

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL Y DIALÉCTICO-CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: ESTUDIO DE CASO

COGNITIVE BEHAVIORAL AND DIALECTICAL BEHAVIORAL INTERVENTION
IN BORDER PERSONALITY DISORDER: A CASE STUDY

Citlaly Guadalupe Mendoza Belmares, Mónica Reyna Martínez, José González Tovar.

Universidad Autónoma de Coahuila, México.

Correspondencia: citlalymendoza@uadec.edu.mx

Resumen

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se manifiesta a través de conductas de riesgo ocasionadas principalmente por la desregulación emocional, por tanto es importante la intervención mediante estrategias psicosociales para el aprendizaje de habilidades de autogestión y relacionales. Objetivo: Diseñar y evaluar una intervención basada en las terapias cognitivo-conductual y dialéctico-conductual para la reestructuración de creencias disfuncionales y el aprendizaje de la autorregulación emocional. Método: Estudio de caso clínico de una mujer mexicana diagnosticada con TLP, con una edad de 35 años, casada, dedicada a labores domésticas, y madre de 2 hijos. Se realizó un pretest, subsecuentemente un tratamiento que comprende 59 sesiones de psicoterapia, y un postest. Resultados: Se observaron cambios clínicos en la participante, obteniéndose modificaciones en su estilo de vida, creencias disfuncionales y el pensamiento dicotómico, además aprendió a autorregularse emocionalmente evidenciando respuestas más funcionales

ante situaciones de estrés. Conclusiones: Las estrategias cognitivas y dialéctico conductuales que componen el presente tratamiento suscitan cambios en la sintomatología de una paciente mujer con diagnóstico TLP, promoviendo su salud mental y bienestar psicológico.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctico-conductual, intervención psicológica, regulación emocional.

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) manifests itself through risk behaviors caused mainly by emotional dysregulation, so it is important to intervene through psychosocial strategies for learning self-management and relational skills. Objective: To design and evaluate an intervention based on cognitive-behavioral and dialectical-behavioral therapies for the restructuring of dysfunctional beliefs and the learning of emotional self-regulation. Methods: Clinical case study of a Mexican woman diagnosed with BPD, aged 35 years, married, dedicated to housework, and mother of 2 children. A pretest, a subsequent treatment comprising 59 psychotherapy sessions, and a posttest were performed. Results: clinical changes were observed in the participant, obtaining modifications in her lifestyle, dysfunctional beliefs and dichotomous thinking, she also learned to self-regulate emotionally evidencing more functional responses to stressful situations. Conclusions: The cognitive and dialectical-behavioral strategies that make up the present treatment elicit changes in the symptomatology of a female patient with BPD diagnosis, promoting her mental health and psychological well-being.

Keywords: borderline personality disorder, cognitive-behavioral therapy, dialectical-behavioral therapy, psychological intervention, emotional regulation.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) ha tomado importante presencia en la sociedad y en las intervenciones clínicas psicológicas; actualmente se considera que afecta a una proporción de entre el 1 y 2% de la población mundial siendo más común en mujeres adultas jóvenes que en hombres. Según la Secretaría de Salud en el 2018 este trastorno contaba con una prevalencia del 1.5% dentro de la población mexicana, del cual se estimaba que entre el 76 y 80% eran mujeres, volviéndose así un tema de salud en la sociedad en general (Secretaría de Salud, 2018). Asimismo, por su gravedad resulta ser una patología con altos índices de intentos suicidas y con una comorbilidad alta con otros trastornos psicológicos tales como los trastornos bipolares, de la conducta alimentaria y trastornos por ingesta de sustancias (Amador, 2021; Valdivieso, 2020).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales en su quinta versión (DSM-V), los pacientes con este trastorno presentan dificultad para controlar sus impulsos, inestabilidad en sus emociones y autopercepción, conflictos en las relaciones interpersonales y sentimientos crónicos de vacío (American Psychiatric Association [APA], 2014). La epidemiología indica que los síntomas patológicos se manifiestan en los últimos años de la adolescencia y primeros de la edad adulta, impactando en diferentes áreas de la vida de la persona (Fonseca et al., 2021) lo que hace que se convierta en un problema de salud mental que afecta tanto a los pacientes como a quienes los rodean (Soledad y Quintero, 2019).

La gravedad de la sintomatología ha dado pie a desarrollar nuevas formas de intervención y tratamiento, sin embargo, hay que tomar en cuenta que a pesar de los protocolos de intervención existentes para dicho trastorno, se

presentan comorbilidades que dificultan el tratamiento como por ejemplo los trastornos de ansiedad y depresivos, así como los relacionados con la ingesta de alimentos y sustancias (Aguilar et al., 2020).

