezó?, ¿qué estabas sintiendo en ese momento?, ¿qué pensamientos tenías?, ¿qué tenías ganas de hacer?, ¿En qué momento te vino a la mente o te dieron ganas de realizar la conducta problema por primera vez? ¿Qué tan fuerte era el sentimiento en ese momento de una escala de 1 a 100?, ¿Qué tantas eran las ganas o la necesidad después?, Luego, ¿qué pasó?, ¿Cómo te sentiste inmediatamente después de la conducta problema?, ¿Qué hizo tu enamorado después de eso?).

Después con la paciente se generaron hipótesis o ideas de lo que está provocando y manteniendo esta conducta (cortarse el antebrazo) e ideación suicida, y la paciente llegó a la conclusión que este tipo de conductas no era una solución al problema, debido a que anteriormente ya había intentado suicidarse (queriendo lanzarse de su ventana) y lo único que había conseguido era sentirse peor, porque su madre fue la que evitó que se lanzara y sentía mucha pena y vergüenza. También identificó que la mayor angustia que sintió fue el miedo al abandono. Finalmente, se hizo una lista con lluvia ideas para buscar una posible solución, e indicó que aceptaría sus emociones y no emitiría críticas de sí misma por tener esta emoción, por otra parte, y realizaría algunas actividades gratificantes. Con esta técnica se trabajaron otros problemas que la paciente identificaba entre sesiones.

### **Objetivo 3: Mejorar las habilidades de autoregulación emocional**

Según Linehan (2003), la vulnerabilidad emocional facilita las reacciones desproporcionadas ante estímulos emocionales, y la incapacidad de modular dichas emociones les impide regularizarse y recuperar la calma. Por otra parte, Yen, Zlotnick y Costello (2002) citados en Nezu (2006) indican que los pacientes con TPL tienden a experimentar emociones de forma muy intensa, y dificultades para controlar sus respuestas afectivas. Para abordar este objetivo, la intervención se centró en controlar las emociones y reducir la activación fisiológica debido a la intensidad de las mismas; a través de la enseñanza de:

#### **1. Entrenamiento en relación y respiración**

Se utilizó durante toda la intervención, ante situaciones y expresiones emocionales diversas (nerviosismo en los exámenes, para conciliar el sueño, discusiones y pensamientos negativos).

## **2. Reconocimiento y normalización de emociones**

Mediante técnicas (diferencias y reconocer las emociones mediante imágenes, juego de roles, mediante el dibujo y termómetro de las emociones) se enseñó a la paciente a reconocer e identificar las distintas expresiones emocionales y físicas de las mismas, tanto de las demás personas como las suyas; posteriormente se enseñó a normalizar sus emociones y aceptarlas sin emitir juicios críticos de las mismas; además de comunicar la validez de las mismas y jerarquizar las situaciones que le provocan mayor activación emocional. Se pretendió también que la paciente vea como una señal anticipada para la presencia de las conductas problemáticas.

## **3. Aumentar los sucesos placenteros**

Esta técnica ya descrita anteriormente, fue utilizada también para regular las emociones, con la puesta en práctica de diferentes actividades gratificantes (Tabla 13).

Al momento de iniciar la terapia, la paciente presentaba una intensa sintomatología depresiva (Estado de ánimo triste, llanto frecuente, desgano, enlentecimiento motor, escaso interrelacionamiento social y persistente ideación suicida), utilizando esta técnica, la paciente volvió a sus clases de natación y esa fue una actividad altamente gratificante que ayudó a mejorar significativamente su estado de ánimo.

Desde esta perspectiva conductual, las estrategias que se centran en reforzar los comportamientos que implican participar en sucesos o actividades placenteras contrarrestan patrones de evitación, distanciamiento, inactividad o aburrimiento (Nezu, 2006).

## **Objetivo 4: Disminuir los errores o distorsiones cognitivos**

Ante pensamientos; *“nadie me quiere, soy un estorbo para mi mamá”, “soy gorda, panzona, jirafa y fea”, “no sirvo para nada”, “siento que no me quiere mi mamá”, “no merezco que nadie me quiera”, “estoy sola, a nadie le interesa”, “tengo miedo al rechazo”, “mis profesores me desprecian, me enseñan con odio”, “soy rara, soy la oveja negra”*; se trabajó en generar respuestas racionales para contrarrestar estos pensamientos negativos; inicialmente haciendo énfasis y reconociendo cómo esos pensamientos influyen en su estado de ánimo y su conducta, por otra parte, se realizaron algunos experimentos para contrastar estos pensamientos, como tareas del hogar. Se utilizó como

técnica principal la reestructuración cognitiva. Se describe a continuación, de manera breve, el uso de ésta en la paciente.

#### **4. Reestructuración Cognitiva**

La discusión de la validez de los pensamientos referidos, fue entorno al **dialogo socrático**, donde se guió a la paciente a analizar la situación de forma más objetiva. En un caso particular, la paciente comentó que tenía problemas con sus profesoras (percibía que éstas la odian y despreciaban), mientras que sus demás compañeros eran tratados de forma amable y respetuosa. Inicialmente, se preguntó a la paciente si eran todas/os los/as profesores de quiénes sentía ese trato y desprecio; ésta indicó que no, que era sólo con una profesora; después se preguntó, por qué creía que la profesora le trataban así y no lo hacía con sus otros compañeros. Analizando esta situación, indicó que en un par de oportunidades le llamó la atención por una tarea deficientemente realizada y ella reaccionó de muy mala manera (reclamando en voz fuerte, enojándose y haciendo gestos desagradables); asimismo, por el estado emocional decaído e irritable que atravesaba, durante las clases estaba decaída, cansada y no atendía las mismas, incluso indica haberse dormido, y un tiempo atrás fue expulsada unos días por tener una mala amistad. Y de acuerdo a lo indicado, la paciente puede percatarse que la conducta de ella influía en el trato que recibía de su profesora.

Con la misma técnica, y por medio de algunos experimentos se trabajó los pensamientos sobre su aspecto físico y apariencia, es así, clarificando que no estaba gorda o con sobre peso, como así pensaba, pero sí, manifestó su deseo de disminuir algunos centímetros el área de su estómago por medio de ejercicios, y seguir con la dieta saludable; modificando de esta manera ese pensamiento absoluto y sobregeneralizado. Además de generar una autoaceptación.

#### **5. Contacto telefónico**

La paciente hizo uso de esta estrategia en tres oportunidades. En dos de ellas se cumplió de manera positiva el objetivo del mismo, como describe Linehan (1993) se reforzó esta conducta aumentando el afecto y la calidez en las respuestas y posteriormente se pidió que describiera lo sucedido e identifique los eventos precipitantes (discusión con su novio), además se consultó si recordaba alguna habilidad aprendida, ante la negativa de la respuesta, se hizo recuerdo de la técnica del cubo de hielo, esta técnica reemplaza una

conducta desadaptativa por otra funcional (Linehan, 1993), de manera que pudiera distraerse y tener alivio, mientras esperaba que llegue una prima, con la que deseaba conversar y poner en práctica la técnica de la mente racional, frente a la emocional.

No obstante, en otra ocasión no se pudo efectuar el contacto telefónico porque la paciente ya había realizado la conducta desadaptativa (intento de suicidio) y se encontraba hospitalizada. Una vez estabilizado su estado de salud, la paciente realizó el contacto telefónico, indicando que deseaba hablar porque se sentía muy triste y deprimida. Inicialmente se hizo recuerdo a la paciente sobre las reglas del contacto telefónico, (llamar antes de cometer alguna conducta desadaptativa), también se recordó la regla de las 24 hs., que consistía que después de 24 horas de la realizar una conducta desadaptativa, en este caso el intento de suicidio, se programaría una sesión de emergencia.

Es importante resaltar, que en todas las estrategias mencionadas anteriormente se utilizó la **validación**, como una forma de comunicar a la paciente que sus conductas, emociones y pensamientos descritos tanto en el registro diario; como verbalizadas en las sesiones, tienen sentido y son entendibles en el contexto actual. El principal objetivo de la validación fue que la paciente pueda aceptar sus reacciones emocionales, decisiones, creencias y pensamientos y a partir de esto ayudarla a aprender a confiar en sus propias respuestas y reconocer que sus descripciones, respecto a su forma de ser, pensar, actuar y sentir eran autoinvalidantes y juiciosas.

## **6. Prevención de recaídas**

Se informó a la paciente la posibilidad de que la sintomatología y las conductas desadaptativas se vuelvan a presentarse, normalizando esta situación, pero también reforzando las técnicas aprendidas para hacer uso de éstas cuando se presenten estas conductas.

### **Objetivo 5: Mejorar las habilidades de resolución de problemas**

Se identificó con la paciente cada uno de los problemas actuales mismos que son antecedentes de conductas desadaptativas, para esto se utilizó la técnica de análisis en cadena para que la paciente puede definir el problema en concreto, ésta recogida de información debía hacerla con el mayor detalle, identificando la frecuencia, intensidad, duración, las consecuencias, las circunstancias que anteceden, cómo responde la paciente, entre otros.

Una vez identificado y comprendido el problema se buscaron soluciones que estén dentro el repertorio conductual de la paciente, o sean realistas, estableciendo metas a corto plazo.

### **Objetivo 6: Mejorar las habilidades interpersonales**

Uno de los mayores conflictos de la paciente, e identificados como síntomas del Trastorno de la personalidad límite fueron los diferentes conflictos de interrelacionamiento presentados, tanto con su madre, profesores, amistades, compañeros de colegio, y novio, por lo que este objetivo se trabajó exclusivamente en la fase de entrenamiento de habilidades, que se detallan posteriormente.

### **Objetivo 7: Reducir el número de atracones**

Para cumplir este objetivo, se utilizó la siguiente estrategia:

- 1. Psicoeducación:** de acuerdo a lo establecido por Fairbun (1995), se dio a conocer a la paciente respecto a los problemas físicos derivados de los atracones.

- 2. Cambios de hábitos alimentarios**

El objetivo a seguir en relación a esta problemática fue: Modificar los hábitos alimentarios y entrenar en conductas alternativas.

Se comenzó a trabajar este problema alimentario (Bulimia Nerviosa), debido a la constante incidencia de episodios de atracones de comida seguidos de provocación de

vómito (expresada en los registros diarios realizados por la paciente). De manera inicial, se explicó sobre este trastorno y las consecuencias físicas, emocionales y cognitivas; además que en la paciente esta conducta se encuentra íntimamente relacionada con su estado de ánimo y la dificultad de regular el mismo, y el pensamiento negativo y recurrente de sí misma.

Así también se indicó la importancia de modificar los hábitos alimentarios. se sugirió que la paciente debía consumir cinco raciones de alimentos diarios (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y noche), inicialmente porciones pequeñas y de alimentos permitidos por ella, para ello se realizó una lista de estos alimentos, otros que podría intentar consumir o moderadamente prohibidos y aquellos prohibidos (Tabla 14); también debía transcurrir por lo menos dos horas entre comidas para volver a comer, sin saltar ningún alimento, principalmente el desayuno, porque se identificó que la paciente no desayunaba y pasaba muchas horas sin ingerir alimentos, incluso sin almorzar, explicándole que este era un factor desencadenante para la posterior voracidad en el consumo de alimentos.

**Tabla 16: Autoregistro de lista de alimentos prohibidos y permitidos**

<b>Alimentos muy prohibidos</b>	<b>Alimentos algo prohibidos</b>	<b>Alimentos permitidos</b>
Pan		
Chocolate		
Kétchup, mayonesa,		
mostaza	Sopas	Pera
Pastas	Api	Agua
Arroz	Camote	Papaya
Condimentos	Ocas	Manzana
Huevos		Galletas de agua
Queso		
Leche		

**Objetivo 7: Reducir el número de conductas compensatorias dirigidas a la pérdida de peso (vómitos autoinducidos y dietas restrictivas)**

De igual manera, se utilizó la psicoeducación para que la paciente pueda conocer los efectos de los métodos inadecuados para controlar el peso (dietas, provocación del vómito), se realizó el autoregistro de conductas compensatorias, y se continuó trabajando con el autoregistro de alimentos prohibidos y permitidos, así también, mediante técnicas cognitivas se abordó el pensamiento rígido y distorsionado respecto a su imagen personal y peso corporal.

**3.3.3 Entrenamiento en habilidades**

Esta segunda fase de la intervención se abordó mediante los diferentes módulos que se detallan. Desde la perspectiva de la Terapia Dialéctica Conductual, los problemas de los pacientes con TPL, específicamente las autolesiones e intentos de suicidio son causados por una combinación de problemas motivacionales y conductas con déficit de habilidades (Simeon y Hollander, 2001). Por su parte, Linehan (1993) señala que todos los pacientes deben realizar el entrenamiento en habilidades.

