

Universidad de Palermo
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final de Integración

Título: El Trastorno Límite de la Personalidad: el abordaje de la impulsividad desde la
Terapia Cognitivo Conductual

Alumno: Maislin, Nahuel Leandro

Tutor: Eduardo Leiderman

Buenos Aires, 27 de diciembre del 2021

Índice

1	Introducción	3
2	Objetivos	3
2.1	Objetivo general	3
2.2	Objetivos específicos	3
3	Marco teórico	4
3.1	Terapia Cognitivo Conductual.....	4
3.1.1	Bases del modelo y conceptos fundamentales.....	4
3.1.2	Terapias de tercera generación.	6
3.1.3	Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad.....	10
3.2	Trastorno Límite de la Personalidad	12
3.2.1	Diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad. DSM-5 y CIE-10.....	12
3.2.2	Prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad	15
3.2.3	Comorbilidad en el Trastorno Limite de la Personalidad.....	15
3.2.4	El desarrollo del Trastorno Límite de la Personalidad desde diferentes abordajes	16
3.2.5	Intervenciones para el tratamiento del TLP desde la TCC y terapias de Tercera Ola	19
3.2.6	Abordaje de la impulsividad en el TLP	20
4	METODOLOGÍA	22
4.1	Tipo de estudio	22
4.2	Participantes	22
4.3	Instrumentos	23
4.4	Procedimiento	23
5	DESARROLLO	24
5.1	Características de impulsividad de un paciente con TLP y su relación con el contexto familiar	24
5.2	Intervenciones utilizadas por el terapeuta para el control de la impulsividad del paciente desde la TCC.....	27
5.3	Analizar la evolución en un paciente con impulsividad a partir de la TCC.....	33
6	CONCLUSIONES	35
6.1	Limitaciones	36
6.2	Perspectiva crítica y aporte personal.....	37

7 Referencias bibliográficas:.....39

*Nota: Para la redacción del presente trabajo se utilizó la séptima edición de APA.

1 Introducción

El presente trabajo final de integración (TFI) tiene como objetivo el estudio de la conducta impulsiva en un paciente con posible diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y las intervenciones para el manejo de la misma, desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). El interés en la temática elegida se remite a un atractivo personal por los trastornos de la personalidad, destacando particularmente un mayor énfasis en el TLP.

La institución en la cual se realizó la práctica a partir de la cual se desarrolla el TFI, se sitúa en Argentina, San Miguel, Provincia de Buenos Aires. Desde sus inicios, utilizan la Terapia Cognitivo Conductual como modalidad de abordaje.

Durante los espacios que brindan, se desarrollaron actividades de supervisión, en los cuales los terapeutas aportan su experiencia con sus pacientes, consultando a un colega a cargo del espacio con el fin de comprender mejor cómo desempeñarse ante ciertas situaciones. De este modo, el supervisor realiza intervenciones dirigidas hacia los terapeutas, brindándoles pautas para el tratamiento de cada caso individualmente.

Actualmente, la institución no realiza admisiones directamente, ya que las mismas son administradas por las Obras Sociales, que luego derivan a la persona a la institución. Dicho esto, es pertinente mencionar que, dentro de la institución, una vez que se realiza la derivación, se programa una entrevista para la asignación de terapeuta con el fin de poder brindarle al consultante un tratamiento adecuado desde la TCC.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar un caso de paciente con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y las posibles intervenciones terapéuticas para el manejo de la impulsividad desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

2.2 Objetivos específicos

Describir las características de impulsividad de un paciente con TLP y su relación con el contexto familiar.

Describir las intervenciones utilizadas por el terapeuta para el control de la impulsividad del paciente desde la TCC.

Analizar la evolución en el paciente con impulsividad a partir de la TCC.

3 Marco teórico

3.1 Terapia Cognitivo Conductual

3.1.1 Bases del modelo y conceptos fundamentales

La terapia cognitiva fue originalmente desarrollada por Beck para el abordaje de la depresión y desde entonces ha recorrido un largo camino en el que su aplicación se ha extendido a gran variedad de trastornos, demostrando su eficacia y convirtiéndose en el modelo terapéutico con mayor evidencia empírica (Echeburúa et al., 2010). De acuerdo con Korman (2013), fue a partir de 1976 que esta expansión se inició, logrando los desarrollos más importantes, ya que ese año Beck presentó oficialmente la Psicoterapia Cognitiva, exponiendo los conceptos fundamentales del modelo, tales como los de pensamientos automáticos, esquemas y distorsiones cognitivas.

El propio Beck (1993) ha definido a la terapia cognitiva como la aplicación del modelo cognitivo a un trastorno particular, mediante la utilización de una variedad de técnicas diseñadas para modificar las creencias disfuncionales y las fallas en el procesamiento de la información características del mismo. Siguiendo a Korman (2013), este eclecticismo técnico fue una de las claves del éxito de la terapia cognitiva, ya que permitió seleccionar las técnicas más eficaces de acuerdo con las características particulares de cada cliente, manteniendo como guía la conceptualización del caso realizada según el modelo teórico cognitivo. Esto permitió ofrecer tratamientos consistentes y al mismo tiempo adecuados a la especificidad de cada caso.

Entre los conceptos básicos del modelo cognitivo se encuentra el de pensamientos automáticos. Se trata de autoverbalizaciones e imágenes fácilmente accesibles por encontrarse en un nivel superficial de la conciencia. Dichos pensamientos son el resultado de la interacción entre supuestos y creencias centrales que, a su vez, forman parte de los llamados esquemas, estructuras que organizan y codifican la información obtenida a partir de la experiencia. Entre las creencias centrales, más profundas, y los pensamientos automáticos, se encuentran las creencias intermedias que se expresan como reglas, actitudes y supuestos (Beck, 2000).

El abordaje propuesto por la terapia cognitiva se caracteriza por la aplicación del modelo ABC para la explicación de los trastornos, donde A corresponde a los

acontecimientos por los que las personas pasan, B a las interpretaciones y valoraciones que hacen de dichos acontecimientos, y C a las consecuencias. En este modelo las interpretaciones cobran un valor central en la explicación de la forma en la que se comportan los individuos y, por lo tanto, en la aparición y mantenimiento de los trastornos. En función de este modelo, la terapia cognitiva se plantea como un tratamiento breve y focalizado en la resolución de los problemas del cliente, con un estilo activo y directivo, aunque no prescriptivo, orientado a modificar dichas interpretaciones y valoraciones (Tuta et al., 2017).

Un elemento importante en un abordaje cognitivo es la instancia de establecer una alianza terapéutica, definida por Bordin (1979) como la calidad de la relación de trabajo establecida entre cliente y terapeuta con el fin de realizar un cambio en el paciente. Este concepto abarca tres dimensiones: acuerdo entre el cliente y el terapeuta en base a los objetivos del tratamiento, acuerdo de la manera de alcanzar estos objetivos (tareas), y desarrollo de un vínculo personal entre el terapeuta y el cliente (paciente). Una alianza terapéutica que se logra en la fase inicial del proceso terapéutico, que va de la segunda a la sexta sesión, es un buen predictor del resultado final de la terapia. En cambio, una alianza que no se logra sino hasta la fase intermedia del tratamiento, o bien ya transcurrido un número considerable de sesiones, tiene un peor pronóstico en el resultado final (DeRubeis & Feeley, 1990; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Piper, Azim, Joyce & McCallum, 1991; Saunders, Howard & Orlinsky, 1989, citado en Corbella & Botella, 2011).

Desde los inicios de la década del 80 del siglo pasado el campo de las terapias cognitivas se fue ampliando con los aportes de teóricos e investigadores de variados orígenes, incluyendo los trabajos en cognición social de Bandura, los del grupo liderado por Mahoney y otros, que fueron dando forma a la terapia cognitivo-conductual, que combina los aportes de la teoría del aprendizaje y de las terapias conductuales, con los modelos cognitivos que ponen énfasis en los pensamientos y creencias, otorgándole un papel importante en la explicación de los trastornos, y recurriendo a técnicas conductuales como la exposición con la finalidad de modificar los pensamientos. Este modelo combinado es el que se consolida hacia fines de siglo como el más ampliamente aceptado, y sus técnicas principales - más allá de las diferencias entre los distintos abordajes propuestos por autores e investigadores - son la reestructuración cognitiva, entendida como la identificación y modificación de las cogniciones que determinan y mantienen los problemas psicológicos; las técnicas de resolución de problemas, que buscan aportar un método sistemático para mejorar la forma en

que las personas enfrentan sus problemas; y el entrenamiento en habilidades, con el objetivo de mejorar el repertorio con el cual las personas actúan frente a situaciones estresantes y problemáticas (Fernández et al., 2012).

3.1.2 Terapias de tercera generación.

Desde mediados de la década del 90 comienza a consolidarse un nuevo enfoque terapéutico, el cual pasaría a denominarse como *terapias de tercera generación*; haciendo alusión a las terapias conductuales como primera generación, y a las terapias cognitivas y cognitivo-conductuales como segunda. La justificación para esta renovación se basaba en la existencia de problemas para comprobar empíricamente el valor de los procesos postulados por el modelo cognitivo, el cual intentaba dar explicación a los cambios producidos por las terapias. A su vez, se planteaban otros aspectos relevantes para esta evolución, destacando, entre ellos, el crecimiento de los manuales de tratamiento, los cuales proponían técnicas específicas para los distintos trastornos, así como también la aparición de nuevas teorías que cuestionaban el valor de los postulados mecanicistas de los modelos terapéuticos existentes, proponiendo así nuevos enfoques pragmáticos y contextualistas (Hayes et al., 2004).

Como resultado de dicha evolución, surgen una serie de terapias que permitieron dar respuesta a los cuestionamientos realizados anteriormente por otros modelos; entre las mismas se destacan la terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), la terapia basada en mindfulness, y la terapia dialéctico conductual (DBT, por sus siglas en inglés). La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), puede ser definida en la actualidad como un conjunto variado de abordajes terapéuticos que tienen en común algunos fundamentos teóricos y características que definen sus intervenciones. Entre estos se encuentran: 1- Tomar como referencia el conocimiento psicológico obtenido a través del método científico, combinado con procedimientos basados en la experiencia clínica, lo que implica que es un conjunto de terapias basadas en la evidencia; 2- el objetivo del tratamiento es la conducta y sus procesos subyacentes, que se consideran susceptibles de medición y evaluación; 3- La conceptualización de la conducta como algo aprendido, proponiendo modelos explicativos multicausales; 4- El objetivo de las intervenciones es el cambio de las conductas, pensamientos y emociones, buscando eliminar los desadaptativos y enseñar conductas adaptadas; 5- Las intervenciones se basan en un enfoque empírico que se aplica a lo largo de todo el proceso, desde la evaluación inicial hasta la de los resultados, pasando por el diseño e

implementación; 6- El tratamiento es eminentemente activo, lo que implica la realización de actividades por parte del consultante en su medio ambiente natural; y, 7- La relación terapéutica ocupa un lugar fundamental en el tratamiento, considerando que el contexto terapéutico es tan relevante como cualquier otro para el aprendizaje de nuevas conductas (Fernández et al., 2012).

La ACT surge desde el conductismo radical como un método alternativo de abordaje para pacientes con problemas graves de origen emocional y contextual en donde el terapeuta no puede intervenir de manera directa (Hayes, 2004). Su base filosófica proviene del contextualismo, centrándose en el análisis experimental del lenguaje propuesto por la teoría del marco relacional (RFT). Un concepto clave para la ACT es el de evitación experiencial, que incluye diversas conductas a través de las cuales la persona escapa del sufrimiento psicológico que se presenta a partir de distintas problemáticas conductuales. Dentro del contexto desarrollado anteriormente, el dolor es considerado como una consecuencia natural de la vida, y el sufrimiento innecesario, consecuencia de inflexibilidad o rigidez cognitiva; implicando un problema de la configuración del lenguaje que impide al individuo la correcta adaptación al contexto. De este modo, la flexibilidad cognitiva será el principio base del modelo de ACT, comprendida aquella como la capacidad para generar respuestas que favorezcan la adaptabilidad y el funcionamiento (Hayes et al., 2014). También es definida como la capacidad de adaptar las conductas a las condiciones ambientales para la realización de una tarea (Cañas et al, 2005).