Por su parte, Kokoulina y Fernández (2016) señalan que el TLP es un trastorno de difícil abordaje al poseer una génesis multifactorial poco estable en los diferentes casos clínicos que, de acuerdo con la teoría, comprende características de predisposición genética, un ambiente problemático en el que se desarrolla la persona durante la primera infancia y la predisposición genética.

Aunado a lo anterior, existe ante el TLP la etiqueta de trastorno intratable debido a los retos implicados tanto para el diagnóstico, tratamiento y la misma adherencia a este (Andreasson et al., 2016). Por ello, se ha buscado atender las demandas y riesgos que conlleva este trastorno intentando abordarlo desde diferentes corrientes como lo es la terapia cognitivo-conductual (TCC), las terapias psicodinámicas, interpersonales y dialéctico-conductual (DBT), entre otras (Font, 2019). A saber, existen reportes indicativos de que la TCC en combinación con la DBT aplicada al tratamiento de personas diagnosticadas con TLP muestran una buena eficacia en comparación con otros enfoques y que brindan mayores beneficios a los pacientes con esta patología (Armijos y Polo, 2022).

Los objetivos de la TCC en la intervención con pacientes con TLP son disminuir la sintomatología patológica utilizando técnicas como la identificación de pensamientos y creencias disfuncionales (con el fin de reducir y modificar el pensamiento dicotómico), reestructuración cognitiva y la búsqueda de conductas funcionales. Esto, a través del debate socrático, técnicas de relajación para disminuir la ansiedad e impulsividad,

entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas, por mencionar algunas (Albarrán et al., 2021).

Pese a que la TCC es una adecuada opción en la intervención con este tipo de pacientes, se ha encontrado que la aplicación de esta terapia por sí sola no es suficiente para atender las necesidades de los pacientes con TLP. En la mayoría de las ocasiones es necesario implementar tratamiento farmacológico y combinar diferentes orientaciones de terapias psicológicas, esto sin olvidar que cada paciente tiene características propias que harán al terapeuta estructurar el plan de tratamiento específicamente para cada paciente (Choi-Kain et al., 2020). Así, buscando satisfacer las necesidades y demandas de pacientes diagnosticados con TLP, se han desarrollado terapias que complementan a la TCC, siendo una de las más relevantes la DBT.

La DBT fue desarrollada por Marsha Linehan con el fin de brindar una alternativa específica para la intervención con pacientes TLP; esta se basa en la teoría biosocial en donde se presta especial atención al contexto de desarrollo y predisponibilidad a una alta sensibilidad emocional de cada persona (Choi-Kain et al., 2020). De acuerdo con estos principios las personas que desarrollan TLP poseen desde niños una alta vulnerabilidad emocional y una crianza en ambientes invalidantes resultando en una desregulación emocional extensiva (Dixon et al., 2019).

Por otro lado, en la DBT se retoman algunos principios básicos de la TCC en unión con algunas prácticas del zen, que tienen el objetivo de desarrollar habilidades de regulación y control tanto de pensamientos como conductas disfuncionales, disminuyendo conductas de riesgo (tales como la ideación suicida) y la sintomatología patológica presente, todo esto

haciendo uso de terapia individual, coaching telefónico y entrenamiento en habilidades sociales, según lo planteado en el plan de intervención de la DBT (Gempeler, 2009 en Albarrán et al., 2021).

Al ser la DBT una terapia de tercera generación desarrollada específicamente para tratar a los pacientes con TLP, se centra en reducir los síntomas propios de la patología y aumentar habilidades de aceptación y cambio, específicamente la toma de conciencia, tolerancia al malestar, eficacia interpersonal y regulación emocional (De la Vega y Sánchez, 2013 en Albarrán et al., 2021). Todo esto por medio de bloques de trabajo que se distribuyen de la siguiente manera como se muestra en la tabla 1:

Tabla 1. *Bloques de habilidades a entrenar en DBT*

Habilidad	Duración
Mindfulness	2 semanas
Efectividad interpersonal	5 semanas
Mindfulness	2 semanas
Regulación emocional	7 semanas
Mindfulness	2 semanas
Tolerancia al malestar	6 semanas

Este método es cíclico, es decir, que no se termina una vez que se han cubierto todos los bloques, sino que se pueden retomar y reforzar habilidades específicas, además de brindarse un manual y materiales como hojas de trabajo para abordarlas en sesión con los pacientes (Linehan, 2015).