Con base a este fundamento, se realizó dicho entrenamiento, una vez por semana, 60 minutos de duración, por el tiempo de un año; paralelamente a la terapia individual. En la primera sesión, se realizó el encuadre de las sesiones y orientó a la paciente sobre los detalles de la enseñanza o formación de habilidades, también se planteó como objetivo, aprender y mejorar las habilidades para cambiar determinadas pautas de conducta, emociones y pensamientos, asociados con los problemas (conductas problemas) que le generan malestar. Las habilidades estaban orientas a reducir: la dificultad en el interrelacionamiento social (relaciones intensas e inestables), afectos, emociones y estados de ánimo lábiles, impulsividad (conductas autolesivas, atracones de comida, consumo de alcohol) e ideas irracionales y percepción extremadamente negativa de sí misma. También de manera conjunta se marcaron las siguientes reglas:

**Tabla 17: Reglas para las sesiones de enseñanza de habilidades**

<b>REGLAS PARA LAS SESIONES DE ENSEÑANZA DE HABILIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistir puntualmente a las sesiones, en caso contrario comunicar con anticipación a la psicóloga sobre algún retraso o inasistencia. De no asistir a cuatro sesiones injustificadamente, se considera abandono de la intervención.</li> <li>• Asistir a las sesiones en estado consciente, es decir sin los efectos de un posible consumo de alcohol.</li> <li>• Pedir ayuda: en caso de existir, ideación y/o intentos de suicidio, conductas autolesivas o situaciones de descontrol emocional, la paciente debe buscar ayuda por sus propios recursos. Se consensuó el siguiente tipo de ayuda:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pedir ayuda a su madre o prima (principales figuras de afecto identificadas por la paciente).</li> <li>2. Pedir ayuda a la psicóloga (mediante contacto telefónico)</li> <li>3. En caso de estar sola y haber realizado un intento de conducta suicida, llamar a urgencias de un centro médico. (Como tarea para la casa la paciente debía conseguir el número de emergencia de dos hospitales; Santa Bárbara y Jaime Mendoza).</li> </ol> </li> <li>• Ser respetuosa con la psicóloga.</li> </ul>

A continuación, se resume los módulos que conformaron la enseñanza de las habilidades:

**Tabla 18: Módulos de enseñanza de habilidades**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>HABILIDADES (LINEHAN Y MILLER)</b>
<b>Confusión sobre uno mismo:</b> confusión acerca de las emociones, del sí mismo, disociación.	<b>Habilidades de conciencia plena</b>
<b>Impulsividad:</b> acting outs, autolesiones, agresiones, etc.	<b>Tolerancia al malestar</b>
<b>Inestabilidad emocional:</b> rápidos e intensos cambios de un humor con poco control o estado emocional continuo negativo.	<b>Regulación emocional</b>
<b>Problemas interpersonales:</b> patrón de dificultad para mantener relaciones estables, conseguir lo uno quiere o para mantener el autorrespeto; esfuerzos frenéticos para evitar el abandono.	<b>Efectividad interpersonal</b>
<b>Dilemas adolescentes-familia:</b> aceptación frente al cambio; posiciones polarizadas (adolescente frente	<b>Línea media</b>

a familia). Pensamientos, sentimientos y conductas muy polarizadas y cambiantes del adolescente.	
--------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Fuente: Linehan (1993)

Durante todas las sesiones de enseñanza de habilidades, se destinó de 5 a 10 minutos, según el estado emocional de la paciente para realizar la siguiente actividad, bajo la consigna;

- Observar la respiración en el momento presente, tal como esta se presenta sin intentar modificar o rechazar el ritmo respiratorio.
- Describir las respuestas fisiológicas y ritmo respiratorio.
- Centrar la atención al momento presente y en la actividad realizada, sin preocuparse por el futuro ni pensar en el pasado.

### **Descripción**

En la enseñanza de las habilidades, como una forma de recordar las estrategias enseñadas, se utilizaron diferentes **fichas de habilidades**, estas fichas pertenecen al programa ATRAPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia) de la Fundación Alicia Koplowitz y de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (2015), porque éstas se encontraban adaptadas para el trabajo con adolescentes.

### **Módulo 1.**

#### **1. Habilidades básicas para tomar conciencia de uno mismo**

Se explicó a la paciente que el objetivo de esta habilidad es *“aprender a tener control de la propia mente, en vez de dejar que la mente controle a uno mismo”* (Linehan, 2003).

La paciente expresó la dificultad para controlar su atención y/o concentración, sobre todo en clases porque su *“mente se encontraba en otra cosa”* o se distraía con mucha facilidad, también señaló la dificultad de dejar de pensar en las noches sobre su enamorado y los problemas por los que atravesaba. Para esto se realizó una actividad bajo la consigna de *“contemplando en silencio cómo los pensamientos y emociones vienen y van”*, que consistía que la paciente prestara atención sólo a sus sensaciones físicas o lo que se encontraba haciendo en el momento, y que en caso de perderse en sus pensamientos o su

atención se centre en otro aspecto o cosa, se insistía en dejarlos pasar como si fueran hojas secas que caen en río y volver a concentrarse en la respiración sin intentar cambiar su ritmo respiratorio y aceptar el momento tal cual se presente, independientemente de que resulte placentero o incómodo. La práctica de conciencia plena de sí misma, fue llevada a otras áreas (como tarea para la casa).

## 2. Habilidades sobre cómo hacer para adquirir mente sabia

Para la enseñanza de esta habilidad se utilizó la ficha “**distintos tipos de mente**”. La paciente identificó que mayor parte del tiempo se dejaba llevar por la mente emocional, y a partir del estado emocional intenso, realizaba determinadas conductas impulsivas, que, si bien le generaban tranquilidad y bienestar momentáneo, posteriormente, los sentimientos de culpa, vergüenza y malestar eran intensos.

Por tanto, se animó a la paciente a encontrar el equilibrio y se enseñó a observar y prestar atención únicamente a la experiencia que tiene lugar en el instante, centrarse en sus pensamientos y emociones, como si estuviera viendo las nubes pasar en el cielo. Sin rechazar éstos, sino dejarlos que pasen, aunque sean dolorosos. Una vez realizada la observación, la paciente debía describir lo observado, eligiendo palabras para las experiencias “me siento triste”, “mi respiración está agitada”, es decir debía meterse en la actividad o emoción sin preocuparse por el futuro, centrándose en el momento presente.

Para poner en práctica esta habilidad la paciente debía:

- **No juzgar ni juzgarse**, renunciar a juicios evaluativos y calificativos (buena, mala, fea, gorda, inútil, carga, despreciable, terrible, desastroso, excelente, perfecta, entre otros) tanto de sí misma como de los demás. Aceptando cada situación y hecho.
- **Una cosa vez, tanto conductas como pensamientos**, de acuerdo a Linehan (2003) esta estrategia se basa en ayudar al paciente a equilibrar sus emociones, generalmente exacerbadas y desproporcionadas, ante una situación que genera angustia en los pensamientos y razonamientos, que suelen ser catastróficos.
- **Actuar con habilidad**, se identificó las situaciones, acontecimientos y pensamientos que fueran detonantes de un intenso malestar emocional, a partir de esta lista, se instruyó y se puso en práctica, la aceptación de estos acontecimientos, pensamientos, emociones y respuestas fisiológicas como parte de su vida, y tolerar

sin pretender modificar o realizar conductas que intenten disminuir la intensidad de las emociones (cortes en los brazos, atracones de comida, consumo de alcohol).

## **Módulo 2**

### **1. Habilidades básicas para las relaciones sociales**

El objetivo de esta habilidad fue que la paciente aprenda a **Conseguir** sus **Objetivos** a través de saber comunicar, pedir, rechazar y negociar, además de mejorar efectivamente la **Relación** con las personas, y mantener o mejorar el **Respeto** hacia sí misma. En esta parte, la enseñanza se centró en desarrollar la:

- **Eficiencia en las relaciones sociales**

Se utilizaron las fichas: preliminar-Habilidades para las relaciones sociales y el acrónimo C-O-R-R-E (para sentirse bien en una relación). El eje temático de esta técnica, giró en torno a su poca capacidad de expresar sus sentimientos y hacer valer su opinión, preferencias o derechos; frente a determinadas personas, principalmente, su madre, a quién considera muy estricta, poco respetosa de su espacio personal, de su estado emocional y las sobreexigencias en el ámbito escolar (*notas sobresalientes*), higiene y limpieza del hogar (*“exageradas”*), horarios (*“rígidos”*); lo que ocasionaba grandes peleas, desobediencia por parte de ella y a su vez un alto estrés y malestar, incrementado la realización de conductas desadaptativas.

De acuerdo a Linehan (2003) el módulo de efectividad interpersonal busca ayudar al paciente a lograr ser asertivos en sus relaciones, manteniendo su respeto personal y obteniendo los cambios deseados. Para enseñar la habilidad CORRE, se utilizó como técnica el juego de roles, ante situaciones concretas que conllevan discusiones con su madre, donde la paciente practicó cada uno de los pasos de la habilidad. Y se explicó la necesidad de equilibrar obligaciones con deseos. Para esto se realizó junto con la paciente una lista de las obligaciones que considera tener y otra los deseos o derechos que tiene frente a los demás. El decir No a peticiones indeseadas. Se instó a la paciente a identificar situaciones en las que tuviera dificultad en decir no, o eran indeseadas.

Dentro de este módulo, también se enseñó habilidades para alcanzar el autorrespeto, con el acrónimo SIN PRINCIPIOS NO HAY JUSTICIA debido a las constantes verbalizaciones y pensamientos negativos que la paciente tenía de sí misma (apariencia

física, intelectual, de relaciones sociales) y la percepción de sentirse inferior o en desventaja de las demás personas. Se identificaron características propias, valores y opinión respecto a algunos temas y pensamientos, que la paciente debía defender, sin necesidad de mentir o disculparse.

Esta habilidad se practicó en las sesiones de terapia junto con el diálogo socrático, respecto a los pensamientos negativos e intensos que le generaba la relación con su padre; considerándose ella la causa para que éste no se responsabilice o cumpla su rol paterno. Por medio del diálogo socrático se logró desplazar la responsabilidad de este “abandono” a las características del padre y no así a las de ella; por tanto, se utilizó la parte del acrónico “NO DISCULPARSE POR SISTEMA (*no hay que disculparse por estar vivo, por tener opinión propia, por no coincidir con los demás*)” y SER JUSTO “*con respecto a uno mismo y a los demás*”. De esta manera, la técnica sirvió para abordar, el tema de las relaciones sexuales y lograr el autorrespeto.

En este módulo se enseñaron otras habilidades de relaciones sociales a partir de distinguir las diferentes relaciones conflictivas que tenía (madre, enamorado, compañeros de colegio, maestras). Al tratarse de sesiones individuales y no estar presentes otras personas para practicar estas habilidades, se utilizó role play, de situaciones identificadas juntamente con la paciente.

### **Módulo 3**

#### **1. Habilidades para regular emociones, pensamientos y conducta**

El objetivo de este módulo fue la regulación de las emociones, por medio de entender las propias emociones, reducir la vulnerabilidad emocional y reducir el sufrimiento emocional. Según Linehan (1993) se deben establecer determinadas habilidades de regulación emocional, para esto; inicialmente se realizó algunas sesiones de psicoeducación respecto a las emociones; enseñando a la paciente a **identificar y etiquetar sus emociones** (reforzando lo aprendido en las sesiones de terapia).

Como se indicó, en la paciente prevalecía la intolerancia hacia sus emociones intensas y la forma de disminuir o eliminar momentáneamente este malestar era a través de conductas desadaptativas; por tanto, centrarse en la emoción sin intentar terminar o evitar ésta por más dolorosa o molesta que fuese, al mismo tiempo de no juzgarlas o sacar juicios de valor respecto estas o a ella misma fue una tarea imprescindible, para esta estrategia

se utilizó la ficha **CENTRÁNDOSE EN LA EMOCIÓN-RADIOGRAFÍA DE UNA EMOCIÓN**.

Y para disminuir las conductas desadaptativas como resultado de esta intolerancia de las emociones intensas, se enseñó **HABILIDADES PARA REDUCIR LA VULNERABILIDAD**, con el acrónimo **CUÍDENSE Y SEAN POSITIVOS**, esta habilidad fue enseñada y reforzada en la terapia individual con la aplicación de técnicas conductuales como; control e higiene del sueño, técnicas de relajación y respiración, control y programación de actividades gratificantes y cambio de hábitos alimentarios. De igual forma, esta habilidad permitió abordar el problema de conducta alimentaria, el consumo de alcohol.