Esta terapia se compone principalmente por seis principios esenciales que permiten a los pacientes el desarrollo de mayor flexibilidad psicológica. En primer lugar, se observa la *aceptación*, definida como la capacidad de reconocer y aprobar nuestras experiencias emocionales, junto con los pensamientos o sentimientos que las componen. Esto implica, aceptar los eventos privados que influyen en múltiples aspectos de la vida que frecuentemente son percibidos como problemas; intentando dejar de considerarlos una carga y, de este modo, disminuyendo la ansiedad y el malestar asociados a los mismos. La *defusión cognitiva* se propone observar sin juzgar nuestros pensamientos y cogniciones en su forma más estructural, como partes del lenguaje, palabras, imágenes, etc. La *experiencia presente* es enfocarse en el aquí y ahora y tomar conciencia plena por medio de una mentalidad abierta y una participación centrada en el contexto y en uno mismo, aceptando las emociones para entender la propia conducta, lo cual será clave para el desarrollo del bienestar psicológico. El

yo observador implica liberarse del apego hacia nuestras propias justificaciones. Desde esta perspectiva, hay que desprenderse del ser y trascender, liberándose de cualquier juicio. Los *valores* implican la exigencia de trabajar en el autoconocimiento, permitiendo clarificar aquello que es valioso para la persona desde el interior, es decir, poder plantear qué es lo que cada uno considera importante en realidad. La *acción comprometida* es la dirección que se debe seguir en base a los valores propios, y no en torno a las exigencias socioculturales. De este modo, se deben trazar metas consideradas importantes para uno mismo y no en relación a lo que los demás impongan (Hayes et al., 2014; Egúsqüiza, 2015; Soriano & Valdivia, 2006).

Según Coletti y Teti (2015), desde este modelo se piensa que la fusión cognitiva -estar atrapado entre pensamientos, sensaciones y emociones-, la tendencia a valorar las experiencias internas como positivas o negativas, la evitación experiencial y la tendencia a justificar los propios comportamientos se destacan por cumplir un rol importante en el desarrollo de los problemas psicológicos. Por lo cual, se propone una alternativa en la cual se tenga como objetivo la aceptación de las propias reacciones automáticas y la concientización del momento, permitiendo elaborar estrategias valiosas con sentido y compromiso personal en las acciones, junto con cambios acordes a una dirección saludable. Las intervenciones se presentarán por medio del uso de metáforas, paradojas y técnicas experienciales para que las personas aprendan a interactuar con sus pensamientos, sentimientos, sensaciones y recuerdos, recontextualizando estos eventos privados en función de los valores significativos en sus vidas (Hayes et al., 2014; Wilson & Luciano, 2002).

Una de las herramientas clave que utiliza la ACT, son las técnicas de conciencia plena provenientes del mindfulness. Según Pareja (2006), el mindfulness se describe como el proceso de atención y conciencia plena de enfoque y reflexión de lo que sucede en el presente. Su objetivo recae en que la persona se centre en el momento presente de manera voluntaria y con aceptación, sin juzgar lo que se presenta a la conciencia, ni tratar de evitarlo o controlarlo. La práctica del mindfulness tiene como objetivo la eliminación del sufrimiento y de las emociones intrusivas. Desde el budismo se piensa que tanto la felicidad como el sufrimiento dependen de la propia actitud mental y no de los hechos (Rinpoche, 2000, citado en Sarmiento Bolaños & Gómez-Acosta, 2013).

La práctica de mindfulness es un componente importante de otros modelos terapéuticos dentro de la tercera ola, como la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT, por sus siglas en inglés) y el Programa de Reducción de Estrés basado en la

Conciencia plena (REBAP, por sus siglas en inglés). En este último se entrenan las habilidades de meditación sentado, escaneo corporal, respiración, y técnicas afines con los abordajes tradicionales - como la psicoeducación -, permitiendo reflexionar acerca de los pensamientos negativos y la conducta (Korman & Garay, 2012). Como forma de afrontamiento del estrés, el programa permite evitar las reacciones negativas frente a experiencias aversivas, manteniendo la calma y deteniendo las respuestas automáticas de la mente (Vásquez-Dextre, 2016a).

Entre las nuevas propuestas, que respondían a estos principios y prestaban mayor atención al aspecto funcional de las conductas, se destacó la terapia dialéctico conductual (DBT), la cual demostró la importancia de un abordaje dialéctico entre la aceptación y el cambio de problemas graves como el mismo trastorno límite de personalidad (TLP). En la actualidad, la DBT se ha constituido en el tratamiento de primera línea para este trastorno (Blanco Artola et al., 2020).

La DBT se basa en la validación de los sentimientos del paciente y en la enseñanza de habilidades psicosociales, combinando el trabajo grupal con la psicoterapia individual. La terapia grupal es el medio fundamental para el desarrollo de las habilidades que el paciente requiere para afrontar sus problemas, especialmente las crisis. Con esta finalidad, se distingue entre cuatro módulos básicos de habilidades: habilidades de conciencia plena (mindfulness), habilidades interpersonales, habilidades de regulación emocional y habilidades de tolerancia al malestar. La terapia individual, por su parte, tiene la misión de acompañar al paciente en la generalización de las habilidades aprendidas a las diferentes situaciones de la vida cotidiana. Además de los módulos grupales de aprendizaje de habilidades y de las sesiones individuales, este tratamiento contempla la posibilidad de mantener un contacto telefónico con el terapeuta en el caso de ser necesario (Linehan, 2003).

De acuerdo con el protocolo propuesto para DBT (Linehan, 1993) se establece una jerarquía para el trabajo terapéutico en donde se dan prioridades a distintos problemas dentro del TLP con la finalidad de lograr una mayor efectividad. En primer lugar, se deben abordar aquellas conductas que atentan contra la vida del paciente, tales como los intentos de suicidio, pensamientos suicidas y autoagresiones. Esta es la prioridad máxima, en la medida en que no es posible ningún cambio si el paciente persiste en atentar contra su propia vida. Esto es claro ya que no hay tratamiento posible con un paciente muerto. En segundo lugar, se busca reducir las conductas que interfieren con el tratamiento. Los pacientes con TLP tienden a tener

conductas de este tipo, como suspender las sesiones sin aviso, llegar tarde, concurrir a las sesiones en estado de intoxicación, poner distancia de aquellas personas que justamente podrían darle ayuda en esta situación, o incumplir sistemáticamente con las tareas terapéuticas acordadas. Luego se puede avanzar en el trabajo con aquellas conductas que atentan contra la calidad de vida. En los pacientes con TLP se suelen dar una gran variedad de estas conductas, tales como abusar de sustancias, de la comida, descuidar la salud, las responsabilidades escolares o laborales, y no recurrir a la red de apoyo en busca de ayuda. Recién cuando todas estas conductas estén controladas se podrá avanzar con seguridad en el desarrollo de habilidades que le permitan al paciente mejorar sus estrategias de afrontamiento, su capacidad de regulación emocional y comenzar a tener relaciones más armónicas y significativas, sin caer en los excesos propios del trastorno (Linehan, 1993).

3.1.3 Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad

Los trastornos de la personalidad representan una clara demostración de la importancia que tienen los esquemas. En los pacientes con un trastorno de este tipo, el trabajo con los esquemas se ubica en el centro de los esfuerzos terapéuticos y la evaluación de los mismos es un elemento primordial de la conceptualización del caso. En principio, se trata de identificar los esquemas predominantes, infiriéndolos de la conducta o a través de la interpretación de la información obtenida durante las entrevistas iniciales y la anamnesis. Para su evaluación es necesario considerar dos ejes principales, uno de ellos que va desde lo activo - más manifiesto - a lo inactivo - aquellos esquemas que se encuentran en estado latente -, y el otro eje se extiende desde lo más resistente hasta lo modificable. La determinación de estas dos dimensiones es esencial para la conceptualización del caso y la elaboración de una estrategia de tratamiento (Beck & Freeman, 1995).

Por otra parte, el tratamiento de los trastornos de personalidad presentó desde el principio un conjunto de dificultades para su abordaje desde el modelo cognitivo, problemas reconocidos por Beck y Freeman (1995). Los autores señalan que en muchos casos los esquemas disfuncionales son difíciles de cambiar, aun cuando el paciente sepa que son erróneos, y esto lo explican por dos razones principales: en primer lugar, incluso cuando los esquemas son contraproducentes en el largo plazo, las personas pueden obtener algunos beneficios limitados a corto plazo que se resisten a resignar. Además, el cambio a nivel de esquemas que forman parte de la personalidad se vive como todo un cambio de paradigma,

que requiere renunciar a una hipótesis ya arraigada para aceptar otra menos familiar.

Como respuesta a estas limitaciones en el abordaje de los trastornos de personalidad desde la terapia cognitiva de Beck, Young (1999) desarrolló un modelo integrador poniendo mayor énfasis en los orígenes de los problemas psicológicos, en los patrones de funcionamiento psicosocial y en los temas centrales que aparecían asociados con las cogniciones y conductas desadaptativas. En su propuesta original, Young (1999), sostiene que la terapia cognitiva de corta duración propuesta por Beck y Freeman (1995) suponía una mínima flexibilidad cognitiva de los pacientes, que permitía la modificación de los esquemas a través del empirismo colaborativo. Flexibilidad que no se encuentra en la mayoría de los pacientes que sufren un trastorno de personalidad. Además, la terapia cognitiva requiere que los pacientes tengan accesos a sus pensamientos y sentimientos, algo que se ve obstaculizado en el caso de los pacientes con trastorno de personalidad que a menudo los bloquean, como estrategia crónica, llevando al fracaso los esfuerzos terapéuticos. A esto se suma que estos pacientes suelen tener relaciones interpersonales disfuncionales, impidiendo la generalización de lo trabajado durante las sesiones a sus actividades diarias. Todas estas características diferenciales de los trastornos de personalidad, se explican por la existencia de *esquemas desadaptativos tempranos* (EDT), los cuales se ubican en un nivel más profundo que las creencias subyacentes y distorsiones cognitivas. Estos EDT se corresponden con temáticas muy estables y duraderas desarrollados durante la infancia y que sirven como marcos para el procesamiento de toda la experiencia posterior (Young, 1999).

En este modelo presentado por Young se evidencia mayor confrontación de las creencias del paciente y menos descubrimiento guiado que en el modelo original de Beck, implicando una mayor carga afectiva en las sesiones y una mayor duración del tratamiento. Un aspecto importante del modelo es que se propone, entre los objetivos principales, que el paciente deje atrás las conductas de evitación, concentrando el trabajo en las operaciones de mantenimiento, evitación y compensación mediante las cuales estos esquemas se sostienen en el tiempo (Gabalda, 2011).

Si bien los abordajes que forman parte de la terapia cognitivo-conductual (TCC) han demostrado ser eficaces para tratar gran variedad de trastornos, la eficacia de sus intervenciones para los trastornos de personalidad es algo más controvertido y varía mucho entre los distintos trastornos, siendo mayor en algunos de ellos como el trastorno límite, el trastorno por evitación y el por dependencia, y algo menor en el caso de trastornos como el

esquizoide, el antisocial y el narcisista (Caballo, 2001). Sin embargo, en la actualidad este enfoque terapéutico constituye la primera línea de intervención para los trastornos de la personalidad, ya que el resto de los modelos existentes no llegan a la categoría de *bien establecidos*, alcanzada por la TCC. Algunos de ellos son considerados en la categoría *probablemente eficaces*, con algunas excepciones, como en el trastorno límite de la personalidad, en donde las intervenciones de la DBT han demostrado su eficacia para reducir los intentos de suicidio, autolesiones, ira, agresión y síntomas depresivos (Blanco Artola et al., 2020).