En este sentido, existen investigaciones como la de Álvarez (2019) que subrayan éxito en el tratamiento de pacientes con TLP y comorbilidades

al aplicar en conjunto estrategias de intervención de la terapia cognitivo-conductual con la dialéctico conductual. No obstante, los resultados aún son preliminares y se sigue estudiando su eficacia en diferentes casos (Armijos y Polo, 2022; Martínez, 2011) para poder mejorar las técnicas utilizadas con el fin de brindar una más adecuada alternativa de intervención ante esta patología.

Objetivo

Diseñar y evaluar una intervención psicoterapéutica para una paciente mexicana, mujer de 35 años, con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad basada basada en las terapias cognitivo-conductual y dialéctico-conductual para la reestructuración de creencias disfuncionales, aprendizaje de la autorregulación emocional, aumento del control de impulsos y el establecimiento de relaciones interpersonales saludables. Así, la intervención se concentró en la reestructuración cognitiva bajo el modelo de Beck (2000) y el desarrollo de 4 habilidades propuestas por la DBT, la cuales son: entrenamiento de tolerancia al malestar, regulación emocional, efectividad interpersonal, y entrenamiento en mindfulness.

Hipótesis

La intervención basada en la terapia cognitivo conductual en combinación con técnicas de la terapia dialéctico conductual resultará eficiente para la reestructuración de creencias disfuncionales, aprendizaje de la autorregulación emocional, aumento del control de impulsos y el establecimiento de relaciones interpersonales saludables, en una paciente mexicana diagnosticada con TLP.

Método

Tipo de estudio

Estudio no experimental de caso único clínico, con evaluación pretest y postest, además de una entrevista estructurada al inicio y final del tratamiento.

Participante

Estudio de un solo caso de paciente de sexo femenino de 35 años, casada desde hace 10 años y con dos hijos hombre y mujer, ambos en edad escolar básica, situación económica media alta con dos licenciaturas terminadas, formación católica aunque no practicante. Refirió conductas impulsivas y agresivas ante situaciones detonantes de estrés, teniendo como consecuencia dificultades en sus relaciones interpersonales por conductas lesivas y autolesivas, como por ejemplo estallidos de agresividad que ocasionaron temor y un distanciamiento por parte de sus hijos, así como malestar y dificultades generales en las relaciones familiares. Cabe mencionar que para el momento del inicio del tratamiento ya contaba con dos intentos de suicidio ante situaciones estresantes de los cuales no hubo consecuencias graves.

Instrumentos y/o técnicas de recolección de datos

Cuestionario de síntomas (SCL-90) (Derogatis et al., 1976) en su versión al español adaptado a población latina (Casullo y Castro, 1999), utilizado en personas de 13 a 65 años. Evalúa patrones de sintomatología patológica mediante 9 dimensiones: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además arroja un índice de severidad global, índice total de síntomas positivos e índice de malestar positivo. Contiene 90 ítems que son respondidos con una escala tipo Likert

con cinco opciones de respuesta: nada, muy poco, poco, bastante y mucho. Su alfa de Cronbach es de 0.7 (Cruz et al., 2005).

Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID) (First et al., 1997). Es un instrumento utilizado usualmente para complementar al SCL-R90, mide la sintomatología patológica de los trastornos de la personalidad en los individuos con tres opciones de respuesta: 1= falso, 2=subclínico, 3=verdadero. Su coeficiente de confiabilidad de Kuder-Richardson oscila entre .54 y .75 en los diferentes trastornos, lo que indica una confiabilidad adecuada (Campo, Díaz, y Barros, 2008).

Inventario de depresión de Beck II (BDI-II) (Beck et al., 1996). Es una escala de 21 preguntas con opción de respuesta en escala Likert haciendo referencia a la intensidad progresiva de la sintomatología, es usado para medir los síntomas depresivos presentes en la última semana, cuenta con tres puntos de corte siendo estos: no depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión severa. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach es de .88 (Vega et al., 2014).

Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck et al., 1988). Está compuesto por 21 ítems que miden síntomas generales de ansiedad respondiendo de acuerdo con los síntomas presentados en la última semana y se puntúan en una escala Likert del 0 al 3 en donde cero es “en absoluto” y 3 es “severamente”. Marca tres puntos de corte que van de 0 a 7 (nivel mínimo), 8 a 15 (leve), 16 a 25 (moderada) y de 26 a 63 (grave). Posee un coeficiente alfa de Cronbach de .90 (Galindo et al., 2015).