En este módulo, se reforzó la triada cognitiva, como base para la reestructuración cognitiva, técnica utilizada en las sesiones de terapia, teniendo como fundamento, la influencia que ejercen los pensamientos sobre las emociones. También se puso en práctica otras habilidades, como narrar de forma “descriptiva” los hechos, respuestas emocionales y pensamientos, y no dar por sentado algún pensamiento, esto, para poder ver la diferencia entre un hecho y un pensamiento; y no confundirlos. Por ejemplo, una verbalización utilizada frecuentemente por la paciente fue “*soy una carga para mi madre*” y a través de la descripción de sus pensamientos la paciente aprendió a modificar y contrastar este pensamiento, indicando “*en algunos momentos siento que desobedezco y decepciono a mi madre, pero no soy una carga*”.

#### **Módulo 4**

##### **1. Habilidades para tolerar el malestar y habilidades para sobrevivir a las crisis**

El objetivo de este módulo fue enseñar a la paciente las habilidades que debe tener para tolerar el malestar y sobrevivir a las crisis y aceptar su vida tal como es en ese momento.

Para enseñar a la paciente a tolerar el malestar ante la intensidad de sus emociones, se utilizó la ficha **HABILIDADES PARA DISTRAERSE**, bajo el acrónimo **CAPACES**. Se consideró las estrategias de supervivencia a la crisis; distraerse, realizar actividades gratificantes, mejorar el momento y centrarse en los pros y los contras, tener pensamientos distractores, realizar técnicas de relajación y respiración, ayudar a los demás, hacer comparaciones.

En el punto de comparaciones (buscar modelos para aprender y/o seguir algunas características personales positivas), la paciente buscó modelos de personas cercanas a ella que atravesaron por problemas o situaciones particulares que sean un buen referente (identificó a su madre, si bien no atravesó por problemas similares a ella, sin embargo, expresó el reconocimiento a ésta por haber salido adelante sin el apoyo de una pareja). Se utilizó esta comparación, como indica Linehan (2003) hacer comparaciones reorienta la atención de uno hacia los demás, de manera diferente y sirve para la ver la situación de uno bajo una luz más positiva.

## **Módulo 5**

### **1. Habilidades para encontrar la línea media**

El objetivo de este módulo de habilidades fue encontrar la línea media, es decir, establecer el cambio y la aceptación por medio de la eliminación y/o disminución del pensamiento y emociones dicotómicas.

El pensamiento dicotómico, extremo o polarizado, caracterizaban las cogniciones de la paciente (*“Soy desagradable, gorda, fea, nadie me quiere, soy un estorbo para los demás, no sirvo para nada, mis compañeros son más inteligentes que yo, mejor debería estar muerta”*); en razón de este pensamiento se enseñó **HABILIDADES PARA ENCONTRAR LA LÍNEA MEDIA**, que fueron complementadas a la reestructuración cognitiva, en las sesiones de terapia. Las habilidades a aprender fueron la aceptación (de la situación tal como es ahora) y validación de sí misma y de los demás y según Linehan (2003) esto comprende percibir los actos, sentimientos y pensamientos propios como adecuados y aceptables para una situación concreta, también, comunicar a la otra persona que sus sentimientos, pensamientos y actos tienen sentido y son comprensibles dada la situación.

Finalmente, se enseñó a la paciente el “manejo de las contingencias ambientales”, para aumentar la frecuencia de aquellos comportamientos deseados (establecer una comunicación sincera con su madre, relacionarse con sus pares, realizar actividades gratificantes, no consumir alcohol, entre otros), y reforzando las consecuencias positivas de estos actos (mejor estado de ánimo, momentos de diversión).

### 3.3.4 POSTRATAMIENTO

#### 3.3.4.1 Resultados postratamiento

El tratamiento consistió en un total de 70 sesiones, después se procedió a realizar una nueva evaluación a la paciente, mediante la aplicación de los mismos instrumentos utilizados en la línea base. La eficacia de la intervención se evaluó mediante estos instrumentos y los autoregistros a lo largo del proceso, sobre las principales conductas problemáticas; a continuación, se exponen las puntuaciones antes del tratamiento y una vez finalizado este.

**Tabla 19: Resultados pretratamiento**

Instrumentos y escalas	Pretratamiento	Postratamiento
<b>Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI</b>	<p><b>Prototipos de personalidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Introversión TB 115</li> <li>• 2B Pesimista TB 100</li> <li>• 6B Rudo TB 107</li> <li>• 8A Opositorista TB 103</li> <li>• <b>9 Tendencia límite TB 97</b></li> </ul> <p><b>Preocupaciones expresadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Difusión de la identidad TB 115</li> <li>• B Desvalorización de sí mismo TB 112</li> <li>• C Desagrado por el propio cuerpo TB 85</li> <li>• F Inseguridad con los iguales TB 90</li> </ul> <p><b>Síndromes clínicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>AA Trastornos de la alimentación TB 113</u></li> <li>• BB Inclinación al abuso de sustancias TB 107</li> <li>• DD Propensión a la impulsividad TB 109</li> <li>• FF Afecto depresivo TB 111</li> <li>• GG Tendencia al suicidio TB 94</li> </ul>	<p><b>Prototipos de personalidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Introversión TB 73</li> <li>• 2B Pesimista TB 44</li> <li>• 6B Rudo TB 87</li> <li>• 8A Opositorista TB 65</li> <li>• <b>9 Tendencia límite TB 59</b></li> </ul> <p><b>Preocupaciones expresadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Difusión de la identidad TB 81</li> <li>• B Desvalorización de sí mismo TB 98</li> <li>• C Desagrado por el propio cuerpo TB 75</li> <li>• F Inseguridad con los iguales TB 56</li> </ul> <p><b>Síndromes clínicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>AA Trastornos de la alimentación TB 67</u></li> <li>• BB Inclinación al abuso de sustancias TB 70</li> <li>• DD Propensión a la impulsividad TB 79</li> <li>• FF Afecto depresivo TB 51</li> <li>• GG Tendencia al suicidio TB 43</li> </ul>
<b>Inventario de Depresión Infantil-CDI</b>	Percentil- 99-	Percentil- 91.

<b>Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada -CMAS-R</b>	Percentil-50	Percentil-49
<b>Inventario de expresión de ira estado-rasgo -STAXI-2</b>	Rasgo: Centil 95 Índice de expresión ira (IEI): Centil 80	Rasgo: Centil 23 Índice de expresión ira (IEI): Centil 15
<b>Cuestionario de Bulimia Revisado -BULIT-R</b>	131	71

Se realizó el seguimiento a los tres meses de concluido el tratamiento y posterior a la evaluación del postratamiento.

Como se puede observar en la tabla N° 11, las puntuaciones del Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI, reflejan una disminución en los prototipos de personalidad, principalmente en la tendencia límite, del pre-tratamiento al post-tratamiento. De igual forma, las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión Infantil-CDI, Inventario de expresión de ira estado-rasgo -STAXI-2, Cuestionario de Bulimia Revisado -BULIT-R, demuestran una disminución de la puntuación. No obstante, en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada -CMAS-R, la puntuación obtenida del pre al post-tratamiento es poco significativa.

### 3.3.5 SEGUIMIENTO

Después de concluido el tratamiento y la evaluación postratamiento, doce meses después se volvió a tener tres sesiones con la paciente para evaluar el mantenimiento o no resultados obtenidos en la etapa de tratamiento, para ello, se tuvo una entrevista abierta con la paciente y su madre y se aplicaron los mismos instrumentos utilizados en la línea base. Y a continuación se detallan los resultados obtenidos.

**Tabla 20: Resultados postratamiento, de seguimiento a los 12 meses**

<b>Instrumentos y escalas</b>	<b>Pretratamiento</b>	<b>Postratamiento</b>	<b>Seguimiento</b>
	<b>PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD</b>	<b>PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD</b> 9 Tendencia límite TB 59	<b>PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD</b>

<p style="text-align: center;"><b>Inventario Clínico de Millon para Adolescentes- MACI</b></p>	<p>9 Tendencia límite TB 97</p> <p><b>PREOCUPACIONES EXPRESADAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Difusión de la identidad TB 115</li> <li>• B Desvalorización de sí mismo TB 112</li> <li>• C Desagrado por el propio cuerpo TB 85</li> <li>• F Inseguridad con los iguales TB 90</li> </ul> <p><b>SÍNDROMES CLÍNICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AA Trastornos de la alimentación TB 113</li> <li>• BB Inclinación al abuso de sustancias TB 107</li> <li>• DD Propensión a la impulsividad TB 109</li> <li>• FF Afecto depresivo TB 111</li> <li>• GG Tendencia al suicidio TB 94</li> </ul>	<p><b>PREOCUPACIONES EXPRESADAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Difusión de la identidad TB 81</li> <li>• B Desvalorización de sí mismo TB 98</li> <li>• C Desagrado por el propio cuerpo TB 75</li> <li>• F Inseguridad con los iguales TB 56</li> </ul> <p><b>SÍNDROMES CLÍNICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AA Trastornos de la alimentación TB 67</li> <li>• BB Inclinación al abuso de sustancias TB 70</li> <li>• DD Propensión a la impulsividad TB 79</li> <li>• FF Afecto depresivo TB 51</li> <li>• GG Tendencia al suicidio TB 43</li> </ul>	<p>9 Tendencia límite TB 43</p> <p><b>PREOCUPACIONES EXPRESADAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Difusión de la identidad TB 50</li> <li>• B Desvalorización de sí mismo TB 46</li> <li>• C Desagrado por el propio cuerpo TB 65</li> <li>• F Inseguridad con los iguales TB 53</li> </ul> <p><b>SÍNDROMES CLÍNICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AA Trastornos de la alimentación TB 66</li> <li>• BB Inclinación al abuso de sustancias TB 53</li> <li>• DD Propensión a la impulsividad TB 47</li> <li>• FF Afecto depresivo TB 39</li> <li>• GG Tendencia al suicidio TB 43</li> </ul>
<p><b>Inventario de Depresión Infantil-CDI</b></p>	<p style="text-align: center;">Percentil 45</p>	<p style="text-align: center;">Percentil 23</p>	<p style="text-align: center;">Percentil 19</p>
<p><b>Escala de Ansiedad Manifiesta en</b></p>	<p style="text-align: center;">Percentil-Puntuación T 25</p>	<p style="text-align: center;">Percentil-Puntuación T 24</p>	<p style="text-align: center;">Percentil-Puntuación T 21</p>

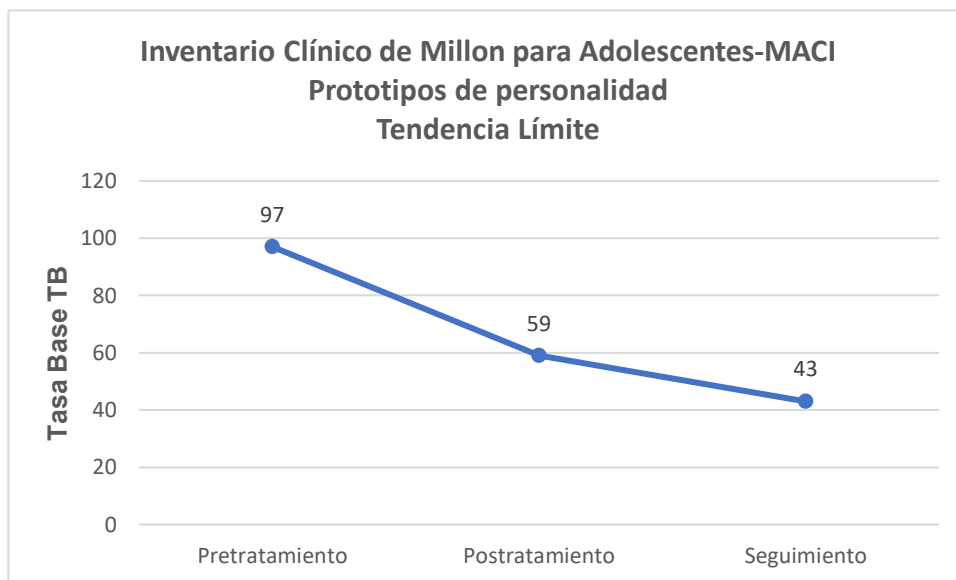
<b>Niños-Revisada - CMAS-R</b>			
<b>Inventario de expresión de ira estado-rasgo - STAXI-2</b>	Percentil 34	Percentil 20	Percentil 20
<b>Cuestionario de Bulimia Revisado - BULIT-R</b>	Puntuación directa 131	Puntuación directa 71	Puntuación directa 68

Se realizó el seguimiento a los doce meses de concluido el tratamiento y posterior a la evaluación de postratamiento

La paciente indicó que muchos de los problemas y síntomas que sufría al inicio paulatinamente fueron desapareciendo, sin embargo, aún están presentes algunos síntomas de ansiedad, patrones alimenticios inadecuados, aunque ahora no van seguidos de la provocación de vómito, y en determinados momentos una percepción negativa de sí misma, principalmente de su imagen personal y problemas con su madre pero en menor intensidad y frecuencia; mismos que pueden ser considerados normales, por la etapa de desarrollo-adolescencia, en la que se encuentra la paciente. No obstante, las conductas de autolesiones e intentos de suicidio no volvieron a realizarse, así tampoco el consumo descontrolado de alcohol.