3.2 Trastorno Límite de la Personalidad

3.2.1 Diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad. DSM-5 y CIE-10

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por patrones dominantes de inestabilidad emocional. Esto incluye dificultades en las relaciones interpersonales, tendencias impulsivas intensas y una percepción desfigurada de la autoimagen. Para que pueda ser considerado TLP, debe cumplir con cinco o más criterios diagnósticos; además, se debe tener en cuenta un criterio extra asociado a la presencia sintomatológica durante varios años, con alta intensidad, recurrencia y afección considerable en la vida cotidiana de la persona (American Psychological Association, 2014).

Los síntomas posibles asociados con el TLP según los criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; American Psychological Association, 2014) son: el esfuerzo para evitar el abandono, la alteración de la autoimagen, los vínculos interpersonales inestables en los que se tiende a la idealización/depreciación de las personas, impulsividad, tendencia suicida, gestos o amenazas de automutilación, cambios repentinos en el estado de ánimo de breve duración, sentimientos de vacío constantes, ira intensa o conductas inadecuadas o problemas con el control de la misma. También pueden manifestarse pensamientos paranoides de corta duración o síntomas disociativos graves causados por estrés.

Desde el primer y segundo criterio se abordan los esfuerzos por evitar el abandono ya sea real o imaginado y la alteración de la autoimagen. Los individuos con TLP no son capaces de tolerar la soledad y suelen pensar o sentir que serán abandonados. Esto lleva a pensar en la desregulación emocional, la cual se caracteriza por sentimientos de angustia o furia, y preocupaciones por las miradas externas, es decir cómo se los etiqueta. A raíz de ello,

se ven obligados a pensar que son malos o perversos, ya que las personas con dicho trastorno no son capaces de identificar los propios pensamientos y emociones de manera correcta (Mosquera & González, 2011).

En el tercero de los criterios se observan las relaciones interpersonales inestables e intensas con idealización y/o devaluación de las personas. En ocasiones estas relaciones son marcadamente dependientes y caracterizadas por conductas paradójicas, ya que, aunque las personas con TLP buscan protección y afecto, suelen hacerlo de un modo que genera rechazo y pueden tener crisis emocionales cuando este rechazo despierta en ellos el temor al abandono (Caballo & Camacho, 2000).

El cuarto criterio se caracteriza por la alteración de la identidad: inestabilidad emocional. Presentan autoimagen alterada y percepción errónea de sí mismo. Su imagen se encuentra alterada, llegando a pensar en la inexistencia propia. Esto se debe a que sienten que no son apoyados y acompañados como ellos desean por miedo a ser abandonados y despreciados por sus padres y el entorno (Guerrero & Sánchez, 2005).

En el quinto criterio se plantea la impulsividad en dos o más áreas que presentan un riesgo para ellos mismos, como, por ejemplo, consumo de drogas, atracones alimenticios, actividades sexuales sin cuidado, etc. La misma es definida como comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o de automutilación. Los pacientes llevan a cabo actos de automutilación con ideas de suicidio frecuentes, siendo este el motivo más importante de consulta. Dichos actos son desencadenados por sentimientos de abandono. De este modo, la automutilación frecuentemente ocurre cuando se sienten enfadados u angustiados, brindándoles un gran alivio en el momento (Caballo & Camacho 2000).

El sexto criterio plantea que la desregulación emocional afectiva es causada por factores alterados en el estado de ánimo, como disforia, irritabilidad y ansiedad. Las personas con TLP suelen tener una hipersensibilidad respecto de las influencias ambientales, llamado por Linehan ambiente invalidante, siendo este la principal causa de la desregulación emocional que afecta drásticamente su estado anímico (Linehan, 1993).

El séptimo criterio se centra en la sensación crónica de vacío que sienten las personas con este trastorno. Los pacientes con TLP suelen ir constantemente en búsqueda de algo que hacer, con el fin de que los mantenga ocupados. Aunque cabe mencionar que, a veces, sienten una gran motivación por la realización de dichas actividades, pero luego de un breve periodo tienden a aburrirse y abandonarlas, ya que se aburren con facilidad y no descubren algo que

los realice totalmente (Zanarini et al., 2007).

En los dos últimos criterios se aborda el enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (impulsividad) y la ideación paranoide transitoria causada por estrés o disociación. La dificultad para controlar la ira genera respuestas erráticas caracterizadas por cambios repentinos de humor o sensaciones de pérdida de control de su conducta, esto desencadena una serie de alteraciones emocionales que pueden ser verbales, físicas, o la combinación de ambas. A su vez, se cree que estas actitudes, en parte, se generan por modelado, es decir, por vivencias repetidas de estas conductas dentro de su contexto más cercano. Si un individuo creció en un contexto donde la impulsividad, la agresión y las emociones intensas se repetían con frecuencia, es muy probable que, a causa de ello, estas se vean reflejadas en su conducta. Este tipo de conductas frecuentemente se asocian con asumir a futuro el rol de uno de sus padres, ya sea el agresivo de su padre, o la vulnerabilidad de su madre ante las agresiones de su esposo. En cambio, desde las disociaciones se evidencian alucinaciones de tipo auditivas, las cuales corresponden a estados mentales alejados de la realidad, despersonalización, amnesias e intrusiones. Por otra parte, es pertinente destacar la importancia de este último criterio, dado que los síntomas frecuentemente se ven observados en pacientes de gravedad con TLP (Mosquera & González, 2013).

Según la CIE-10 (World Health Organization [OMS], 2011) se considera a los TLP como alteraciones graves cuyas tendencias conductuales afectan varias áreas de la personalidad relacionadas a conflictos interpersonales graves y desorganizados. Sus inicios pueden ser precoces, ya que pueden aparecer desde la niñez hasta la adultez temprana, con una sintomatología caracterizada por la tendencia impulsiva. Las personas que lo sufren no presentarían la capacidad de poder prever las consecuencias de sus actos.

Se distinguen dos tipos de TLP, el primero, identificado como Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo, caracterizado por síntomas predominantes de inestabilidad emocional y ausencia en el control de los impulsos; destacando síntomas secundarios como explosiones de ira o comportamientos amenazantes frecuentes, causados por frustraciones o críticas externas hacia su persona. Dentro del mismo, se incluyen la personalidad explosiva/agresiva, el trastorno explosivo y agresivo de la personalidad, y se excluye el trastorno disocial de la personalidad. El segundo tipo de TLP se identifica como trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite, caracterizado por autoimagen alterada, objetivos y preferencias internas confusas o alteradas,

relaciones intensas e inestables que causan desregulación emocional, y amenazas suicidas u actos autolesivos (OMS, 2011).

Según Corchero y colaboradores (2012), el TLP puede iniciarse en la adolescencia o en la adultez, transitando un curso crónico en algunos individuos. A su vez, sostienen que los casos en donde su inicio es precoz suelen tener peores pronósticos, especialmente si existe consumo de sustancias y conductas auto destructivas. Desde esta perspectiva, plantean que las transiciones más sintomáticas son en la adultez, destacándose el periodo entre los 20 y los 35 años de edad. Estos periodos son claves en la vida del individuo, ya que debe desarrollar su independencia y construir el futuro en el cual se va a ver obligado a atravesar múltiples situaciones estresantes que lo afecten y le brinden una razón para desregularse emocionalmente. A su vez, consideran que dicho trastorno atraviesa fases de estabilidad y de recaídas, en las cuales habrá una tendencia hacia la estabilidad a partir de los 35-40 años, en donde los síntomas comienzan a disminuir, sobre todo la impulsividad.

3.2.2 Prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad

La prevalencia aproximada del TLP se considera cercana a entre el 2% y 5,9% de la población, siendo uno de los trastornos más graves de aparición frecuente en jóvenes menores de 20 años. Dentro de los casos estudiados se estima que entre el 10% y el 13% de los pacientes son ambulatorios, el 30 % hospitalizados, y la cifra se incrementa en pacientes con trastornos comórbidos. Gran parte de estos datos son aproximaciones, debido a que las prevalencias y comorbilidades de dicho trastorno se desconocen con exactitud, derivando en estimaciones en base a diferentes estudios según las prevalencias sociodemográficas que abarque cada uno de ellos. A su vez, cabe destacar que las mujeres son más propensas a desarrollar este trastorno, ya que las mismas manifiestan sus emociones con mayor intensidad, tendiendo a la agresión autodirigida. En cambio, los hombres tienden a disimular u ocultar mayormente el sufrimiento emocional (American Psychological Association, 2014, Aragonés et al., 2013; Caballo, 2004; Gunderson, 2018; Grant et al., 2008).

Según Agrest y Wikinski (2004), entre el 8 y el 10% de las personas con TLP cometen suicidios, dando una alta incidencia respecto al índice de suicidios cometidos por otros factores dentro de la población general. A su vez, mencionan que hay una alta comorbilidad con la depresión, el abuso de sustancias y el trastorno bipolar, dando como resultado una etiología asociada a antecedentes de abuso, maltrato en la infancia y adolescencia, y

abandono o pérdida de alguno de los padres.

3.2.3 Comorbilidad en el Trastorno Limite de la Personalidad

Desde el DSM-5 (APA, 2014) se plantea la comorbilidad del TLP con trastornos depresivos, trastornos ansiosos (por ejemplo, trastorno por ataques de pánico), trastorno por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria y trastorno por abuso de sustancias.

Según los estudios de Aragonés y colaboradores (2013), los pacientes con TLP frecuentemente presentan trastornos mentales comórbidos, destacando los trastornos afectivos 26,3%, trastornos psicóticos 5,1%, abuso de sustancias 21,5%, y trastornos neuróticos asociados al estrés y desordenes somatomorfos 38,1%.

Según Putman (1997) existe una alta prevalencia de pacientes con trastornos de identidad disociativos, evidenciando una aproximación del 30% al 70%, que cumplen con los criterios necesarios para ser diagnosticados con TLP.

Desde otra perspectiva se observó que la comorbilidad del TLP se asocia con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, bipolar, esquizotípicos y narcisistas (Grant et al., 2008). Echeburúa y Marañón (2001) señalan que se deben incluir algunos trastornos de la conducta alimentaria - como la bulimia, la anorexia y el trastorno por atracones (ingesta compulsiva) - siendo la bulimia, la que aparece con mayor frecuencia en los trastornos de la personalidad limite, debido a posibles abusos sexuales sufridos durante la infancia (Claridge et al., 1998; Echeburúa & Marañón, 2001).

Desde los estudios realizados por Johnson y colaboradores (1999), se puede demostrar que las personas que sufrieron abuso sexual o negligencia tienen mayores posibilidades de ser diagnosticados con TLP.

Son muchas las comorbilidades existentes para el Trastorno Limite de la Personalidad, pero cabe destacar el escaso número de investigaciones realizadas sobre la asociación entre el TDAH y TLP. Según Quiroga y adjuntos (2009), los síntomas coincidentes en ambos trastornos con mayor frecuencia son la impulsividad y la inestabilidad emocional. Además, destacan la importancia de síntomas secundarios dentro del TLP como el déficit de atención y la hiperactividad, los cuales son comórbidos con el TDAH.

3.2.4 El desarrollo del Trastorno Límite de la Personalidad desde diferentes abordajes

El Trastorno Limite de la Personalidad es uno de los trastornos más complejos de

diagnosticar y tratar, caracterizándose por las comorbilidades con otros trastornos. Algunos autores como Zanarini y colaboradores, adjudican los síntomas pertenecientes al TLP a causas multifactoriales. Dentro de los factores explicativos se encuentran antecedentes de abuso sexual durante la infancia y antecedentes familiares relacionados al abuso de sustancias, siendo estos las causas más frecuentes en el desarrollo del trastorno (Zanarini et al., 2006).