Test de creencias irracionales de Ellis (TCI) (Jones, 1968). Cuenta con 100 ítems diseñados para estimar la presencia de 10 creencias irracionales, cuenta con tres puntos de corte en donde de 0 a 4 es una creencia saludable, de 5 a 6 una creencia en riesgo y de 7 a 10 una creencia problema. Las creencias que mide son las referentes a: necesidad de aprobación, altas autoexpectativas y autodemandas, culpabilización hacia otros, tolerancia a la frustración, control emocional, ansiedad, evitación, dependencia, indefensión y pasividad. Muestra un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .74 (Ferrán, 1996 en De la Cruz, 2017).

Impresión clínica global para el trastorno límite de la personalidad (ICG-TLP) (Pérez, et. al, 2007). Es una escala diseñada para evaluar la severidad de la sintomatología y la mejora percibida por los pacientes con diagnóstico de TLP después de la intervención realizada. Cuenta con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .85 (Pérez et al., 2007).

Procedimiento

Con el fin de recibir atención psicológica, la paciente acudió de forma voluntaria a la clínica de posgrado que pertenece a la Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. De esta forma, la terapeuta (quien es la autora principal del estudio) durante el primer contacto comentó el encuadre de la atención psicológica y brindó un consentimiento informado dando a conocer la voluntariedad de la participación, esto permitió la documentación del caso con fines exclusivamente académicos y de investigación. En la primera sesión se llevó a cabo una entrevista estructurada con el fin de recabar la mayor información posible acerca de la problemática principal que llevó a la paciente a buscar atención psicológica. Como tarea de la primera sesión se enviaron los instrumentos de evaluación inicial por medio de

Google Forms, ya que todo el tratamiento se llevó a cabo por medio de la plataforma Zoom debido al distanciamiento social ocasionado por la pandemia por COVID 19.

Para establecer el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se analizaron e interpretaron las pruebas estandarizadas aplicadas y la entrevista inicial tomando en cuenta los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales en su quinta edición DSM-V (APA, 2014), además de que se solicitó opinión a un supervisor clínico del programa de posgrado. Se hizo una devolución de resultados a la paciente con el fin de informar y facilitar la asimilación del diagnóstico y subsecuentemente se diseñó el tratamiento cognitivo y dialéctico conductual de acuerdo con la sintomatología presente y los postulados señalados por Linehan (2015).

Al final de la intervención y como parte de la prevención de recaídas se aplicó la ICG-TLP con el fin de observar cambios cualitativos en la sintomatología. Finalmente, se efectuó una evaluación posttest seis meses después de terminar el tratamiento, realizado por medio de formularios de Google y usando el mismo procedimiento que al inicio del proceso para evitar sesgos o discrepancias mayores. Las respuestas registradas son al 16 de diciembre del 2022, siendo la última sesión el 16 de junio del mismo año; finalmente, se tomaron los puntos de corte sugeridos por los autores de cada prueba.

Intervención

Se utilizó la terapia cognitivo-conductual de Beck con el fin de reducir el malestar referido por la sintomatología impulsiva del trastorno, las conductas hostiles hacia los otros y hacia sí misma y las conductas de riesgo presentes, así como reestructurar creencias poco funcionales que

perpetuaran comportamientos poco saludables. La Tabla 2 contiene el programa revisado en cada sesión individual con duración de 1 hora y media el cual siguió la siguiente agenda: control del estado de ánimo, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades DBT y asignación de la tarea.

Tabla 2. *Agenda de las sesiones del tratamiento*

Tiempo estimado	Actividad	Técnica	Objetivo
20	Control del estado de ánimo	Evaluación de tareas y puntuación de emociones poco agradables	Identificar momentos en la semana que requieran abordarse dentro de la sesión
40	Reestructuración cognitiva	Registro de pensamientos disfuncionales Debate	Identificar pensamientos poco funcionales y lograr la reestructuración y modificación de estos
20	Entrenamiento en habilidades DBT	Psicoeducación Handout del manual correspondiente a la habilidad a entrenar	De acuerdo con los objetivos de la habilidad en cuestión
10	Tarea	Psicoeducación	Reforzar las habilidades aprendidas

Se inició haciendo psicoeducación sobre la sintomatología presente y el diagnóstico como tal con el fin de consolidar una adecuada alianza terapéutica; dentro de la psicoeducación se hizo introducción a lo referente a la TCC en donde se explicaron conceptos básicos, pero importantes para el adecuado ejercicio: pensamientos automáticos y cómo identificarlos, creencias intermedias y centrales y cómo impactan en los comportamientos

y conductas, así como distorsiones cognitivas presentes principalmente, cómo identificarlas y cómo combatirlas.