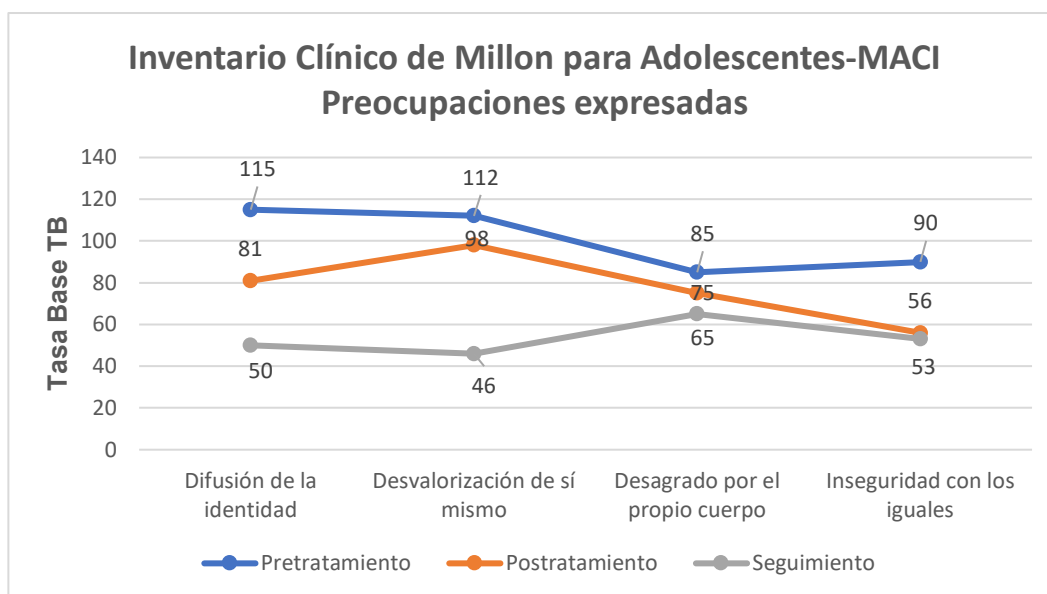
## Evolución de los síntomas psicopatológicos de la línea base, postratamiento y seguimiento

**Tabla 21: Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI, prototipos de personalidad**

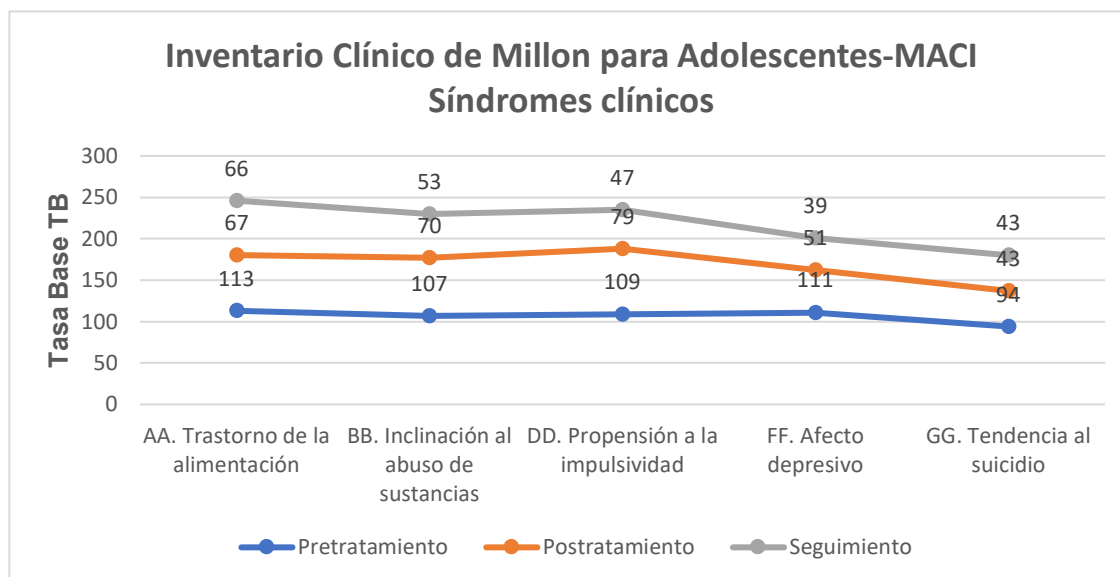


En la fase de pretratamiento o línea de base, la paciente puntuó 97 en Tasa de Base TB, lo cual indica síntomas significativos en la tendencia límite, las puntuaciones descienden en el postratamiento y en seguimiento se sitúan por debajo de TB 50.

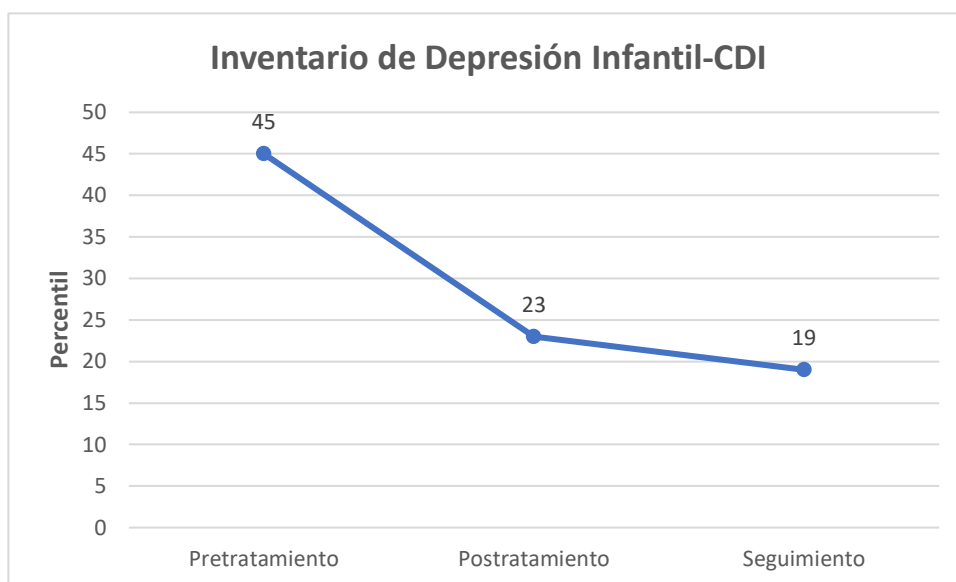
**Tabla 22: Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI, preocupaciones expresadas**



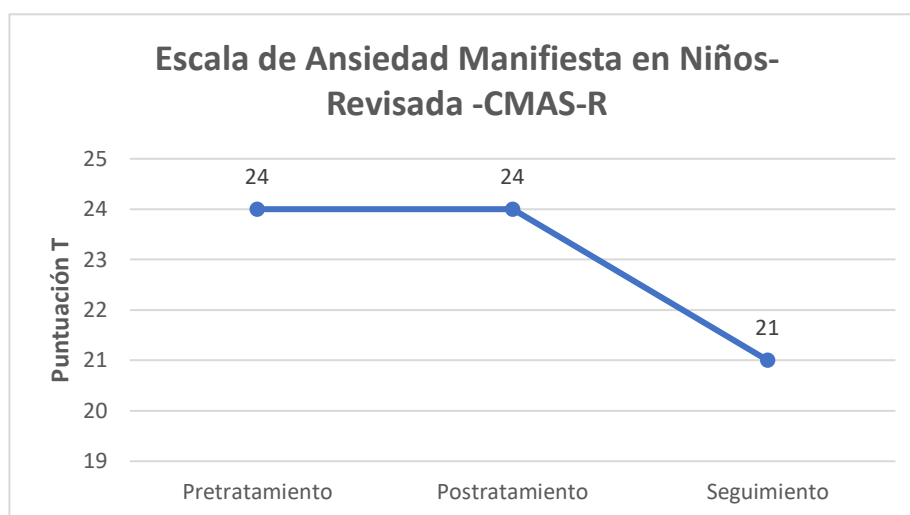
En las escalas de preocupaciones expresadas, que reflejan las percepciones y actitudes de la paciente, las puntuaciones por encima de TB 50, en el pretratamiento se encuentran difusión de la identidad (TB115), desvalorización de sí mismo (TB112), desagrado por el propio cuerpo, inseguridad con los iguales (TB90), correlacionando con los síntomas interpersonales del Trastorno Límite de la Personalidad (una imagen o sentido de sí mismo inestable); puntuaciones que descienden después de aplicar el tratamiento elegido, tanto en el postratamiento como el seguimiento. No obstante, la única puntuación significativa que se encuentra por encima de TB50 tanto en postratamiento como el seguimiento es, desagrado por el propio cuerpo.

**Tabla 23: Inventario Clínico de Millon para Adolescentes-MACI, síndromes clínicos**

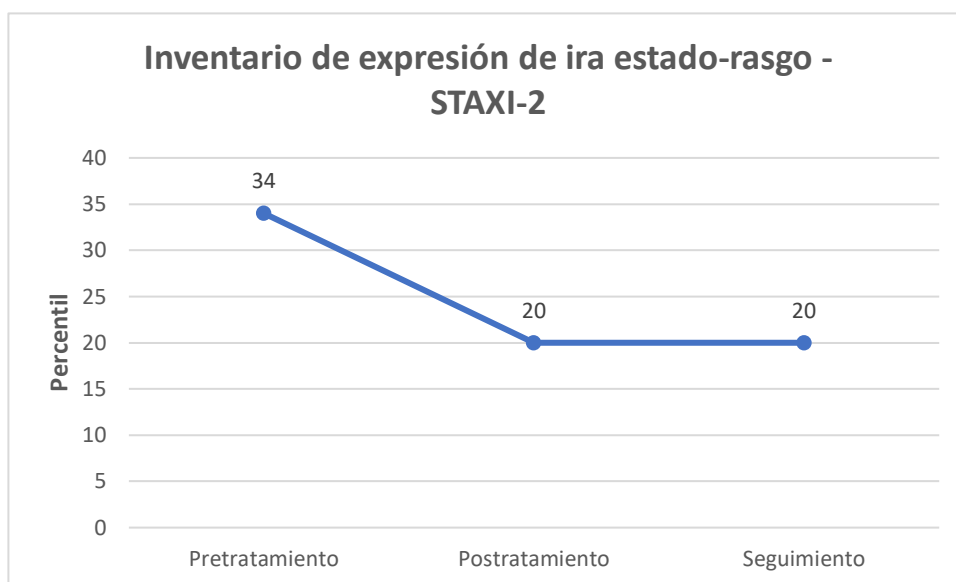
Continuando con los resultados obtenidos en el Inventario Clínico de Millon, las puntuaciones más significativas en las escalas de síndromes clínicos, en el pretratamiento corresponden a trastorno de la alimentación con un TB de 113, inclinación al abuso de sustancias con TB de 107, propensión a la impulsividad con TB 109, afecto depresivo TB 11, tendencia al suicidio TB 94; síndromes que se encuentran claramente identificados en el análisis funcional de la conducta. Una vez aplicado el tratamiento descrito, y el seguimiento realizado a los doce meses de concluida la intervención, los síndromes descritos precedentemente demuestran una disminución en su puntuación por debajo de TB 50; no obstante, solamente el trastorno de alimentación y el abuso de sustancias en la etapa de seguimiento mantiene una puntuación por encima de TB 50, y a pesar de ello su disminución es significativa.

**Tabla 24: Inventario de Depresión Infantil-CDI**

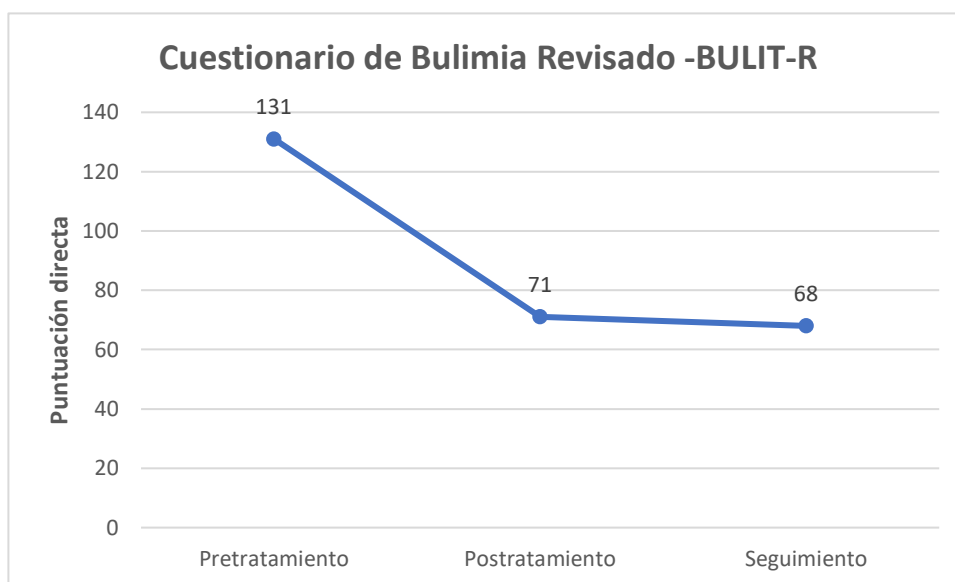
Durante la evaluación inicial-pretratamiento, la puntuación en baremos de la escala total de depresión que obtuvo la paciente fue de 45, considerada como Servera. En los resultados post y seguimiento se observa una disminución de la puntuación, situándose en un nivel leve.