Otra forma de comprender el origen de este trastorno es a través de la influencia del contexto sobre las conductas. Según el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) se piensa que las personas están atravesadas por múltiples ambientes, dentro de los cuales desarrollan sus actividades diarias. Estos contextos influyen de manera directa en su desarrollo cognitivo, moral e interaccional. Es decir, las personas nacen con una serie de atributos genéticos que se conforman y modelan en función del contacto con el entorno en el que el individuo se desenvuelve. Dentro de este modelo se pueden distinguir ciertas estructuras ambientales organizadas en cuatro niveles distintos de interacción. El microsistema es el más cercano a la persona y el más influyente. Comprende sus comportamientos, roles y relaciones características de los contextos cotidianos en los que interacciona, como, por ejemplo, el contexto familiar, en el que pueden generarse una gran variedad de situaciones que influyan en la persona y modelen sus conductas (padres, hijos y hermanos). El mesosistema comprende las relaciones con el entorno en donde el individuo participa activamente, como, por ejemplo, las instituciones de educación o el trabajo, siendo estas una extensión del núcleo familiar y el principal contexto externo de interacción del individuo. Este nivel contribuye al desarrollo estable de la personalidad, aunque la estabilidad de la personalidad va a depender, en primer lugar, de las influencias de las relaciones personales y de la forma en que los padres cumplan con su rol educativo y ayuden al individuo a desenvolverse correctamente en la sociedad. Cuando los padres no desempeñan su rol como tal, estos contextos serán fuentes estresantes para la persona, que luego podrán derivar en problemas conductuales. El exosistema comprende los entornos de interacción no directa por parte de la persona, pero que, sin embargo, los hechos que ocurran dentro del mismo lo afectarán. Un ejemplo es el lugar de trabajo de los padres, donde se verán influenciados por otros, dando como resultado una influencia en sus hijos de manera indirecta. Finalmente, se ubica el macrosistema, distinguido por englobar todos los factores ligados a la cultura y al momento histórico cultural en que la persona interactúa. En ambos casos el mayor peso recae sobre el contexto

familiar, lo que constituiría el microsistema, en donde se da una parte fundamental de la historia de aprendizaje de la persona.

Desde este punto de vista, se puede deducir que las variaciones conductuales dependen del contexto en que se desarrolla la vida cotidiana de una persona, que va a tener variaciones conductuales según el medio sociocultural y su experiencia personal. Entonces, la explicación genética no se corresponde con una causalidad lineal, sino que se da en el contexto de sistemas ambientales, debido a que los individuos no actúan solos, sino que lo hacen en base a las influencias que reciben de su ambiente. De este modo, los contextos conductuales dependen de las interconexiones sociales que existen entre los diferentes ambientes, incluyendo la comunicación, la actuación conjunta y las relaciones establecidas entre los diferentes entornos (Pérez Fernández, 2004).

Aunque no existen modelos psicoterapéuticos que dejen de lado completamente al contexto, y, por lo tanto, podría decirse que todas las terapias son de alguna manera contextuales, existen diferencias importantes entre aquellas que ponen énfasis en procesos internos -como el procesamiento de la información o las dinámicas del inconsciente - y aquellas que dan un lugar más importante al contexto interpersonal en la explicación de los fenómenos psicológicos y de los que se consideran trastornos psicológicos. En este sentido, un modelo terapéutico contextual explica los trastornos como el resultado de la relación funcional entre la persona y su contexto, en lugar de adjudicarlo a problemas internos del individuo, dejando al contexto en un lugar secundario (Pérez Álvarez, 2014).

El modelo biosocial de Linehan (1993) considera que el núcleo del trastorno recae en la desregulación de las emociones, con inestabilidad en distintos niveles - cognitivo, interpersonal, de identidad y conductual. A su vez, esta desregulación se explica por la existencia de una estrecha relación entre la vulnerabilidad y las interacciones en los ambientes familiares, caracterizadas por la invalidación de los sentimientos de la persona. La vulnerabilidad emocional ha sido definida por Linehan (1993) como la tendencia a responder a los estímulos ambientales con una alta reactividad e intensidad, y con un lento retorno a la línea de base de la emoción.

Linehan (1993) denominó al factor ambiental con el término de ambiente invalidante, definiéndolo de dos maneras: una asociada a un contexto en el que frecuentemente se objeta inadecuadamente a las experiencias personales, minimizándolas o respondiendo exageradamente a la comunicación de las preferencias, pensamientos y emociones, y la otra,

asociada a un ambiente en donde falla la instrucción en las habilidades de regulación emocional, causando alteraciones en los aprendizajes personales. Dicha construcción del ambiente invalidante es un constructo clave entre los factores determinantes para el desarrollo del TLP. El ambiente familiar invalidante puede responder a tres tipos: las familias caóticas, las familias perfectas y las familias típicas. Las primeras son las que están formadas por figuras parentales que tienen trastornos psicopatológicos, abuso de sustancias o conductas inadecuadas, que les hacen descuidar a sus hijos. Las familias perfectas son aquellas en las que no se toleran las debilidades o la expresión de emociones negativas, mientras que las familias típicas son las que enseñan a sus hijos a reprimir sus emociones (Linehan, 1993). Cabe mencionar que los individuos que crecen en ambientes invalidantes, a lo largo del tiempo, generarán conductas inapropiadas con el fin de que sus padres respondan a esos sentimientos menospreciados. De no hacerlo, pueden llegar a autoinfligirse daño u adoptar una ideación suicida.

La importancia de este ambiente invalidante en el origen de la desregulación en pacientes con TLP, permite caracterizarlo como un trastorno de origen interaccional y determina que se considere a la validación de las emociones del paciente como una de las intervenciones fundamentales para el abordaje de esta patología (Apfelbaum & Gagliesi, 2004; Vásquez-Dextre, 2016b).

En el caso del TLP, la teoría biosocial postula que el ambiente invalidante contribuye a la desregulación emocional en la medida en que no logra enseñar al niño a identificar, poner nombre y modular su malestar y, sobre todo, porque genera desconfianza en él acerca del valor de sus emociones como interpretaciones válidas de su realidad. En este contexto, las respuestas impulsivas de los pacientes con este trastorno se pueden entender como intentos de afrontamiento desadaptativos en el largo plazo, pero con cierta eficacia en el corto plazo, ya que les permiten regular sus emociones, aliviando el sufrimiento y la ansiedad que éstas les generan (Linehan, 2003).

3.2.5 Intervenciones para el tratamiento del TLP desde la TCC y terapias de Tercera Ola

Según Álvarez (2006) existen diferentes abordajes para el desarrollo de intervenciones en el TLP - en el marco de las terapias cognitivo conductuales - como la DBT, la TCC tradicional y la terapia basada en esquemas. En todas ellas el objetivo principal es la modificación conductual del sujeto, abordando desde lo más global hasta lo más próximo a la

persona, sin enfocarse demasiado en el problema. Al mismo tiempo, toman en cuenta las vivencias del paciente que refieren a su problemática y de qué forma el contexto sociocultural produjo la desadaptación conductual (Coutiño, 2012).

En cambio, desde Hunt (2007), se pueden utilizar diferentes intervenciones para el TLP. Entre las más destacadas se encuentran el tratamiento farmacológico y la terapia individual. En el farmacológico se indica el uso de estabilizadores del estado de ánimo, ISRS, y antipsicóticos atípicos; y desde la psicoterapia individual se proponen intervenciones centradas en aumentar la tolerancia a la angustia, frustración y regulación de las emociones.

La DBT es el tratamiento con mayores resultados en el TLP, demostrando ser capaz de reducir varios conflictos asociados a dicho trastorno, como, por ejemplo, autolesiones, amenazas o intentos suicidas, sensación de vacío, depresión y conductas impulsivas que pueden estar asociadas con trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia y el trastorno por ingesta compulsiva/atracones (Elices & Cordero, 2011).

El tratamiento desde la DBT se organiza de acuerdo con prioridades que colocan en primer lugar las conductas que atentan contra la vida, luego las que atentan contra el tratamiento, y después las que atentan contra la calidad de vida del paciente. Luego, se trabaja en el desarrollo de habilidades para avanzar en el abordaje de cuestiones relacionadas con el vacío existencial. Además de la validación, la regulación de las emociones comprende la inhibición de conductas ante la presencia de intensas emociones, tanto positivas como negativas, mantener el control en los impulsos ante estas activaciones emocionales, pensar y anticipar acciones antes de actuar, y mantener el foco atencional (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

El tratamiento se desarrolla en una dinámica permanente entre aceptación y cambio, en una dialéctica permanente que intenta evitar la resistencia que este tipo de pacientes suelen tener a los cambios, fomentando la aceptación de los sentimientos y pensamientos, al mismo tiempo que se trabaja para lograr cambios en aquello que resulta necesario. Este movimiento dialéctico exige del terapeuta una actitud flexible y compasiva que debe lograr transmitir al paciente, siendo al mismo tiempo exigente y contenedor, enseñándole que habrá cambios que no le agraden, pero que son necesarios para lograr aquellos que sí desea. El equilibrio entre aceptación y cambio es la clave de la DBT y explica su mayor eficacia comparada con los abordajes que se centran primordialmente en el cambio de las conductas (Vásquez-Dextre, 2016b).

3.2.6 Abordaje de la impulsividad en el TLP

Según el diccionario de la Real Academia Española, la impulsividad es descrita como un impulso, deseo o motivo, que lleva a actuar de forma rápida e inesperada, sin prudencia ni reflexión de las consecuencias (Real Academia Española, 2021). Un ejemplo claro de impulsividad pueden ser las conductas agresivas destructivas, el consumo de sustancias y los gastos compulsivos (APA, 2014).

A su vez, la impulsividad fue definida por Eysenck y Eysenck (1977) como la falta de previsión y escasez en el control de los impulsos, así como también la tendencia hacia el atrevimiento y la toma de riesgos. A partir de dicha visión se desarrollaron distintas vías en la búsqueda de definiciones alternativas para dicho problema. Entre los diferentes abordajes se destacan aquellos que definen a la impulsividad como una predisposición biológica que tiende a la realización de acciones poco reflexivas y sin medición de consecuencias (Moeller et al., 2001). Considerada como un rasgo de la personalidad, la impulsividad influye en varias áreas de la conducta y el pensamiento del individuo. Al mismo tiempo, puede ser definida como un síntoma que surge en respuesta a influencias ambientales o biológicas causadas por sustancias que alteren la conducta (Medina et al., 2015).

Según Farrús (2014), los estudios acerca de la relación entre la impulsividad y el surgimiento de conductas desadaptadas han aumentado en los últimos años. Algunos describen cómo las personas impulsivas son más propensas a consumir drogas, exhibir conductas patológicas y a desarrollar trastornos mentales debido a los contextos en los que se desarrollan.

Algunas de las técnicas utilizadas para el control de la impulsividad desde la TCC se basan en la autoconciencia, el control de los impulsos y emociones, fortalecer el sentido de identidad, abordar los supuestos base y reducir el pensamiento dicotómico (Beck & Freeman, 1995).

Según el modelo biosocial, una de las formas en que el ambiente invalidante actúa es al no enseñar a los niños a modular la activación y tolerar el malestar. En consecuencia, desde la DBT se propone el entrenamiento grupal de distintas habilidades que le permitirían a la persona responder frente a sus emociones de una forma más adaptativa en el largo plazo. Dentro del conjunto de habilidades que se trabajan en esta terapia, las habilidades de regulación emocional se utilizan en los casos en que el paciente está en condiciones de identificar y aceptar sus emociones para evitar el escalamiento, mientras que en los casos de

crisis aguda se utilizan las habilidades aprendidas en el módulo de tolerancia al malestar. De acuerdo con Linehan (1993) una persona con TLP se encuentra atrapada entre dos polaridades, incapaz de conseguir una síntesis. Sus pensamientos, emociones y conductas son dicotómicas y extremas, y es tarea del terapeuta prestar atención a esta polaridad para ayudar al paciente a lograr una síntesis viable.