**Tabla 25: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada-CMAS-R**

En esta escala, en la etapa previa al tratamiento elegido, la paciente obtuvo una puntuación T de 24 en ansiedad total, que indica la presencia significativa de ansiedad fisiológica, inquietud y ansiedad social; resultado que se mantuvo en el postratamiento; sin embargo, tuvo un descenso en durante el seguimiento.

**Tabla 26: Inventario de expresión de ira estado-rasgo-STAXI-2**

En el índice de expresión de ira (IEI), que es el índice general de expresión de ira, la paciente en la etapa de pretratamiento, obtuvo un puntaje percentil de 34, considerándose como alta, es decir, la paciente antes de aplicar el tratamiento seleccionado, experimentaba intensos sentimientos de ira expresados en conductas agresivas; así también, esta agresividad auto infringida se consigna en el análisis funcional de la conducta. Por tanto, una vez concluida la intervención seleccionada y realizado el seguimiento a los meses la paciente obtuvo una puntuación percentil de 20, situándose en un nivel bajo su expresión de la ira.

**Tabla 27: Cuestionario de Bulimia Revisado BULIT-R**

La puntuación directa obtenida por la paciente en la etapa de pretratamiento fue de 131, encontrándose por encima de la media entre 53 y 60, lo que indica la presencia de Bulimia Nerviosa; durante el postratamiento y seguimiento a los doce meses de concluida la intervención, la paciente aún presenta una puntuación directa por encima de la media; no obstante, la reducción de la puntuación de pretratamiento a seguimiento fue significativa.

### 3.4 PRESENTACIÓN SINTÉTICA DE LOS RESULTADOS

#### 1. Describir la presencia de sintomatología del Trastorno de la Personalidad Límite y Bulimia Nerviosa.

De acuerdo a la evaluación realizada mediante las técnicas descritas anteriormente (entrevistas, cuestionarios y autoregistros), la paciente manifestó síntomas de Trastorno de la Personalidad Límite, tales como pensamientos y visión negativa de sí misma, inestabilidad en sus relaciones interpersonales (madre, profesores, amistades, compañeros de colegio, novio), marcada impulsividad, autolesiones, ideación e intentos de suicidio, intensa variabilidad emocional (tristeza, enojo, irritabilidad, desesperanza, anhedonia, decaimiento, nerviosismo, entre otros); percepción de rechazo, sentimientos de vacío.

Así también, una importante alteración de la conducta alimentaria (atracones de comida, seguidos de la provocación de vómitos), imagen corporal negativa, e ideas sobrevaloradas

sobre la apariencia física. Persistiendo esta sintomatología por más de un año, considerando la corta edad-adolescencia por la que atraviesa la paciente.

Si bien, esta sintomatología de Trastorno de la Personalidad Límite, es marcada en la paciente, de igual manera presenta comorbilidad con otros trastornos, como ser, depresivos y de ansiedad. Por tanto, se descarta esta patología de la personalidad debido a una afección médica, por el consumo de sustancias y problemas de la identidad.

**2. Establecer una línea base, pre y postratamiento donde con claridad se muestren los síntomas antes, durante y después del tratamiento.**

De acuerdo a los métodos y técnicas utilizadas se cuantificó los síntomas presentes, cuya evolución se muestran claramente en las tablas 21 a la 27.

**3. Realizar el análisis funcional del problema, explicando a partir del modelo teórico para establecer los objetivos terapéuticos**

A partir del análisis funcional de problemas, según el modelo cognitivo realizado se establecieron las conductas remotas e inmediatas que desencadenaban respuesta cognitivas, emocionales, conductuales o motoras desadaptativas, con la finalidad de establecer los objetivos y disminuir la intensidad de éstas, remitirse al gráfico 2 y al cuadro 6.

**4. Evaluar los resultados de la intervención en base a los resultados del Pretratamiento, Postratamiento y Seguimiento a los 12 meses.**

Los resultados obtenidos en la fase de pretratamiento, sirvieron para realizar una comparación con los obtenidos en la de postratamiento y seguimiento, concluyendo que la intervención realizada-Terapia Dialéctico Conductual, fue efectiva en la disminución de la tendencia límite presentada por la paciente en etapa de pretratamiento, de igual manera, los resultados demuestran una disminución de la cuantificación del trastorno de la conducta alimentaria y otros síntomas comórbidos (ansiedad, depresión, consumo de alcohol).

#### 4 DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente trabajo es evaluar los efectos de la aplicación del Modelo Dialéctico Conductual a una paciente adolescente con sintomatología de Trastorno de la Personalidad Límite y comorbilidad con Trastorno de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos, específicamente, Bulimia Nerviosa, para demostrar la eficacia de dicho modelo en la paciente, después de 12 meses tratamiento y con el seguimiento a los 12 meses, utilizando la metodología de estudio de caso único.

Si bien, la metodología de caso único es un procedimiento que no se caracteriza por una representatividad en la muestra y obtención generalizables de resultados, para el presente trabajo se eligió dicha metodología debido a que en Bolivia no existe referencias de un sistema de investigación, diagnóstico, intervención y seguimiento de la salud mental en adolescentes, por cuanto, abordar esta problemática, en una etapa del desarrollo que ya puede manifestar diversas patologías, entre ellas, las relacionadas con los trastornos de personalidad, y los cada vez más en ascenso, trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos, es necesaria una intervención temprana a fines de prevención de los efectos negativos a largo plazo. De igual manera, no existe en Bolivia referencias documentadas o publicadas de la aplicación de esta intervención, Dialéctica Conductual; por tanto, el abordaje que se realiza, se constituye en original y novedoso, porque de acuerdo a los resultados obtenidos, se puede corroborar que la aplicación de este modelo, en el caso particular, es efectivo, considerando incluso características sociales y culturales propios de la paciente.

Es así, que los resultados obtenidos, el Modelo Dialéctico Conductual aplicado a la paciente resultó eficaz, en la reducción cuantitativa de las conductas que caracterizan a un prototipo de personalidad de tendencia límite (inestabilidad afectiva, conductas impulsivas, relaciones interpersonales inestables, imagen de sí mismo inestable, autolesiones, conducta suicida, atracones de comida); la disminución de esta sintomatología fue debido al aprendizaje de habilidades para el manejo de las emociones y la conducta impulsiva (tolerar el malestar, regulación emocional, de conciencia, efectividad interpersonal, de mindfulness); además, de generar cambios en la calidad de vida de paciente (pautas adecuadas de alimentación, sueño y descanso, incremento de actividades gratificantes); manteniendo estos resultados en el seguimiento a los doce

meses de concluido el tratamiento. Por tanto, se evidencia una mejoría importante en las conductas límite y el nivel de funcionamiento. Estos resultados son consistentes con estudios realizados por James, Winmill, Anderson y Alfoadari (2011), en el que aplicaron a adolescentes con edades comprendidas entre trece y diecisiete años, con funcionamiento borderline, un año de sesiones semanales, individuales, grupales y familiares, además del seguimiento telefónico, obteniendo resultados significativos en los síntomas propios del Trastorno de la Personalidad Límite. de igual manera, en España, se han realizado adaptaciones de tratamiento para TPL, en un programa con adolescentes con inestabilidad emocional grave y alto riesgo de suicidio, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde se ha desarrollado el programa ATRAPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia) (Delgado, 2015).

Por otra parte, la cuantificación de preocupaciones expresadas, en las subescalas de difusión de la identidad, desvaloración de sí mismo, desagrado por el propio cuerpo e inseguridad con los iguales, tuvo un decremento en la intensidad una vez aplicado el modelo de intervención, mismos que son parte de un funcionamiento de Trastorno de la Personalidad Límite.

La DBT se diseñó con el objetivo fundamental de reducir las conductas suicidas y parasuicidas, es así, que en el presente trabajo se consiguió una mejora significativa en las conductas parasuicidas (autolesiones-cortes en los brazos, piernas y pellizcos) e intentos de suicidio, no volviéndose a presentar las mismas hasta el momento del seguimiento, transcurridos los 12 meses.

Respecto a la reducción de la sintomatología depresiva, ansiosa, e ira se consiguió un descenso en las puntuaciones, indicando esto, la presencia de sintomatología en niveles inferiores, que no interfieren de manera significativa el funcionamiento de la paciente, no obstante, no se encontró estudios dirigidos con adolesctes con cuales comparar estos resultados.

En relación a los problemas de la conducta alimentaria, se eliminaron los atracones de comida seguido de la provocación de vómito, consideradas conductas impulsivas, toda vez que este patrón (atracon-vómito) estaban relacionadas además de la sobrevaloración de su imagen corporal, a la intolerancia de sus emociones, este dato coincide con los resultados de los estudios que revelan una alta comorbilidad (entre el 27% y el 77%) entre

Bulimia Nerviosa y TPL (Gamer, Marcus, Halmi y Loranger, 1989; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992; Braun, Sunday y Halmi, 1994, Gargarillo, Fernández y Raich, 2003; Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2005). Sin embargo, se mantuvo la percepción de tener sobre peso, prefiriendo controlar la alimentación con el control de ingesta de calorías, sin restringir la alimentación, sin pasar largos periodos de tiempo sin alimentarse y realizar actividad física para disminuir el peso corporal, resultados que se obtuvieron mediante el aprendizaje de estrategias de regulación emocional, toda vez que la paciente comprendió la funcionalidad de la Bulimia Nerviosa como una forma de regulación emocional desadaptativa. Estos resultados se mantuvieron a los doce meses de seguimiento.

Estos resultados son similares a los encontrados en otros trabajos que han aplicado la Terapia Dialectico Conductual a la Bulimia Nerviosa y al trastorno por atracón (Chen y cols., 2008; Garcia- Palacios y cols., 2010). Estos resultados van en la línea de otros autores (Fairburn, y cols., 2009; Murphy y cols., 2010) que sugieren que, en casos de psicopatología asociada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la intervención debe ampliarse hacia los aspectos centrales en la psicopatología del Trastorno Alimentario y en los casos de comorbilidad con Trastorno Límite de Personalidad debería añadirse componentes de terapia dirigidos a aspectos básicos regulación emocional.

Si bien, con aplicación del Modelo Dialéctico Conductual se obtuvo resultados significativos en la reducción y eliminación de síntomas principalmente de tipo impulsivo, es importante destacar algunas limitaciones del presente trabajo. En primer lugar, se utilizó una metodología de estudio de caso. Pese a las ventajas del estudio de caso, las conclusiones obtenidas con esta metodología son limitadas al no existir una muestra representativa

## 5 CONCLUSIONES

Es importante destacar que el Trastorno Límite de la Personalidad, constituye un cuadro complejo en la intervención clínica y más aún, cuando el inicio de esta patología de la personalidad tiene comienzo en la adolescencia; lo que genera diversas posturas y controversias entre autores respecto a su diagnóstico en edades tempranas. Sin embargo; el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5, establece que las características de un trastorno de personalidad se vuelven reconocibles durante la adolescencia y las categorías de estos trastornos se puede aplicar a niños o adolescentes en casos especialmente dominantes y persistentes y para diagnosticar a una persona menor de 18 años deben aparecer características durante al menos un año.

Sin embargo, detectar e intervenir la sintomatología presente en los primeros estadios de los trastornos, durante la niñez y adolescencia para modificar el curso de los mismos, mediante intervenciones que eficientes, constituye un gran reto para la psicología.

Si bien, los datos de investigación de prevalencia del trastorno de personalidad en niños y adolescentes son escasos y las muestras de estudios son pequeñas; y en Bolivia no existen antecedentes de estudio con este tipo de población y trastornos, en otros países como Francia, mediante un estudio realizado por Chabrol et al (2001a) encontró una alta prevalencia de TPL en adolescentes (10% en chicos y 18% en chicas); así también, las evidencias científicas corresponden a los países de Estados Unidos, Canadá, España y Australia.

Los resultados obtenidos en el presente demuestran la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual con una mejora en la conducta autolesiva, desregulación emocional, ideación suicida, conducta alimentaria, síntomas de depresión y ansiedad, de la paciente; se considera la buena evolución de la tendencia límite de la paciente, principalmente a la buena adherencia y el inicio temprano del tratamiento (durante la adolescencia de la paciente). Haciendo una comparación con el estudio realizado por Bloom y Woodward concluyeron que la terapia conductual dialéctica presenta disminuciones en las ideas suicidas, conductas autolesivas y síntomas de depresión y ansiedad, mientras que los resultados para reducir la ira y las conductas violentas fueron mixtos.

En cuanto a la sintomatología propia del trastorno alimentario (Bulimia Nerviosa) presente en la paciente al inicio de la intervención, a partir de la aplicación de la terapia

dialéctico conductual y cognitivo conductual, los resultados mostraron una disminución significativa de los atracones de comida seguida de la provocación de vómito, sin embargo, se mantuvo en la paciente una valoración de la imagen corporal; no obstante, esto puede deberse a la etapa de desarrollo-adolescencia por la que se encuentra la paciente.

e igual manera, de acuerdo al sustento teórico del presente, las causas del Trastorno de la Personalidad Límite son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. Se describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego. Por tanto, investigaciones a futuro respecto al tipo de vínculos y formas de apego que establecen las personas diagnosticadas con este trastorno de personalidad podrían brindar información relevante para acercarse al origen de esta alteración de la personalidad. Así también, el trabajo conjunto entre distintas disciplinas como es la psicología y medicina, podría ahondarse respecto a uno de los factores que establece la teoría dialéctica conductual como origen del trastorno, que es la vulnerabilidad genética.

### **LIMITACIONES Y RETOS A FUTURO**

Respecto a las limitaciones del presente estudio de caso único, es importante señalar que a pesar de los buenos resultados obtenidos preciso realizar investigaciones con un tamaño de muestra adecuado para evaluar la eficacia de este tratamiento en adolescentes con estas características (trastorno de personalidad manifiesto a temprana edad y bulimia nerviosa), porque es posible que el caso individual refleje características marcadas y únicas y no así replicables en una población más amplia, y no se obtenga un resultado generalizable a otros casos o situaciones.

Un factor importante de este modelo de intervención es el tiempo de duración, al tener varias fases (intervención individual y grupal), al ser de una larga duración, pueden presentarse diversas situaciones que no permitan su continuidad (falta de adherencia al tratamiento, escasos recursos económicos, falta de apoyo social del o la adolescente, entre otros).

Si bien, el programa Dialéctico Conductual contempla la intervención grupal para la enseñanza de habilidades, en el presente caso, no fue posible realizar esta intervención, al tratarse solamente de una persona, sin embargo, también contempla este tipo de intervención individual, pero a futuras investigaciones se considera preciso contemplar este factor y realizar una comparación de resultados.

Al presentarse síntomas complejos y multiproblemáticos propios de un Trastorno Límite de la Personalidad (intentos de suicidio, ideación suicida, autolesiones, variable e intensidad emocional, entre otros), donde la vida de la persona se encuentra en constante riesgo; y debe realizarse una intervención individual y otra grupal es necesario contar con otro terapeuta para apoyar y brindar el asesoramiento que fuera necesario en cuanto a las dificultades que pueda surgir.

Por tanto, conforme al presente trabajo se tiene como reto, profundizar en futuras investigaciones el conocimiento respecto a los factores que originan el Trastorno de la Personalidad Límite, entre ellos, la forma y tipos de vínculos o apegos que establecen las personas con estas características de personalidad; así como, efectuar un trabajo interdisciplinario para conocer con mayor precisión respecto a la vulnerabilidad biológica y la alteración neurobiológica asociados a la presencia de sintomatología de la personalidad límite.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez A. (2006). Estudio de casos: Selección de lecturas. Ciudad de la Habana Cuba: Editorial Félix Varela.
2. American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. España. Editorial Médica Panamericana
3. American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta. Editorial Médica Panamericana.
4. Apfelbaum S. y Gagliesi P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. VERTEX Revista. Argentina. de Psiquiatría 2004, Vol. XV. Pág. 300
5. Belloch A., Fernández-Álvarez H. (2010). Tratado de los trastornos de la personalidad. España. Editorial Síntesis.
6. Bloom J, Woodward E, Susmaras T, Pantalone D. (2012). Uso de la terapia conductual dialéctica en el tratamiento hospitalario del Trastorno Límite de la Personalidad: una revisión sistemática. Revista de la Asociación Americana de Psiquiatría.
7. Buela Casal, G., Carretero Dios, H., y Santos Roig. M.D. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. Salud Mental, 24(3), 17-23.
8. Caballo V (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 2-Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. España: Siglo veintiuno editores, S.A.
9. Caballo V (2004). Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. En Caballo V., Gracia A., López-Gollonet C., y Bautista R. El trastorno Límite de la Personalidad (p. 137-160). España: Editorial Síntesis.
10. Caballo V., (2004). Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. España. Editorial Síntesis
11. Caballo, V. E. (dir.) (2004). Manual de para la evaluación de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Pirámide.
12. Caro I., (2007). Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2da. Edición. Desclée de Brouwer. España.

13. Cloninger S. (2003). Teorías de la personalidad, tercera edición. Pearson Educación. México.
14. Cuevas C., López A. (2012) Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12,1,97-114.
15. Cuevas C., López A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 12, núm. 1, 2012, pp. 97-114. Universidad de Almería, España.
16. De la Vega I., Sánchez S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, vol. 10, N°. 1, pp. 45-56.
17. Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2004). CDI. Inventario de depresión infantil. Madrid: TEA Ediciones S. A.
18. Delgado, C. (2015). *Atrapa: Acciones para el tratamiento de la personalidad en la adolescencia*. Madrid: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBER).
19. Echeburúa E., Corral de P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y modificación de conducta*, Vol. 25, N° 102: 585-614.
20. Elices, M., y Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. *Psicología, Conocimiento y sociedad*, 1(3),132-152.
21. Esbec E., Echeburúa E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1): 1-11.
22. Esbec E., Echeburúa E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica* Vol. 32, N°3, 255-264.
23. Ezpeleta, L., & Toro, J. (2014) *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
24. Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Evaluación Psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Piramide.
25. Ferrer M. (2013). *Trastorno Limite de la personalidad: diferentes manifestaciones de un mismo trastorno*. Tesis doctoral para obtener el grado de Doctor y Psiquiatría y Psicología Clínica. Universidad Autónoma de Barcelona.

26. Fonseca-Pedrero E., Paino M., Lemos-Giráldez S., y Muñiz J.(2013) Patrones desadaptativos de la personalidad del cluster B en adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 6(3):129-138.
27. Gargallo, Maite, & Raich, Rosa M., & Fernández, Fernando (2003). Bulimia Nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2),335-349.[fecha de Consulta 27 de Agosto de 2022]. ISSN: 1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730208>
28. Gempeler J. (2008). Teraía conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol 37, Suplemento N° 1, pp 136-148.
29. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2011). Guía práctica clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad. Versión completa.
30. Gilbert M. (2015). El trabajo con adolescentes con tendencia límite y trastorno por uso de sustancias en un hospital de día. *Revista de patología dual* 2(3):16, pp. 1-5.
31. Gongora V. (2002). Trastornos de personalidad en pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria. *Psicología. Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*. Universidad de Palermo. Vol. 2. Pp. 75-96.
32. Heliodoro J., García 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 de Clínica Psicológica*. Vol. XXI. 121-128.
33. Hidalgo I. (2016). Estudio del trastorno límite de personalidad. Universidad Pontificia de Salamanca. Facultad de Psicología, trabajo fin de grado.
34. Kaess M., y Chanen A., (2020). Trastorno Límite de la Personalidad en la adolescencia. *R.E.T. Revista de Toxicomanías*. N°84..
35. Lencioni G., Gagliesi P. (2008). Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialéctico conductual en pacientes con trastornos límites. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 37, Suplemento N° 1.
36. Linehan (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Editorial Paidós Ibérica.

37. Llavona L.M. (2014). La entrevista conductual. En Labrador F., Cruzado J.A. y Muñoz M. (2014). Manual de técnicas de modificación y terapia de Conducta. Ediciones Pirámide. Madrid.
38. López, M A.; Castro, A. (2007). *Adolescencia*. Límites imprecisos. Madrid: Alianza.
39. Martínez P. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, N°. 20. Universidad del Norte, 165-193.
40. Melendo J.J; Cabrera C. (2009). Guía del Trastorno Límite de la Personalidad, Guía para el profesional. Pitzer.
41. Miguel-Tobal J.J. (2014). Cuestionarios, inventarios y escalas. En Labrador F., Cruzado J.A. y Muñoz M. (2014). Manual de técnicas de modificación y terapia de Conducta. Ediciones Pirámide. Madrid.
42. Millon, T. y Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
43. Montaña Sinisterra, Merfi; Palacios Cruz, Jenny; Gantiva, Carlos (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Avances de la disciplina*, 3 (2),81-107 .[fecha de Consulta 9 de Febrero de 2022]. ISSN: 1900-2386.Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531007>.
44. Naranjo A.M. (2003). Efectos del entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual en Personas con problemas con desregulación emocional (Proyecto de Investigación para acceder al título de Magister en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
45. Navarro M. V., Jorquera M., García-Palacios A., Botella C. (2010). Terapia dialéctica comportamental en un caso con rasgos de personalidad límite y trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 15, N° 1: pp. 61-74. ISSN 1136-5420/10.
46. Navarro M.V. (2005). Eficacia de la terapia dialéctica comportamental en el tratamiento de pacientes con comorbilidad entre el Trastorno Límite de la Personalidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (tesis doctoral) Universitat Jaume I. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología.

47. Nezu A., Nezu C., Lombardo E. (2004). Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales. Un enfoque basado en problemas. Manual Moderno, México.
48. OMS (Organización Mundial de la Salud) (1999). Clasificación de los trastornos mentales CIE-10. España: Editorial Panamericana: OMS.
49. Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2009). Desarrollo físico y salud en la adolescencia. *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia 11ma. ed. México*. Ed. Mc.Graw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V, 2009.
50. Pérez Álvarez, M., & Fernández-Ballesteros, R. (1994). Evaluación conductual hoy. Madrid: Piramide.
51. Pérez M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Editorial Síntesis. Madrid-España.
52. Perpiñá C (2012). Manual de entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar. Psicología Pirámide. Madrid.
53. Pompa Guajardo, E., y Mez Peña, C. (2014). Ansiedad manifiesta en jóvenes adolescentes con sobrepeso y obesidad. Tesis Psicológica, 9(2), 162-172.
54. Raich R.M. (2017). Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Ediciones Pirámide.
55. Ruiz D., Gómez-Becerra I. (2012) Patrones de personalidad disfuncionales en niños y adolescentes: Una revisión funcional-contextual. Suma Psicológica, Vol. 19 No 2: 131-149.
56. Sánchez R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. Psico-USF, v. 8, n. 2, p 163-173.
57. Sarmiento M. J. (2008). Terapia conductual-dialéctica para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 37, Suplemento N°. 1, pp. 149-163.
58. Sesma E. (2017). Análisis del discurso de un grupo de adolescentes con trastorno de conducta tras haber participado en el entrenamiento en habilidades psicosociales de Terapia Dialéctica Conductual: una investigación cualitativa de la efectividad de la intervención psicoterapéutica. Tesis doctoral para optar al título de doctor. Universidad de Bilbao.

59. Valarezo Encalada, Charly Marlene, Celi Rojas, Sonia Zhadira, Rodríguez Guerrero, Diana Belén, y Sánchez Gahona, Viviana Catherine. (2020). Caracterización general y evolución de la personalidad en la primera infancia. *Horizontes Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, 4(16), 469-482. Recuperado en 09 de febrero de 2022, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2616-79642020000400010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2616-79642020000400010&lng=es&tlng=es).
60. Vargas A. (2013). Impacto de una intervención grupal para adolescentes con trastorno del desarrollo de la personalidad límite (Tesis de Maestría). Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Facultad de Medicina Escuela de Postgrado Departamento de Psicología. Chile.
61. Vásquez-Dextre E. (2016). Terapia dialéctico conductual en el trastorno límite de personalidad: en equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría* vol. 79, N°. 2, pp. 108-118.
62. Vinet, Eugenia V., & Barrera-Herrera, Ana, & Salinas-Oñate, Natalia (2014). El MACI en Chile: Desarrollo Culturalmente Pertinente de un Test para Adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación y evaluación Psicológica*, 1(37),123-145. [fecha de Consulta 10 de septiembre de 2022]. ISSN: 1135-3848. Disponible en:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645433007>.