Se distinguen aquí cuatro tipos de estrategias básicas: de distracción, búsqueda de estímulos positivos, mejorar el momento, y pensar en los pros y contras de los actos. Entre las formas de distracción se proponen una gran variedad de actividades que van desde limpiar hasta practicar algo que resulte agradable, pasando por ir a espectáculos, visitar a un amigo, hacer un paseo o arreglar el jardín. La finalidad de cualquiera de estas actividades es dirigir la atención hacia cuestiones positivas, dejando por un momento de concentrarse en las emociones negativas. Estas mismas actividades pueden servir para responder a la estrategia de buscar estímulos positivos. En esta estrategia se trata de lograr una estimulación relajante a través de los sentidos, observando imágenes bellas, escuchando melodías agradables o dándose un baño de espuma. Las estrategias orientadas a mejorar el momento implican un mayor esfuerzo por relacionarse de una manera diferente con los propios pensamientos y emociones. Se recurre para eso a la imaginación, planteándose escenarios en los cuales las cosas se resuelven de buena manera y las emociones negativas que se experimentan se diluyen. También se propone un esfuerzo para concentrarse en los valores que dan un significado diferente al dolor, haciendo de la necesidad, virtud. La estrategia de pensar en los pros y contras de la situación puede expresarse en un listado en el que se incluyan todas las consecuencias de tolerar o no el malestar, poniendo énfasis en los objetivos a largo plazo, recordando lo que ha sucedido en otras ocasiones en las que no se pudo tolerar el malestar (Linehan, 2003).

En una versión actualizada de las estrategias para superar las crisis, Linehan y Wilks (2015) proponen un acrónimo para simplificar el trabajo de aceptación del momento presente, para lograr un control de los impulsos que ayude a la supervivencia. El mismo es presentado como TIP, correspondiendo, en inglés, a sumergir el rostro en agua fría, ejercitarse intensamente y relajar la musculatura o la respiración. Estas estrategias se basan en la evidencia existente acerca de la posibilidad de disminuir el nivel de activación a través de técnicas que actúan sobre el sistema nervioso, como el ejercicio físico, la reducción de la temperatura y los ejercicios de respiración y relajación muscular. Todas estas técnicas se

basan, para los autores, en una postergación de las satisfacciones orientada a la prevención de resultados negativos en el largo plazo, algo que los pacientes con TLP encuentran muy difícil de lograr. Estas técnicas buscan que los pacientes sean capaces de aceptar sus emociones, encontrar un sentido en el dolor que están experimentando y tolerar el malestar, de manera que puedan seguir adelante para vivir una vida que valga la pena ser vivida (Linehan & Wilks, 2015).

4 METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio es de carácter descriptivo.

4.2 Participantes

Los participantes son:

Un paciente de 27 años, con presunto diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, cuyo motivo de consulta es la dificultad en el control de los impulsos. Actualmente vive con sus padres, pero está pensando en mudarse solo dentro del mismo edificio que residen. Su padre tiene un historial psiquiátrico y toma medicación actualmente, mientras que su madre mantiene con el paciente una relación ambigua y marcada por la ambivalencia afectiva, por momentos lo maltrata verbalmente y en otros le dice que no podría vivir sin él. El paciente trabaja como conductor trasladando personas para una empresa reconocida mundialmente. Tiene una hermana mayor que no vive con ellos.

Psicólogo tratante (29 años) profesional de la institución desde hace ya dos años y con una especialización en Terapia Cognitiva Conductual y Terapias De Tercer Ola.

4.3 Instrumentos

Las técnicas utilizadas para dicho estudio fueron la observación no participante dentro del espacio de supervisión de la práctica profesional, la cual tuvo una modalidad online debido al contexto pandémico actual.

Entrevistas semidirigidas al terapeuta encargado del paciente, con el fin de poder hacer un seguimiento para la descripción del caso. Los ejes de las mismas se centraron en indagar acerca de las características del contexto familiar, las posibles conductas disfuncionales, la sintomatología impulsiva del paciente, estrategias y técnicas de intervención terapéutica desplegadas por el profesional y la evolución del mismo en el

proceso terapéutico.

4.4 Procedimiento

Se procedió a la realización de tres entrevistas semidirigidas al terapeuta a cargo con el fin de conocer con exactitud las conductas del paciente y su tratamiento. Cada una de ellas tuvo una duración aproximada de 30 minutos y entre una entrevista y otra transcurrieron dos semanas. Las entrevistas fueron reunidas en un documento de texto para el posterior análisis en función de los objetivos. Se hicieron algunas consultas a través de WhatsApp para complementar la información.

Por último, se realizó una observación no participante cada dos semanas del espacio de supervisión de los profesionales en desarrollo, de forma online, con una duración aproximada de 90 minutos cada encuentro. Se tomaron notas inmediatamente después de cada reunión para realizar un análisis de contenido que complemente la información obtenida a través de las entrevistas.

5 DESARROLLO

Este trabajo se basa en el análisis del caso de un paciente de sexo masculino, 27 años de edad, que vive con sus padres y tiene una hermana mayor que no convive con ellos. El mismo, trabaja de 8 a 12 horas al día como chofer para una aplicación reconocida de traslado de pasajeros. Llega solicitando iniciar una terapia con un motivo de consulta centrado en querer disminuir los actos impulsivos con el fin de evitar conflictos con sus allegados.

5.1 Características de impulsividad de un paciente con TLP y su relación con el contexto familiar

Antes de pasar a analizar las características de impulsividad del caso elegido, es pertinente mencionar que, según lo conversado con el profesional, hasta el momento no se le realizó al paciente un diagnóstico definitivo, debido a la cantidad de sesiones que se llevaron a cabo (siete). Sin embargo, se presentan sospechas fundadas de que se trata de un TLP, ya que en las primeras entrevistas se pudo establecer la existencia de síntomas compatibles con este diagnóstico, principalmente de impulsividad y desregulación emocional, pero también pensamientos suicidas, una percepción muy negativa y desfigurada de su propia imagen, actos impulsivos y una sensación de vacío y de falta de sentido. Cabe señalar que, para poder confirmar el diagnóstico, según el DSM-5 (APA, 2014), el paciente debe cumplir al menos con cinco de los nueve criterios establecidos, que deben estar presentes desde hace años, lo

que en este caso se estaría cumpliendo, y tener alta intensidad y recurrencia, que también sería el caso según el relato del psicólogo. Algo similar ocurre en relación con el diagnóstico según la World Health Organization (CIE-10, 2011), por lo que a continuación se analizan algunos de los síntomas del paciente, focalizando en lo relacionado con la impulsividad y su relación con el contexto familiar.

Analizando la impulsividad del paciente, a partir de lo conversado durante las entrevistas con el terapeuta, se evidencia que la historia de aprendizaje dentro del contexto familiar es muy importante, ya que es donde el paciente desarrolla su desregulación emocional, la cual conlleva a la impulsividad. La importancia del contexto familiar lleva a pensar en el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979), según el cual las características de las personas se desarrollan y modelan en función del contacto con el entorno en el que se desenvuelven, ya que los individuos no actúan solos, sino que lo hacen en base a las influencias que reciben de su ambiente, destacando la importancia de las interacciones entre los diferentes niveles contextuales.

De acuerdo a la hipótesis del contexto invalidante de Linehan (1993), algunas personas tienen una mayor vulnerabilidad emocional, en el sentido de que tienden a experimentar con mayor intensidad sus emociones, y cuando encuentran que sus emociones, y la expresión de las mismas a través de distintos actos, son considerados inapropiados y desvalorizados por las personas de su entorno inmediato, se produce un aprendizaje negativo en relación con la regulación de las emociones. Esto es algo que ocurre frecuentemente en los casos de TLP y que en el caso analizado está referido a situaciones cotidianas dentro del contexto familiar del consultante, como, por ejemplo, cocinar, lavar su ropa y ordenar su habitación; de acuerdo con lo que relata el psicólogo entrevistado, cualesquiera de estas acciones llevadas a cabo por el paciente son criticadas por su madre, quien invalida cada acto de su hijo. En las primeras sesiones, el consultante dice que prácticamente la madre se dirige a él solo para indicarle algo que hizo mal o para reprocharle por algo que debería hacer. Esto sería más marcado cuando el joven está pasando por un periodo en el que su estado de ánimo es negativo, entonces la madre, cuenta el psicólogo, lo critica más, supuestamente con la intención de hacerlo reaccionar. A causa de la repetición de estas situaciones, el consultante se encuentra confundido, identificándose como causa del problema y sintiéndose desmotivado con su vida.

Siguiendo a Linehan (1993), en las influencias de un contexto familiar invalidante se

encontraría el origen de las principales conductas negativas del paciente, que resultan de la pérdida de control de las emociones. Conductas como el consumo de sustancias (marihuana y cocaína), la descarga a través de explosiones de ira o de otro tipo de conductas impulsivas, sin reflexión, tienen la función de ayudar al consultante a regular sus emociones de alguna manera. La misma función cumplen las autolesiones que se produce cuando se enfada mucho con su madre por las constantes críticas que ella tiene para hacerle. De acuerdo con lo expresado por el psicólogo, el paciente tenía algunas conductas de este tipo que cumplían la función de proporcionarle un alivio momentáneo, disminuyendo la ira que siente en esos momentos y que no sabe cómo controlar. Aunque los cortes superficiales son comunes como forma de autolesionarse para encontrar ese alivio, en este caso lo que el paciente hace es darse golpes reiterados en la cabeza, ya sea con ambas manos o chocándola contra la pared o algún objeto contundente. Este síntoma no resulta novedoso, puesto que según Caballo y Camacho (2000) es característico del TLP, destacando que este tipo de conductas ocurren especialmente cuando los pacientes se sienten enojados o angustiados.

Por otra parte, entre las conductas de riesgo que se asocian generalmente con la impulsividad propia del TLP se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas. En el caso de este paciente, y como se ha mencionado anteriormente, ha tenido en el pasado un consumo prolongado de sustancias, centrando su mayor desarrollo durante la adolescencia y disminuyendo en la adultez, aunque, de acuerdo con lo que relata el psicólogo en la entrevista, es una conducta que reaparece cuando el consultante pasa por un momento de desregulación emocional. Tal como indican Agrest y Wikinski (2004), en los casos de TLP es necesario considerar la existencia de un posible trastorno comórbido con sustancias, ya que es una de las conductas impulsivas que pueden surgir como respuesta a la desregulación emocional.

A su vez, cabe destacar que la importancia de las conductas impulsivas en este paciente, como el consumo de sustancias, la ira inapropiada y las autolesiones, van a depender de las interconexiones sociales entre los distintos ambientes con los que interacciona, destacando la importancia de la comunicación, la acción conjunta y las relaciones que establezca en los distintos contextos, especialmente el familiar y el laboral, ya que en ellos pasa la mayor parte del día, junto con el contexto de amistades, que suele ser el más importante dentro de sus tiempos libres (Pérez Fernández, 2004).

En el caso particular que se analiza, el mayor peso recae sobre el contexto familiar, el

microsistema según Bronfenbrenner (1979), donde se ha desarrollado lo fundamental de la historia de aprendizaje del paciente. Durante las entrevistas con el profesional, se evidenció que, dentro de este contexto, el paciente presentó múltiples inconvenientes con la comunicación, junto con déficits en los roles de enseñanza que debieron ser cumplidos por los padres a lo largo del desarrollo de su hijo. En este sentido, se piensa en la posibilidad de que el desarrollo sintomático haya surgido como consecuencia de este contexto familiar, debido a que los padres no cumplieron con el rol de enseñarle a su hijo cómo desenvolverse en la sociedad, que correspondería al mesosistema (Bronfenbrenner, 1979). Lo fundamental, de acuerdo con lo que cuenta el psicólogo en la entrevista, es que el consultante se desarrolló en un contexto donde el maltrato psicológico fue una constante desde antes de su adolescencia, siendo, principalmente, la madre quien se asocia a ese rol. Según cuenta, la inseguridad del paciente tiene mucho que ver con las ambivalencias de su madre, quien desde su temprana adolescencia a menudo le expresaba cuánto lo extrañaría si se mudara del hogar familiar, mientras que al mismo tiempo lo criticaba por muchas de sus actividades de la rutina diaria, manifestándole que todo lo hacía mal, exhibiendo sus fracasos, e insinuándole que no veía el momento de que se marchara de la casa. A partir de esta experiencia, es entendible su inseguridad afectiva y el temor a ser abandonado, algo que Mosquera y González (2013) señalan como característico de las personas que sufren de TLP y una de las bases de su tendencia a desregularse emocionalmente.