# **ANEXOS**

**Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....madre de  
(iniciales).....de.....años de edad, en fecha.....

Autorizo de manera libre y voluntaria sin que medie presión alguna, que mi hija se someta a la evaluación, tratamiento y seguimiento psicológico, después de haber recibido toda la información necesaria acerca de la naturaleza y propósitos de los objetivos, procedimientos y temporalidad de la misma. Asimismo, otorgo consentimiento para que la información otorgada por mi persona y mi hija pueda ser utilizada para fines académicos, preservando su identidad.

En constancia firmo.

**Firma, CI y aclaración de firma**

**Anexo 2: AUTOREGISTRO**

<b>DÍA Y FECHA</b>	<b>CONDUCTAS</b>										<b>EMOCIONES</b>					
	<b>AUTOLESIÓN</b>		<b>IDEAS SUICIDAS</b>		<b>ATRACONES DE COMIDA</b>		<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>		<b>OTRA CONDUCTA</b>		<b>TRISTEZA</b>	<b>RABIA</b>	<b>MIEDO</b>	<b>VERGÜENZA</b>	<b>EUFORI A</b>	<b>ALEGRÍA (0-5)</b>
	<b>P</b>	<b>A</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<b>(0-5)</b>	<b>(0-5)</b>	<b>(0-5)</b>	<b>(0-5)</b>	<b>(0-5)</b>	<b>(0-5)</b>
<b>LUNES</b>																
<b>MARTES</b>																
<b>MIÉRCOLE S</b>																
<b>JUEVES</b>																

<b>VIERNES</b>											
<b>SÁBADO</b>											
<b>DOMINGO</b>											

**Acontecimientos importantes para ti esta semana**

**P** = Pensamientos (Cómo son de fuertes). Valora de 0 a 5  
**A** = Acción (¿lo hice?) SI/NO. Escribe cuántas veces

**Anexo 3: INVENTARIO CLÍNICO DE MILLON PARA ADOLESCENTES (MACI; Theodore Millon, con la colaboración de Carrie Millon, Ph. D. y Roger Davis, 1993)**

**INSTRUCCIONES**

Esta prueba consiste en una lista de frases que la gente joven usa para describirse a sí misma. Se presentan aquí para ayudarte a describir tus sentimientos y actitudes. Cuando contestes trata de hacerlo tan honesta y seriamente como puedas, ya que los resultados serán utilizados para ayudarte a conocerte y poder ayudarte a planear tu futuro. No te preocupes si algunas de las frases no te parecen muy corrientes; se han incluido para ayudar a adolescentes con muchos tipos de problemas.

Junto con este cuadernillo se te ha suministrado una hoja de respuestas en la que se explica como debes utilizarla para responder al inventario.

Trata de responder a todas las frases aun cuando no estés seguro de tu decisión.

No hay límite de tiempo para completar el inventario, aunque es mejor trabajar a un ritmo rápido pero cómodo.

1. Yo prefiero mucho más seguir a otro en vez de mandar.
2. Estoy bastante seguro de que sé quién soy y de lo que quiero en la vida.
3. Yo no necesito tener amistades íntimas como los otros jóvenes.
4. A menudo me fastidia hacer las cosas que los otros quieren que haga.
5. Me esfuerzo al máximo para no herir los sentimientos de otras personas.
6. Puedo confiar en que mis padres serán comprensivos conmigo.
7. Algunas personas piensan de mí que soy un poco creído.
8. Nunca tomaría drogas, pasase lo que pasase.
9. Siempre trato de hacer lo que es adecuado.
10. Me gusta mi aspecto.
11. Aunque a veces me descontrolo comiendo, odio cuando aumento de peso.
12. Parece que nada de lo que pasa me hace sentir ni triste ni feliz.
13. Parece que tengo problemas para llevarme bien con otros adolescentes de mi edad.
14. Me da mucha vergüenza contarles a otras personas como abusaron de mí.

15. Nunca he hecho nada por lo que hubiera podido ser arrestado.
16. Pienso que todos estarían mejor si yo estuviera muerto.
17. A veces, cuando estoy lejos de mi casa, empiezo a sentirme tenso y con miedo.
18. Generalmente actúo de forma rápida, sin pensar.
19. Supongo que soy un quejica que espera que pase lo peor.
20. No es raro sentirse solo y no deseado.
21. El castigo nunca me ha frenado para hacerlo que yo quería.
22. Parece ser que la bebida ha sido un problema para varios miembros de mi familia.
23. Me gusta seguir instrucciones y hacer lo que otros esperan de mí.
24. Me parece que encajo enseguida en cualquier grupo de chicos o chicas.
25. Muy poco de lo que he hecho ha sido apreciado por los demás.
26. Odio no tener ni el aspecto ni la inteligencia que quisiera tener.
27. Me gusta mi hogar.
28. Algunas veces meto miedo a otros chicos o chicas para que hagan lo que yo quiero.
29. Aunque la gente me dice que estoy delgado o delgada, yo sigo creyendo que peso demasiado.
30. Cuando tomo unas copas me siento más seguro de mí mismo.
31. La mayoría de la gente es más atractiva que yo.
32. Cuando estoy en medio de una multitud, a menudo siento que me va a dar un ataque de pánico o que me voy a desmayar.
33. A veces me provocho el vómito después de comer mucho.
34. Con frecuencia me siento como si no tuviera rumbo, como perdido en la vida.
35. Parece que no les caigo bien a la mayoría de los jóvenes.
36. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo o sola.
37. Implicarse en los problemas de otros es una pérdida de tiempo.
38. Muchas veces siento que otros no quieren ser amistosos conmigo.
39. No me importa mucho lo que otros jóvenes piensan de mí.
40. Solía «colocarme\*» tanto (con alcohol o drogas) que no sabía lo que estaba haciendo.
41. No me importa decirle a la gente cosas que no les gusta oír.
42. Me veo a mí mismo muy lejos de lo que en realidad me gustaría ser.
43. Las cosas en mi vida van de mal en peor.
44. Tan pronto como tengo el impulso de hacer algo, lo hago.

45. A mí nunca me han llamado “delincuente juvenil”.
46. Con frecuencia yo soy mi peor enemigo.
47. Muy pocas cosas o actividades parecen darme placer.
48. Siempre pienso en ponerme a dieta, aun cuando la gente me dice que estoy demasiado delgado o delgada.
49. Es muy difícil, para mí, sentir lástima por las personas que siempre están preocupadas por alguna cosa.
50. Es bueno tener una rutina para hacer la mayoría de las cosas.
51. No creo tener tanto interés por el sexo como la gente de mi edad.
52. No veo nada malo en utilizar a otros para conseguir lo que quiero.
53. Preferiría estar en cualquier lugar en vez de en casa.
54. A veces me siento tan desbordado que querría dañarme gravemente.
55. No creo haber sido abusado sexualmente.
56. Soy un tipo de persona teatral a quien le gusta llamar la atención.
57. Puedo beber más cerveza o licor que la mayoría de mis amigos.
58. Los padres y maestros son demasiado duros con los jóvenes que no siguen las reglas.
59. Me gusta mucho coquetear (ligar).
60. No me molesta ver a alguien sufriendo.
61. Al parecer no tengo muchos sentimientos por los demás.
62. Disfruto pensando en el sexo.
63. Me preocupa mucho pensar en que me dejen solo y abandonado.
64. Con frecuencia estoy triste y siento que nadie me quiere.
65. Se supone que debo ser delgado o delgada, pero siento que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
66. Con frecuencia me lo merezco cuando los otros me critican.
67. La gente me presiona para que haga más de lo que es justo.
68. Creo que tengo un buen cuerpo.
69. Socialmente, siento que me dejan de lado.
70. Hago amigos y amigas fácilmente.
71. Soy una persona un tanto asustadiza y ansiosa.
72. Odio recordar algunas de las formas en que abusaron de mí.

73. No soy diferente a muchos jóvenes que roban cosas de vez en cuando.
74. Prefiero actuar primero y pensarlo después.
75. He pasado por periodos en los que he fumado "canutos" varias veces a la semana.
76. Hay tantas normas en mi camino, que es difícil hacer lo que quiero.
77. Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta crear un poco de emoción.
78. A veces yo haría algo cruel para hacer infeliz a alguien.
79. Paso mucho tiempo preocupándome acerca de mi futuro.
80. Con frecuencia siento que no merezco las cosas buenas que hay en mi vida.
81. Me da un poco de tristeza cuando veo a alguien que se siente solo.
82. Como poco delante de otros, pero después me atiborro cuando estoy solo o sola.
83. Mi familia siempre está gritando y peleándose.
84. A veces me siento muy infeliz de ser quien soy.
85. Al parecer yo no disfruto estando con gente.
86. Tengo ciertas capacidades que otros jóvenes quisieran tener.
87. Me siento muy incómodo con la gente, a menos que esté seguro de que realmente les gusto.
88. Matarme sería la manera más fácil de resolver mis problemas.
89. A veces me confunde o me turba que la gente sea amable conmigo.
90. La bebida parece que me ayuda mucho cuando me siento deprimido.
91. Casi nunca espero algún acontecimiento con placer o emoción.
92. Soy muy bueno inventando excusas para salir de los problemas.
93. Es muy importante que los niños aprendan a obedecer a los mayores.
94. El sexo es algo placentero.
95. A nadie le importa realmente si yo vivo o si me muero.
96. Deberíamos respetar a nuestros mayores y no pensar que nosotros sabemos más.
97. A veces siento placer lastimando a alguien físicamente.
98. A veces me siento mal después de que me haya pasado algo bueno.
99. No creo que la gente me vea como una persona atractiva.
100. Socialmente soy solitario, pero no me importa.
101. Casi todo lo que intento me resulta fácil.
102. Hay veces en las que siento que soy mucho más joven de lo que realmente soy.
103. Me gusta ser el centro de atención.

104. Si quiero hacer algo, simplemente lo hago, sin pensar *en* lo que pueda pasar.
105. Tengo un temor terrible de que, por muy delgado o delgada que esté, volveré a subir de peso si como.
106. No me acerco mucho a las personas porque me da miedo que se burlen de mí.
107. Cada vez con más frecuencia he pensado en terminar con mi vida.
108. A veces me rebajo a mí mismo para que otra persona se sienta mejor.
109. Me da mucho miedo cuando pienso en estar completamente solo en el mundo.
110. Las cosas buenas no duran.
111. He tenido algunos choques con la ley.
112. Me gustaría cambiar mi cuerpo por el de alguna otra persona.
113. Hay muchas ocasiones en las que desearía ser mucho más joven de nuevo.
114. No he visto un automóvil en los últimos diez años.
115. Otras personas de mi edad parecen estar más seguras que yo de saber quiénes son y lo que quieren.
116. Muchas veces me desconcierta pensar en el sexo.
117. Hago lo que quiero sin preocuparme de si afecta a otros.
118. Muchas de las cosas que hoy parecen buenas, se volverán malas más adelante.
119. Parece que la gente de mi edad nunca me llama para que salgamos juntos.
120. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin un “canuto”.
121. Yo hago que mi vida sea peor de lo que debería ser.
122. Prefiero que me digan lo que tengo que hacer en lugar de tener que decidir por mí mismo.
123. He intentado suicidarme, en el pasado.
124. Me pego grandes atracones de comida un par de veces a la semana.
125. Últimamente parece que me deprimó por cosas pequeñas.
126. El año pasado crucé el Atlántico en avión 30 veces.
127. Hay veces en las que preferirla ser otra persona.
128. No me importa tratar mal a la gente para demostrar mi poder.
129. Me avergüenzo de algunas cosas terribles que me han hecho los adultos.
130. Intento hacer todo lo que hago lo más perfectamente que puedo.
131. Estoy contento con la forma en que mi cuerpo se ha desarrollado.
132. Con frecuencia me asusto cuando pienso en las cosas que tengo que hacer.

133. Últimamente me siento inquieto y nervioso casi todo el tiempo.
134. Yo acostumbraba a probar drogas duras para ver el efecto que hacían.
135. Con mi simpatía puedo conseguir que la gente me dé casi todo lo que quiero
136. Muchos otros jóvenes consiguen oportunidades que yo no consigo
137. Hubo personas que hicieron cosas sexuales conmigo cuando yo, todavía, no podía entender.
138. Con frecuencia sigo comiendo hasta que me siento enfermo o enferma.
139. En un grupo, yo me burlaría de alguien solo para humillarle
140. No me gusta ser la persona en la que me he convertido.
141. Al parecer siempre echo a perder las cosas buenas que me pasan.
142. Aunque quiero tener amigos, no tengo casi ninguno.
143. Me agrada que ahora los sentimientos acerca del sexo se hayan convertido en una parte de mi vida.
144. Soy capaz de pasar mucha hambre con tal ser más delgado o delgada de lo que estoy.
145. Soy muy maduro para edad y sé lo que quiero hacer en la vida.
146. En muchas cosas me siento muy superior a la mayoría de la gente.
147. Mi futuro me parece sin esperanza.
148. A mis padres les ha costado mucho mantenerme en el camino recto.
149. Cuando no me salgo con la mía me descontrolo fácilmente.
150. A veces me divierte hacer ciertas cosas que son ilegales.
151. Supongo que dependo demasiado de otros para que me ayuden.
152. Mis amigos y yo podemos acabar muy borrachos cuando lo estamos pasando bien
153. La mayor parte del tiempo me siento solo y vacío.
154. Me siento totalmente sin objetivos y sin saber a dónde voy.
155. Decir mentiras es una cosa muy normal.
156. He estado pensando en cómo y cuándo suicidarme.
157. Me gusta provocar peleas.
158. Hay veces en las que parece que no le importo a nadie en mi casa.
159. Es bueno tener una forma regular de hacer las cosas para no cometer errores.
160. Probablemente me merezco muchos de los problemas que tengo.