Linehan (1993) definiría a esta familia como una familia caótica, en donde se evidencia historial psicopatológico paterno y conductas inapropiadas por parte materna, observándose un descuido de su hijo. Las personas que crecen en estos contextos, frecuentemente, desarrollan tendencias suicidas o conductas impulsivas como autoinfligirse daño o consumir drogas, con el fin de que sus padres respondan a esos sentimientos menospreciados en reiteradas ocasiones. En el caso analizado, y según lo conversado con el profesional, esto se observó en el paciente luego de algunas conversaciones con sus padres y amigos acerca de su futuro. Este tipo de situaciones son percibidas por el consultante como muy estresantes y le generan un profundo sentimiento de fracaso, la sensación de ser un problema para su familia y sus amigos, y el pensamiento de que debería dejar de existir. En más de una ocasión, cuenta el psicólogo, se evidenció que el paciente tuvo ideas de suicidio, aunque nunca dio pasos para llevarlo a cabo por miedo a morir.

5.2 Intervenciones utilizadas por el terapeuta para el control de la impulsividad del paciente desde la TCC.

Tal como lo ha mencionado Fernández junto con sus colaboradores (2012), el objetivo del tratamiento desde la TCC es la modificación de la conducta y los procesos que subyacen a la misma, siendo aquella algo aprendido que surge por factores multicausales. Por lo cual, el objetivo de las intervenciones se enfocará en poder generar un cambio en los procesos que llevan a que la conducta del paciente sea desadaptada. Con respecto a las intervenciones realizadas por el profesional que interviene en este caso, se destacaron técnicas como la reestructuración cognitiva, centrada en la identificación y modificación de las cogniciones que delimitan y mantienen el malestar en el individuo; técnicas de resolución de problemas, que utilizan un método sistemático para cambiar la forma en que el paciente afronta sus problemas; validación de las emociones; y el entrenamiento en habilidades, el cual tiene como objetivo mejorar el repertorio del paciente, modificando la forma en que actúa frente a situaciones estresantes y problemáticas del momento (Fernández et al., 2012).

En primer lugar, y siguiendo el modelo de Linehan, se recurrió a la validación de las emociones como una de las intervenciones fundamentales (Apfelbaum & Gagliesi, 2004; Dextre, 2016b). De acuerdo con lo manifestado por el profesional en la entrevista, esta consistió básicamente en comunicarle al paciente que sus respuestas emocionales ante situaciones estresantes son entendibles y tienen una importancia en su historia y contexto actual, destacando que, aunque de momento no cuenta con los recursos para afrontarla o tolerarla, puede comenzar a desarrollarlos a partir de contextualizar su conducta y adjudicarle un sentido acorde a las circunstancias que atraviesa. Haciendo referencia a ese tipo de intervención, el terapeuta mencionó que en reiteradas ocasiones planteó la posibilidad de citar al grupo familiar a terapia con el fin de enseñarles a validar las emociones de su hijo, ya que de este modo mejoraría la relación familiar y disminuirían las conductas impulsivas del paciente. Pero la respuesta ante el planteo fue negativa, ya que todos los miembros de la familia se negaron a asistir dando como explicación la falta de tiempo debido a sus actividades diarias y evitando de esta manera el encuentro familiar ante alguien que les enseñara cómo actuar para mejorar la calidad de vida de su hijo. Esta situación, señala el profesional, redujo la posibilidad de intervenir a través de la validación a las sesiones, cuando hubiera sido muy valioso lograr que esto se extendiera al contexto familiar, núcleo del problema. A su vez, dadas las condiciones de tratamiento, el profesional decidió concretar entrevistas más breves en momentos libres de su paciente con el objetivo de generar un

consenso normativo de las sesiones y darles una continuidad a los encuentros, ya que los mismos se venían concretando de manera intermitente por la falta de disponibilidad horaria del consultante.

Como forma más asociada con los procesos de cambio, el profesional intervino por medio del uso de la reestructuración cognitiva (Beck & Freeman, 1995), con el fin de modificar las creencias negativas sobre su propia persona y su futuro, que angustiaban tanto al consultante, como medio para reducir algunas de sus conductas problemáticas. En primer lugar, se le enseñó que en los momentos donde sienta que lo invaden una serie de pensamientos y emociones negativos, intente hacer una pausa e identificar bien esos contenidos, analizando la veracidad de los mismos. En la reestructuración cognitiva este es el modo de trascender los pensamientos irracionales, reemplazándolos por otros más positivos y permitiéndole al paciente adoptar una conducta más adaptativa, a partir de la reflexión y construcción. De acuerdo con el psicólogo, el resultado inicial de dicha intervención fue bueno, gracias al buen vínculo que se pudo establecer en las primeras sesiones con el consultante. Durante las mismas fue capaz de identificar y definir los pensamientos y emociones que le surgían ante situaciones estresantes, las cuales frecuentemente se originaban durante diálogos con su madre, quien era responsable de ocasionarle esa ira transitoria, pero también en algunas conversaciones con sus amigos. Esto se vio reflejado durante una de las sesiones, en donde el terapeuta atentamente pregunta al paciente si había podido identificar estos aspectos negativos que lo invadían en alguna situación, y a la vez si logró de alguna forma superarlos. El paciente remitió a una situación particular en donde se encontraba almorzando con su familia en un restaurante. Una vez decididos qué ordenar, su madre le critica lo que ordena diciendo en tono de reproche que esa comida no iba a ser buena para su salud. En ese momento, dice, el paciente comienza a sentirse enfadado y siente el impulso de responder agresivamente al comentario de su madre. Sin embargo, en esa situación pudo controlarse y evitar una respuesta impulsiva, decidiendo responder a su madre de buena manera para no originar un conflicto en público. El consultante expresó en sesión que eso le había parecido muy bueno, ya que, en otras ocasiones, frente a críticas similares había reaccionado impulsivamente y eso lo hacía sentirse muy mal después del incidente.

Una forma de ayudar a controlar las reacciones impulsivas, mejorando las capacidades de regulación emocional, es a través de la identificación y etiquetado de las emociones (Linehan, 1993). Un ejemplo aportado por el psicólogo en una de las entrevistas,

es que, durante una de las reuniones con sus amigos, el consultante fue capaz de identificar la emoción que le iba surgiendo como ira, comprendiendo además que esa ira se debía a un sentimiento de no ser comprendido ni valorado, lo que durante la sesión pudo reconducirse hacia otra emoción que estaba actuando por debajo de la primera, la tristeza. De modo que, según lo observado por el profesional, el paciente asociaba los comentarios de sus amigos con las críticas de su madre y los sentía como hirientes, experimentando la misma ambivalencia que percibía en ella. Esto le generaba un gran malestar y una desregulación de sus emociones, que terminaba precipitando la conducta sin reflexión, como golpearse a sí mismo, estallar con ira o aislarse y consumir sustancias para calmar la ira. Por el contrario, la capacidad de entender el significado de una emoción en lugar de simplemente entregarse a ella permite desarrollar una respuesta más acorde al contexto. Entrenar esta habilidad para aplicarla posteriormente al contexto familiar invalidante fue uno de los objetivos que se propuso para el tratamiento, buscando que las conductas impulsivas que se veían desencadenadas por las acciones de su madre se redujeran y, de ser posible, desaparecieran.

Con respecto a las técnicas de resolución de problemas, se intervino brindándole una serie de tareas a realizar dentro de su contexto habitual, donde el objetivo de las mismas consistía en entrenar habilidades que le permitieran afrontar de un modo más adaptativo las situaciones estresantes (Fernández et al., 2012). Una de las tareas asignadas consistió en intentar identificar lo que consideraba como un problema en ese momento, describirlo, analizar qué lo ocasionó, y en base a eso, pensar en soluciones posibles para abordarlo por medio de la elaboración de un plan de acción en donde sus decisiones le permitieran responder adecuadamente al problema. Dicha intervención se planteó en función de brindarle herramientas al consultante para poder resolver algunos problemas de su vida personal que eran el blanco de las críticas de su madre y que lo hacían sentirse merecedor de ellas y un verdadero fracasado. Sin dejar de lado la validación de sus sentimientos, el psicólogo cuenta que trabajó la resolución de problemas para encontrar formas más activas de hacer frente a estas situaciones, en lugar de recurrir a las conductas impulsivas como forma de evitar las emociones negativas.

Para fortalecer el proceso de cambio, el psicólogo decidió abordar la situación desde otro enfoque, uno en donde el paciente pudiera autorregularse por medio de la aceptación, el compromiso y la concentración en el presente (atención plena), todos aspectos destacados por Hayes (2004) dentro del abordaje de ACT y que pueden ser aplicados en pacientes con

problemas de regulación emocional. De acuerdo con el profesional, lo pretendido desde esta intervención fue que el paciente pudiera reconfigurar su relación con el lenguaje para una adaptación activa al contexto, es decir una que tuviera en cuenta sus valores (Hayes et al., 2014). En el caso analizado se tuvo que trabajar en la identificación de dichos valores, ya que el paciente, probablemente como consecuencia del entorno familiar invalidante, no tenía muy en claro qué es lo que quería alcanzar como metas en su vida personal. Cuando se le preguntó qué le gustaría lograr como objetivo del tratamiento, no pudo ir más allá de poder disminuir su malestar, controlar sus ataques de ira y reducir las peleas con la madre. En una de las sesiones se le propuso hacer una lista de cinco cosas que le gustaría lograr, ordenándolas de acuerdo al valor que tenían para él. Se le ayudó a definir las de la manera más clara posible, sin influir en su elección. Nuevamente apareció tener una buena relación con su madre y mejorar sus relaciones sociales, pero también conseguir un trabajo mejor y que le permita ser más independiente, ya que el trabajo actual de chofer depende del automóvil que le facilitan los padres, así como retomar la actividad física, que en otra época disfrutaba y hace años que no realiza. A continuación se le propuso pensar, para cada uno de esos valores, metas específicas a corto y mediano plazo, identificando conductas que lo acercarían a ellas. En el caso del paciente surgió que el mejorar las relaciones con sus amistades aparecía en contradicción con el objetivo de tener una buena relación con su madre, que constantemente critica a sus amigos y le reprocha el que salga con ellos, por lo que hubo que ayudarlo a pensar en formas de conciliar ambas cosas. Para poner a prueba la jerarquía de los valores identificados se le pidió que en cada caso escribiera qué significaría para él poder vivir de acuerdo con ese valor y qué pasaría si definitivamente no pudiera lograrlo. La intención de esta parte del trabajo terapéutico era que al poder descubrir qué cosas eran valiosas para él, el paciente pudiera construir su propio camino en función de los valores con los que contaba y no con base en las influencias de su contexto. A esta altura del tratamiento sirvió para poner el foco en mejorar las relaciones interpersonales y recuperar el valor de actividades como el deporte, que habían quedado relegadas debido a los problemas del paciente.

También desde el mismo marco propuesto por ACT, el terapeuta puso a prueba algunas intervenciones para abordar el problema de regulación emocional que originaba la impulsividad en el paciente, atendiendo a lo señalado por Coletti y Teti (2015), para quienes los problemas psicológicos provienen de estar atrapado entre los pensamientos, sensaciones y

emociones, junto con la valoración constante de las experiencias internas, seguida de la evitación de las experiencias negativas. En el caso analizado, el consultante tenía una fuerte tendencia a identificarse con sus pensamientos negativos y eso lo llevaba a un malestar emocional del que se defendía aislándose y cayendo en conductas de consumo de sustancias. Para modificar estas conductas evitativas se trabajó la aceptación de las emociones que hasta allí provocaban las reacciones automáticas, comenzando por el ser consciente de lo que sucede a su alrededor en esos momentos y trabajando la defusión, es decir intentando tomar dichos pensamientos como tales y no como un reflejo de la realidad. De esta manera se intentó que dejara de lado la concepción rígida de aquellas situaciones consideradas problemáticas, aceptando los sentimientos que le generaban, para poder actuar de manera más adaptativa, más allá de la ansiedad y el malestar asociados a la situación. De esta manera, el consultante pudo elaborar algunas estrategias para orientarse en una dirección valiosa y con sentido, a pesar de la aparición de estos pensamientos (Hayes et al., 2014; Wilson & Luciano, 2002).

Un contexto en el que se puso a prueba la efectividad de estas intervenciones fue precisamente el familiar, ya que el profesional le propuso al consultante que aplicara lo proveído hasta el momento en aquellas situaciones en las cuales la madre lo criticara. Se le propuso que cuando se originaran estas situaciones intentara hacer una pausa, identificar las emociones y pensamientos que surgían en él en ese preciso momento y reflexionar para poder dar una respuesta por medio del lenguaje a la crítica materna. De esta manera se procuraba aumentar la flexibilidad frente a este tipo de situaciones, mejorando su funcionamiento y disminuyendo el malestar psicológico (Hayes et al., 2014; Egúsquiza, 2015; Soriano & Valdivia, 2006). Es pertinente mencionar que los resultados fueron satisfactorios, ya que el paciente fue capaz de generar una conducta adaptada ante la situación; pero el problema surgió cuando su madre buscó otras formas de invalidarlo, como, por ejemplo, ignorarlo y subestimar sus capacidades y acciones.

Frente a esta nueva situación, el terapeuta optó por brindarle al consultante herramientas utilizadas por la DBT, tomadas de los cuatro módulos de habilidades: habilidades de conciencia plena (mindfulness), habilidades interpersonales, habilidades de regulación emocional y habilidades de tolerancia al malestar (Linehan, 2003). De este conjunto de habilidades, el trabajo se enfocó en la respiración, como forma de reducir la responsividad ante situaciones en las cuales pensaba que iba a enfadarse o desarrollar una

conducta desadaptada por intolerancia al malestar. Dichas técnicas nacen a partir del mindfulness y el programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena, el cual permite evitar reacciones automáticas ante experiencias estresantes, logrando mantener la calma en el momento (Vásquez-Dextre, 2016a). Estas técnicas también se utilizan en la ACT donde se ponen al servicio de mejorar la flexibilidad psicológica, algo que Young (1999) marca como una limitación de los pacientes que sufren un trastorno de personalidad, quienes tienden a reaccionar de una manera estereotipada, que funciona como una estrategia para evitar aquellos pensamientos y sentimientos que les resultan insoportables, algo que puede obstaculizar las estrategias de cambio, llevando al fracaso los esfuerzos terapéuticos.

Para los casos en que las estrategias basadas en la aceptación de los sentimientos y pensamientos no funcionaron, el psicólogo planteó otras focalizadas en aumentar la tolerancia al malestar, con el objetivo de disminuir las conductas impulsivas. Dentro de ellas se encuentran las estrategias claves de distracción, búsqueda de estímulos positivos, mejorar el momento y pensar en los pros y contras de las acciones. Para lograr la distracción se le propuso al paciente la realización de una tarea, la cual consistía en juntarse con alguna de sus amistades en sus momentos libres y no responder a los mensajes de su madre, quien frecuentemente prohibía este tipo de socialización. Según Linehan (2003) el objetivo de este tipo de intervenciones es dirigir la atención hacia lo positivo, permitiendo alejarse de las emociones negativas, buscando en cambio estímulos positivos.

Otra de las intervenciones efectuadas para disminuir la impulsividad consistió en brindarle al paciente herramientas para que pueda calmarse ante esas situaciones en que sus pensamientos y sentimientos se veían estimulados negativamente a causa de la baja tolerancia al malestar (Linehan, 1993). Dichas herramientas consistían en ir al baño y mojarse la cara con agua fría varias veces aguantando la respiración, con el fin de disminuir la temperatura del rostro y engañar al organismo en la activación de respuestas fisiológicas.

Una estrategia complementaria fue la reflexión sobre las ventajas y desventajas que existen en la tolerancia y la intolerancia al malestar, dirigiendo la atención hacia los objetivos de largo plazo en función de los valores trabajados anteriormente (Hayes et al., 2014), buscando que el consultante fuera capaz de recordar cómo se activó en determinadas situaciones en que no pudo tolerar el malestar, y en el sufrimiento e infelicidad que provocaron sus reacciones, poniendo por delante aquello que era más valioso para él. A partir de esta reflexión se intentaba construir una forma de pensar alternativa, considerando que el

sufrimiento depende de la propia actitud mental y no de los hechos en sí mismos (Sarmiento Bolaños & Gómez-Acosta, 2013). De este modo, considerando el dolor con una actitud autocompasiva y con aceptación, como una consecuencia natural de la vida, es posible evitar las reacciones automáticas que surgen por la rigidez cognitiva y hallar que el sufrimiento es optativo (Hayes et al., 2014).

Estas definiciones hablan de la eficacia de las técnicas que permiten abordar la conducta del paciente en función de la adaptación positiva al contexto, la tolerancia al malestar y la regulación de las emociones mediante la atención en el presente, lo que sucede en él y anticipando las consecuencias de las acciones a futuro por medio de la reflexión y el aprendizaje de la manera en que se actuó en otras situaciones y cuáles fueron las causas y consecuencias de ese actuar. Estrategias todas que, según Vásquez-Dextre (2016), apuntan al objetivo principal del tratamiento desde la DBT: la búsqueda del equilibrio entre aceptación y cambio. Es pertinente mencionar que estas técnicas utilizadas por la DBT se fundaron justamente en función de la relación dialéctica entre estos dos polos, que explican el acrónimo con el que se conoce este modelo. De acuerdo con lo planteado por Linehan y Wilks (2015), estas técnicas se desarrollan con el fin de simplificar el trabajo de la aceptación del momento presente y permitir a la persona una postergación de las satisfacciones orientada a la prevención de resultados negativos en el largo plazo, demostrando su eficiencia en los cambios conductuales con respecto a los demás abordajes.

5.3 Analizar la evolución en un paciente con impulsividad a partir de la TCC

En cuanto a su evolución durante el tratamiento, según lo conversado con el terapeuta, el paciente tuvo una respuesta inicial muy favorable: logró en ocasiones mantener controlada la conducta, identificando y regulando sus emociones y reflexionando en las consecuencias de sus actos. A pesar de no haber logrado generalizar estas habilidades como para aplicarlas de manera constante en su vida cotidiana, el psicólogo destaca que en todo momento cumplió con las tareas que le fueron asignadas para el entrenamiento de habilidades, demostrando una buena predisposición para trabajar en función de los objetivos propuestos, todo lo cual permite decir que se había logrado construir una buena alianza terapéutica (Bordin, 1979). Es pertinente destacar la importancia que tiene la relación entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia, ya que la misma será más eficaz cuando la alianza se consolida en la fase inicial de la terapia, que abarca hasta la sexta sesión; esto es así en la medida en que una

alianza lograda durante los primeros encuentros es un mejor predictor de un buen resultado final de la terapia, mientras que, cuando no se logra en este plazo, es común un peor pronóstico en el resultado final (Corbella & Botella, 2011).

Según lo referenciado por el terapeuta estos resultados eran satisfactorios, considerando que tan solo se han podido realizar siete sesiones de tratamiento, siendo este tiempo muy breve para lograr cambios significativos en un trastorno como el que sufre el consultante. Cabe señalar aquí que el proceso terapéutico en DBT se caracteriza por el movimiento dialéctico entre la aceptación y el cambio, algo que exige del terapeuta una actitud flexible y compasiva, de manera que se pueda transmitir al paciente que habrá cambios que no le agraden, pero que son necesarios para lograr aquellos que sí desea (Vásquez-Dextre, 2016b).

Con respecto a los logros, como se ha mencionado anteriormente, el consultante pudo reducir en más de una oportunidad las conductas impulsivas desencadenadas por un ambiente invalidante que le causaban enojo, tristeza e ira y que lo llevaban a conductas impulsivas como las autolesiones y el consumo de sustancias. El psicólogo considera que eso pudo lograrlo gracias a las intervenciones realizadas durante el tratamiento y al propio trabajo del paciente. Aunque, según Mosquera y González (2013), si la persona creció en un entorno en el cual frecuentemente se observan conductas impulsivas, agresivas y emociones intensas, existe una elevada probabilidad de que estas conductas se vean reflejadas en su propia conducta a futuro. Esto se debe a que el individuo aprende y asume el rol de uno de sus padres, como, por ejemplo, si el padre era agresivo, emocionalmente intenso e impulsivo con los miembros de su familia (maltrato físico o psicológico), es probable que el consultante también adopte ese rol. Es pertinente mencionar que no se tiene información acerca de la personalidad del padre, ya que lo único que se evidencia al respecto, es que se encuentra bajo tratamiento psicofarmacológico, desconociendo las causas del mismo. A partir de lo descrito anteriormente, el profesional sospechaba que la impulsividad del paciente y su evolución probablemente tuvieran una fuerte influencia de su contexto de crianza.

Por otra parte, dadas las condiciones del tratamiento, y que el consultante comenzó a suspender las sesiones, se planteó la posibilidad de programar sesiones más breves en los momentos que el paciente tenía libre. Aunque en un principio este cambio pareció ser útil, con el paso de las sesiones, el paciente comenzó a ausentarse nuevamente. Esto es algo característico de los pacientes que sufren de este trastorno, ya que frecuentemente tienden al

abandono de la terapia y a la devaluación de las personas, en este caso del terapeuta que lo trataba. Esto se debe a su sintomatología presente, la cual en parte se caracteriza por las disfuncionalidades en las relaciones interpersonales, devaluando a las personas e impidiendo la generalización de lo trabajado durante las sesiones a sus actividades diarias (Caballo & Camacho, 2000).

Finalmente, el paciente llamó para decir que debía abandonar el tratamiento porque le resultaba imposible seguir cumpliendo con las citas debido a sus obligaciones. Aunque el psicólogo intentó contactarlo para que retomara la terapia, esto no fue posible por lo que debió darse por terminada la intervención sin haberse logrado los objetivos propuestos inicialmente. En este caso se pudo observar cómo el paciente, debido a las complicaciones propias del trastorno que padece, no logró una evolución favorable a largo plazo, algo que se fue dando paulatinamente ya que él mismo fue impidiendo de un modo indirecto las sesiones planteadas para mejorar su bienestar psicológico. Se puede considerar que, a pesar de los esfuerzos del profesional a cargo del tratamiento, hubo un descuido de las conductas que atentaban contra el tratamiento (Linehan, 1993), siendo que desde hacía un tiempo el paciente venía suspendiendo las sesiones, ausentándose y poniendo limitaciones a las reprogramaciones. Considerando la importancia que estas conductas tienen en la jerarquía propuesta por la DBT, quizás debió haberse intentado más tempranamente hacer una reformulación de los compromisos con el paciente, fortaleciendo la alianza terapéutica a través de una valoración adecuada de los logros que se habían conseguido en las pocas sesiones efectivas.

6 CONCLUSIONES

A partir del trabajo realizado durante la práctica profesional se pudieron cumplir parcialmente los objetivos propuestos para el presente TFI. En primer lugar, se identificaron las conductas relacionadas con la impulsividad en el paciente, así como la relación que las mismas tenían con su contexto familiar, caracterizado como un ambiente invalidante, más específicamente como una familia caótica (Linehan, 1993). Las actitudes de la madre, especialmente, se pueden definir como ambivalentes e invalidantes de las emociones del joven, marcándole constantemente sus errores y variando de un reclamo de presencia - cuando le decía lo mucho que lamentaría si el no estuviese - a la desvalorización de todo lo que hacía en el marco de constantes reproches. Este ambiente habría tenido un fuerte efecto en la capacidad del paciente para identificar y regular sus emociones, generando respuestas

impulsivas que lo llevaban a conductas desadaptativas y un gran malestar.