**Anexo 4: INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI; Kovacs (1992) y adaptado por Del Barrio, Moreno y López, 2002)**

1.      Estoy triste de vez en cuando  
       Estoy triste muchas veces  
       Estoy triste siempre
2.      Nunca me saldrá nada bien  
       No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien  
       Las cosas me saldrán bien
3.      Hago bien la mayoría de las cosas  
       Hago mal muchas cosas  
       Todo lo hago mal
4.      Me divierten muchas cosas  
       Me divierten algunas cosas  
       Nada me divierte
5.      Soy malo siempre  
       Soy malo muchas veces  
       Soy malo algunas veces
6.      A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas  
       Me preocupa que me ocurran cosas malas  
       Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.      Me odio  
       No me gusta como soy  
       Me gusta como soy
8.      Todas las cosas malas son culpa mía  
       Muchas cosas malas son culpa mía  
       Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
9.      No pienso en matarme  
       Pienso en matarme, pero no lo haría  
       Quiero matarme
10.     Tengo ganas de llorar todos los días  
       Tengo ganas de llorar muchos días  
       Tengo ganas de llorar de cuando en cuando

11.  Las cosas me preocupan siempre  
 Las cosas me preocupan muchas veces  
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando
12.  Me gusta estar con gente  
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente  
 No quiero en absoluto estar con la gente
13.  No puedo decidirme  
 Me cuesta decidirme  
 Me decido fácilmente
14.  Tengo buen aspecto  
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan  
 Soy feo/a
15.  Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16.  Todas las noches me cuesta dormirme  
 Muchas noches me cuesta dormirme  
 Duermo muy bien
17.  Estoy cansado de cuando en cuando  
 Estoy cansado muchos días  
 Estoy cansado siempre
18.  La mayoría de los días no tengo ganas de comer  
 muchos días no tengo ganas de comer  
 Como muy bien
19.  No me preocupa el dolor ni la enfermedad  
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad  
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20.  Nunca me siento solo  
 Me siento solo muchas veces  
 Me siento solo siempre
21.  Nunca me divierto en el colegio  
 Me divierto en el colegio solo de vez en cuando

- Me divierto en el colegio muchas veces
- 22.  Tengo muchos amigos
  - Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más
  - No tengo amigos
- 23.  Mi trabajo en el colegio es bueno
  - Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
  - Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien
- 24.  Nunca podré ser tan bueno como otros niños
  - Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
  - Soy tan bueno como otros niños

**Anexo 5: ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS-REVISADA (CMAS-R2;  
Reynols y Richmond, 2012-Segunda edición)**

Nombre:

Fecha:

Edad:

Sexo:

Grado:

Escuela:

**INSTRUCCIONES**

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra “Sí” si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra “No”. Contesta todas las preguntas, aunque en algunas fuera difícil tomar una decisión. No marques “Sí” y “No” en la misma pregunta.

No existe respuestas correctas ni incorrectas. Solo tú puedes decirnos como piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate “¿Así soy yo?” Si es así, encierra en un círculo “Sí”. Si no es así, marca “No”.

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
1. Me cuesta trabajo tomar decisiones.		
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero.		
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.		
4. Todas las personas que conozco me caen bien.		
5. Muchas veces siento que me falta el aire.		
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a).		
7. Muchas cosas me dan miedo.		
8. Siempre soy amable.		
9. Me enojo con mucha facilidad.		

10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.		
11. Siempre que a los demás no les gusta como hago las cosas.		
12. Siempre me porto bien.		
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a).		
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí.		
15. Me siento solo(a) aunque este acompañado(a).		
16. Siempre soy bueno(a).		
17. Muchas veces siento asco o náuseas.		
18. Llora fácilmente cuando tengo un problema.		
19. Me sudan las manos.		
20. Siempre soy agradable con todos.		
21. Me canso mucho.		
22. Me preocupa el futuro. 2		
23. Los demás son más felices que yo.		
24. Siempre digo la verdad.		
25. Tengo pesadillas.		
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo.		
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal.		
28. Nunca me enojo.		
29. Algunas veces me despierto asustado(a).		

30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir.		
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares.		
32. Nunca digo cosas que no debo decir.		
33. Me muevo mucho en mi asiento.		
34. Soy muy nervioso(a).		
35. Muchas personas están contra mí.		
36. Nunca digo mentiras.		
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.		

**Anexo 6: INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO-RASGO (STAXI-2; C.D. Spielberg, adaptado a la versión española por; J.J. Miguel-Tobal, M.I. Casado, A. Cano Vindel, C.D. Espielberg, 2001)**

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

**Parte 1**

**Instrucciones**

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y marque una de las opciones que encontrará a la derecha, la palabra o frase que mejor indique **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO**, utilizando la siguiente escala de valoración:

<b>A. NO, EN ABSOLUTO</b>	<b>B. ALGO</b>	<b>C. MODERADAMENTE</b>	<b>D. MUCHO</b>
---------------------------	----------------	-------------------------	-----------------

	<b>A.</b>	<b>B.</b>	<b>C.</b>	<b>D.</b>
1. Estoy furioso/a				
2. Me siento irritado/a				
3. Me siento enfadado/a				
4. Le pegaría a alguien				
5. Estoy cansado/a				
6. Me gustaría decir malas palabras				
7. Estoy molesto/a				
8. Daría puñetazos a la pared				
9. Me dan ganas de maldecir a gritos				
10. Me dan ganas de gritarle a alguien				

11. Quiero romper algo				
12. Me dan ganas de gritar				
13. Le tiraría algo a alguien				
14. Tengo ganas de abofetear a alguien				
15. Me gustaría hacer conflicto a alguien				

## Parte 2

### Instrucciones

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y marque una de las opciones que encontrará a la derecha, la palabra o frase que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE**, utilizando la siguiente escala de valoración:

<b>A. NO, EN ABSOLUTO</b>	<b>B. ALGO</b>	<b>C. MODERADAMENTE</b>	<b>D. MUCHO</b>
---------------------------	----------------	-------------------------	-----------------

	<b>A.</b>	<b>B.</b>	<b>C.</b>	<b>D.</b>
16. Me caliento rápidamente				
17. Tengo un carácter irritable				
18. Soy una persona exaltada				
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen				
20. Tiendo a perder los estribos				
21. Me pone furioso/a que me critiquen delante de los demás				
22. Me siento furioso/a cuando hago un buen trabajo y se me valora				
23. Me disgusto con facilidad				

24. Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto				
25. Me enfado cuando se me trata injustamente				

### Parte 3

#### Instrucciones

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y marque una de las opciones que encontrará a la derecha que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTA ENFADADO /A O FURIOSO /A**, utilizando la siguiente escala:

<b>A. NO, EN ABSOLUTO</b>	<b>B. ALGO</b>	<b>C. MODERADAMENTE</b>	<b>D. MUCHO</b>
---------------------------	----------------	-------------------------	-----------------

26. Controlo mi temperamento	<b>A.</b>	<b>B.</b>	<b>C.</b>	<b>D.</b>
27. Expreso mi ira				
28. Me guardo para mí lo que siento				
29. Hago comentarios irónicos de los demás				
30. Mantengo la calma				
31. Hago cosas como golpear puertas				
32. Ardo por dentro, aunque no lo demuestro				
33. Controlo mi comportamiento				
34. Discuto con los demás				
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie				
36. Puedo controlarme y no perder los estribos				
37. Estoy más enfadado /a de lo que quiero admitir				
38. Digo barbaridades				

39. Me irrito más de lo que la gente cree				
40. Pierdo la paciencia				
41. Controlo mis sentimientos de enfado				
42. Rehúyo encararme con aquello que me molesta				
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira				
44. Respiro profundamente y me relajo				
45. Hago cosas como contar hasta diez				
46. Trato de relajarme				
47. Hago algo sosegado para calmarme				
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado				
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme				

**Anexo 7: CUESTIONARIO DE BULIMIA REVISADO (BULIT-R, M.C. Smith, M.H. Thelen, Farmer, y J. Wonderlich, 1991)**

**IDENTIFICACIÓN:**

**FECHA:**

1. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de hincharte (atracándote)?

- (a) Una vez al mes o menos (o nunca)
- (b) 2-3 veces al mes
- (c) 1-2 veces a la semana
- (d) 3-6 veces a la semana
- (e) 1 vez al día o más

2. Estoy satisfecho/a de mi patrón alimenticio.

- (a) De acuerdo
- (b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (c) Algo en desacuerdo
- (d) En desacuerdo
- (e) Muy en desacuerdo

3. ¿Has comido alguna vez hasta el punto de pensar que ibas a explotar?

- (a) Casi cada vez que como
- (b) Muy frecuentemente
- (c) A menudo
- (d) A veces
- (e) Casi nunca o nunca

4. ¿Te denominarías actualmente como alguien que come a atracones?

(a) Sí, totalmente

(b) Sí

(c) Sí, probablemente

(d) Sí, posiblemente

(e) No, probablemente no

5. Prefiero comer...

(a) En casa, solo/a

(b) En casa, con otras personas

(c) En un restaurante público

(d) En casa de un amigo

(e) No me importa el sitio

6. ¿Sientes que controlas la cantidad de comida que consumes?

(a) La mayor parte del tiempo o siempre

(b) Muchas veces

(c) Ocasionalmente

(d) Rara vez

(e) Nunca

7. Uso laxantes y supositorios para controlar mi peso

(a) Una vez al día o más

(b) 3-6 veces a la semana

(c) 1-2 veces a la semana

(d) 2-3 veces al mes

(e) Una vez al mes o menos (o nunca)

8. Como hasta sentirme demasiado cansado/a para continuar

(a) Al menos una vez al día

(b) 3-6 veces a la semana

(c) 1-2 veces a la semana

(d) 2-3 veces al mes

(e) Una vez al mes o menos (o nunca)

9. ¿Con qué frecuencia prefieres comer helados, dulces o batidos durante una comilona?

(a) Siempre

(b) Frecuentemente

(c) Algunas veces

(d) Pocas veces o nunca

(e) No me doy atracones

10. ¿Cuánto te preocupan tus atracones de comida?

(a) No me doy atracones

(b) Me importa un poco

(c) Me importa moderadamente

(d) Me importa bastante

(e) Es probablemente lo que más me preocupa en mi vida

11. La mayoría de la gente se sorprendería si supiese cuánta comida podría consumir de una vez.

- (a) Sin ninguna duda
- (b) Bastante probablemente
- (c) Probablemente
- (d) Posiblemente
- (e) No

12. ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte enfermo/a?

- (a) Muy frecuentemente
- (b) Frecuentemente
- (c) Bastantes veces
- (d) Ocasionalmente
- (e) Raramente o nunca

13. Temo comer algo por miedo a no poder parar.

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

14. Me siento mal conmigo mismo/a después de haber comido demasiado.

- (a) Siempre
- (b) Frecuentemente
- (c) Algunas veces
- (d) Casi nunca o nunca

(e) No como demasiado

15. ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?

(a) Dos veces o más a la semana

(b) Una vez a la semana

(c) 2-3 veces al mes

(d) Una vez al mes

(e) Menos de una vez al mes o nunca

16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describen tus sensaciones después de un atracón?

(a) No me doy atracones

(b) Me siento bien

(c) Me siento un poco disgustado conmigo mismo/a

(d) Me siento bastante disgustado conmigo mismo/a

(e) Me odio a mí mismo/a

17. Como mucho, incluso cuando no estoy hambriento/a.

(a) Muy frecuentemente

(b) Frecuentemente

(c) Ocasionalmente

(d) Algunas veces

(e) Pocas veces o nunca

18. Mis patrones alimenticios son diferentes a los de las demás personas

(a) Siempre

- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

19. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas intensivas.

- (a) No durante el año pasado
- (b) Una vez durante el año pasado
- (c) 2-3 veces durante el año pasado
- (d) 4-5 veces durante el año pasado
- (e) Más de 5 veces durante el año pasado

20. Me siento triste y deprimido/a después de comer más de lo que había planeado comer.

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

21. En una comilona tiendo a comer alimentos más altos en calorías.

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca, nunca, o no es aplicable