Por otra parte se pudieron describir las intervenciones realizadas por el psicólogo que tuvo a su cargo el tratamiento, enmarcadas dentro de la terapia cognitivo conductual, recurriendo además a algunas estrategias de DBT, como las habilidades de tolerancia al malestar, la regulación emocional y la validación, así como también a abordajes propios de la ACT, focalizando el trabajo en la defusión cognitiva, para despegar al paciente de sus pensamientos negativos acerca de sí mismo, y en la identificación de sus valores, un aspecto en el cual tenía muchas dificultades (Hayes et al., 2014). Hubo también un trabajo en la resolución de problemas (Tuta et al., 2017) que se propuso lograr una actitud más activa del paciente en relación con cuestiones que aumentaban su sensación de fracaso y lo llevaban a mantener sus creencias en la falta de sentido de su vida, alimentando los pensamientos suicidas.

Finalmente, la evaluación de los cambios logrados a través del trabajo terapéutico se vio frustrada porque el paciente abandonó el tratamiento después de siete sesiones, con varias suspensiones. Esto puede interpretarse como un efecto de aquellas conductas que atentan contra el tratamiento (Linehan, 1993), las cuales no pudieron ser abordadas eficazmente en el corto tiempo que duró la intervención terapéutica.

6.1 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo se puede distinguir entre cuestiones metodológicas. Con respecto a las primeras, la información solamente se pudo obtener a partir de lo relatado por el psicólogo a cargo del tratamiento, siendo imposible acceder a la observación directa del paciente, por medio de cámara Gesell o sesión virtual. Con respecto a la fuente de información exclusiva, que fue lo conversado con el terapeuta a cargo del paciente, esto se vio limitado a información sobre sus intervenciones y algunas características generales del paciente, faltando detalles sobre ciertos aspectos que podrían haber ayudado a mejorar el desarrollo del presente trabajo como, por ejemplo, mayor información sobre la historia de aprendizaje dentro del contexto familiar, o la forma en que se trabajó el consumo de sustancias, que fue un aspecto mencionado pero no desarrollado en profundidad. Además, es pertinente mencionar que el diagnóstico del paciente fue presuntivo, ya que, si bien de acuerdo con la información provista por el psicólogo éste cumplía con varios de los criterios diagnósticos para ser considerado dentro del TLP, no se realizó un diagnóstico definitivo hasta el momento de la suspensión del tratamiento debido a la escasa cantidad de sesiones y

la gravedad del trastorno, según lo expresado por el profesional durante lo conversado en una de las entrevistas.

La brevedad del tratamiento es, quizás, la principal limitación para este trabajo, ya que como se ha mencionado anteriormente la escasa posibilidad de analizar los cambios obtenidos con las distintas intervenciones se vio reflejada en la cantidad de encuentros realizados entre el terapeuta y su paciente, ya que tan solo pudieron tener siete sesiones hasta el momento en que el paciente dejó de asistir a terapia, según lo conversado con el terapeuta, por cuestiones horarias de trabajo.

A pesar de todas estas limitaciones se considera importante haber podido llevar a cabo este estudio, ya que permitió una aproximación hacia un paciente con un trastorno de la personalidad grave.

6.2 Perspectiva crítica, aporte personal y futuras líneas de investigación

En cuanto a los aspectos del tratamiento del caso único estudiado que pueden considerarse como aportes del presente trabajo, se considera valiosa la experiencia de conocer un caso de TLP, uno de los trastornos de la personalidad más complejos de evaluar, así como difíciles de abordar, dada la deserción de estos pacientes y la dificultad para controlar las conductas impulsivas autodestructivas que pueden llevar a la internación del paciente. Dado que existe una multiplicidad de abordajes, pero no todos demuestran la eficacia en el tratamiento, el conocer la forma en que algunos de ellos pueden lograr resultados positivos, aunque limitados, es un aspecto positivo del trabajo realizado.

En este sentido, se pudieron observar propuestas de abordajes contextuales como las terapias de tercera generación mencionadas en el manual de Fernández y colaboradores (2012) y su aporte al trabajo con pacientes con TLP. Este tipo de terapias permiten un abordaje innovador, por fuera de los modelos más tradicionales como el psicoanálisis o la misma terapia cognitiva al estilo de la terapia de trastornos de personalidad de Beck y Freeman (1995). De esta forma se pudo conocer un abordaje que recurre a distintas técnicas como la atención plena, descrita en el presente trabajo desde los aportes de Pareja (2006), la ACT, según las propuestas de Hayes y colaboradores (2014) y, fundamentalmente, la DBT de Linehan (1993). Este último, como sostienen Blanco Artola y colaboradores (2020), es el abordaje por excelencia para este trastorno de la personalidad. A su vez, la conceptualización del TLP según el modelo biosocial permite pensar en cómo el contexto familiar contribuye a

la desregulación emocional de una persona, originándole una serie de desadaptaciones en su vida (Linehan, 1993).

Desde una perspectiva crítica, a partir de lo desarrollado durante las entrevistas con el profesional a cargo del caso, se consideró que el tratamiento se fue desarrollando correctamente, interviniendo en los momentos claves, hasta que el paciente comenzó a atravesar un período de inestabilidad, espaciando las sesiones y disminuyendo, por lo tanto, su compromiso con los objetivos propuestos para el tratamiento, todo lo cual afectó la alianza terapéutica (Bordin, 1979) establecida durante las primeras sesiones, hasta llevar a una situación en donde el paciente decidió abandonar la terapia, por el momento, priorizando el trabajo como herramienta para su meta, la independencia.

A pesar de que el consultante no era considerado un riesgo para sí mismo, se debió actuar de otro modo ante esta situación, prestando mayor atención a estas señales, interpretándolas como conductas que atentaban contra el tratamiento (Linehan, 1993), y actuando oportunamente de manera que, tal vez, se hubiera podido evitar la interrupción del tratamiento por una postura del paciente. Desde una perspectiva crítica, se considera que se podría haber actuado diferente, de manera de recurrir a todas las herramientas disponibles, como el trabajo sobre la acción comprometida (Hayes et al., 2014), intentando que el paciente comprendiera la importancia de la continuidad del tratamiento en su vida. De esta forma se pondría énfasis, desde la ACT, en los valores del paciente, con el fin de que éste continúe su búsqueda de un camino acorde a los mismos, en función de metas relacionadas directamente con ellos y sin ceder ante las influencias contextuales familiares y socioculturales.

Estas intervenciones enfocadas en el presente, en el desarrollo de mayor flexibilidad psicológica, capacidad reflexionar antes de actuar, identificar las emociones y pensamientos negativos del momento, afrontar el acto privado, en lugar de evitarlo o responder de manera desadaptada (Hayes et al., 2014), son formas de permitirle al paciente desarrollar nuevas herramientas, ampliando su repertorio individual con el objetivo de regular la conducta y sus emociones.

Pensando en la transferencia de los resultados al ámbito de aplicación, se destaca la importancia de la jerarquización de las conductas a abordar a través del trabajo terapéutico, poniendo énfasis en las conductas que atentan contra la vida y en aquellas que atentan contra la continuidad del tratamiento (Linehan, 1993).

En función de algunas preguntas que surgen a partir del trabajo realizado, tales como

si el paciente había recibido tratamiento anteriormente, si había abandonado el consumo de drogas - tal como declaró al psicólogo - y en la posibilidad de que la familia se hubiera involucrado en mayor medida en el tratamiento, se considera que en futuras investigaciones se podría evaluar el efecto de éstas y otras variables similares sobre la alianza terapéutica, la motivación para seguir adelante con el tratamiento y la efectividad del mismo. Un estudio con estas características requeriría contar con herramientas para evaluar estos factores, así como el impacto que las mismas tengan sobre las variables que pueden considerarse como buenas predictoras de éxito.

7 Referencias bibliográficas:

- Agrest, M. & Wikinski, S. (2004). Personalidad límite. *Revista argentina de psiquiatría*, 15, 265-266.
- Apfelbaum, S., & Gagliesi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Revista argentina de psiquiatría*, 15, 295-302.
- Aragonés, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M., & Piñol, J. L. (2013). Prevalencia registrada del trastorno límite de personalidad en las bases de datos de Atención Primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 171-174.
- Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2), 194.
- Beck, A., & Freeman, A. (1995). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad* Paidós.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión (19a Edición ed.)*. Desclée De Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Blanco Artola, C., Solórzano, N. G., & Matamoros, D. O. (2020). Actualización de los trastornos de personalidad. *Revista Médica Sinergia*, 5(4), 5.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Síntesis.
- Caballo, V. E., & Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, (5), 31-55.
- Cañas, J. J., Antolí, A., Fajardo, I., & Salmerón, L. (2005). Cognitive inflexibility and the development and use of strategies for solving complex dynamic problems: effects of different types of training. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 6(1), 95-108.

- Coletti, J. P., & Teti, G. L. (2015). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Behaviorism, mindfulness and values. *Vertex*, 26(119), 37-42.
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(01), 1-18.
- Corchero, M., Balés, C., Oliva, C., & Sola, C. P. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (103), 8.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.
- Egúsquiza, K. (2015). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a la conducta inapetente: Un estudio de caso. *Interacciones*, 1(2), 93-104.
- Ellis, A., Grieger, R., & Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Desclée de Brouwer.
- Española, R. A. (2021). naturaleza. *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el, 27 de sep. de 21.
- Eysenck, S. B., & Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 16(1), 57-68. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1977.tb01003.x>
- Farrús, M. H. V. (2014). Perspectiva ecológica del desarrollo del control de impulsos: Perspectiva ecológica del desarrollo del control de impulsos. *El Genio Maligno: revista de humanidades y ciencias sociales*, (14), 1-42.
- Fernández Ruiz, M. Á. R. García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Gabalda, I. C. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las Psicoterapias Cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Desclée De Brouwer.
- Guerrero, L. G., & Sánchez, J. I. R. (2005). Agresividad y delictología en el trastorno límite de personalidad. *Psicopatología clínica legal y forense*, 5(1), 107-126.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-20.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B. M. D., Stinson, F. S., Saha, T. D., et al. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline

- Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? En *practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). Springer.
- Korman, Guido P.; Garay, Cristian J. (2012). El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 5-13.
- Korman, G. P. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(3), 470-486.
- Leiderman, E. A., Buchovsky, S., Jiménez, M., Nemirovsky, M., Pavlovsky, F., Giordano, S., & Lipovetzky, G. (2004). Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Borderline de la personalidad: Una encuesta a profesionales. *Vertex*, 15(58), 280-286.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de personalidad límite*. Paidós.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 97-110.
- Medina, A., Moreno, M., Lillo, R., & Guija, J. (2017). *Los trastornos del control de los impulsos y la psicopatías: Psiquiatría y Ley Mental*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Schmitz, J. M., Swann, A. C., y Grabowski, J. (2001). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 21(4), 193-198
- Mosquera, D., & González, A. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad. *Acción psicológica*, 10(1), 85-96.
- Pareja, M. Á. V. (2006). Atención plena. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 231-254.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*.

Síntesis.

- Sarmiento Bolaños, M. J., & Gómez-Acosta, A. (2013). Mindfulness Una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica. *Avances en psicología latinoamericana*, 31(1), 140-155.
- Tuta, D. F. G., Porez, A. P. B., & Camargo, Y. S. (2017). Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [Investigación documental]. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 10(2), 99-107.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016a). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016b). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Young, J. E. (1999). *Terapia cognitiva para los trastornos de personalidad: una aproximación centrada en esquemas*. Universidad de Columbia.
- World Health Organization. (2011). *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems* (tenth revision, 2nd ed). World Health Organization.