Las técnicas empleadas desde este enfoque fueron: 1. Autorregistro de situaciones y pensamientos disfuncionales, ya que busca instruir al paciente en la identificación de pensamientos resultantes de alguna situación causante de malestar, de esta manera, será capaz de identificar las distorsiones cognitivas presentes y hacer las modificaciones adecuadas. 2. Debate de pensamientos y creencias poco funcionales que llevan a la reestructuración cognitiva, llegando finalmente a la elaboración de pensamientos más saludables, realistas y funcionales. Finalmente, 3. Programación de actividades y solución de problemas con el fin de disminuir el pensamiento dicotómico y aumentar la tolerancia a la frustración.

Se fomentó la biblioterapia para la comprensión de conceptos y la visualización más allá de su propia realidad, específicamente en el reconocimiento y manejo de emociones. Como último recurso de este enfoque se emplearon técnicas y experimentos conductuales que reafirmaron los pensamientos saludables, permitiendo la reestructuración de los poco saludables al poner en práctica lo aprendido durante las sesiones.

Aunado a esto, se incluyeron estrategias de la terapia dialéctico conductual que consistieron en una intervención estructurada para el trabajo de habilidades en bloques de sesiones previamente establecidas, e intercalando las habilidades a entrenar consiguiendo mejores resultados. La estructura de las técnicas aplicadas fue la siguiente:

- Mindfulness: Dos semanas.
- Entrenamiento en efectividad interpersonal: Seis semanas.
- Mindfulness: Dos semanas.
- Entrenamiento en regulación emocional: Siete semanas.
- Mindfulness: Dos semanas.
- Entrenamiento en tolerancia al malestar: Seis semanas.

En esta forma, se buscó el progreso de la paciente haciendo uso de técnicas mindfulness, con el interés de crear una consciencia plena en el aquí y el ahora, disminuir pensamientos rumiantes y facilitar la toma de acción en consciencia, al mismo tiempo que se lograba reducir la ansiedad al utilizar el mindfulness como ejercicios de relajación y focalización. Se trabajó en el entrenamiento en efectividad interpersonal orientado a conseguir metas específicas en las interacciones conservando el respeto propio y las relaciones interpersonales, estableciendo límites y prioridades y validando y aceptando las necesidades o deseos de la paciente. Entrenamiento en regulación emocional para aumentar la importancia, consciencia y el control de las emociones, disminuir el sufrimiento y el desamparo real o imaginario y finalmente se le entrenó en la tolerancia al malestar con el objetivo de incrementar la efectividad real y percibida en situaciones de crisis sin empeorar las situaciones. En este punto se incluyó también la aceptación radical en donde se le instruyó a la consultante a ser paciente sin catastrofizar los hechos, sin ser conformista, derrotista ni autocomplaciente.

Finalmente, otra de las técnicas de la DBT de la que se hizo uso ante situaciones en las que la paciente se sintió incapaz de aplicar las herramientas adquiridas en las sesiones es el coaching telefónico, en éste, la paciente solicitó la intervención telefónica y se acompañó en el autodebate de pensamientos poco funcionales y la toma de decisiones en consciencia, así como en el trabajo de técnicas de la TCC adecuadas a la situación causante de malestar como la respiración y relajación progresiva o técnicas de distracción para disminuir la ansiedad y deseos de realizar alguna conducta impulsiva o de riesgo.

Análisis de resultados

En primera instancia, al finalizar la intervención se llevó a cabo una evaluación mediante la ICG-TLP (Pérez et al., 2007) para identificar la percepción del avance en la reducción de sintomatología del trastorno. La

información arrojada indica que la paciente mejoró sustancialmente en ocho de nueve criterios que se muestran a continuación:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: Autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para uno mismo.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.
7. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira.
8. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Respecto al criterio de sentimientos crónicos de vacío, la paciente manifestó desde su percepción una mejoría parcial, considerando que aún existen áreas de oportunidad en el abordaje de creencias que sostengan dicho sentimiento y en la mejoría de habilidades de eficacia interpersonal y mindfulness.

Sin embargo, cualitativamente la paciente refirió cambios significativos en su estilo de vida en general, tales como mejora en sus relaciones interpersonales, capacidad para establecer límites y prioridades con ella misma y otras personas. Se identificó una disminución de los pensamientos dicotómicos y catastróficos, siendo capaz de tomar decisiones menos impulsivas gracias a la conciencia de las consecuencias de las conductas a corto y largo plazo, tanto para ella como para su familia.

En cuanto a la autorregulación emocional y conductual ante situaciones de estrés cotidianas, pudo identificarse el desarrollo de respuestas funcionales y deseables, lográndose el objetivo principal de reducir la impulsividad y agresión hacia sí misma, sus hijos y su esposo, lo que contribuyó al incremento de la comunicación y el tiempo recreativo en familia.

Por otro lado, la paciente mejoró la percepción de los eventos reales en el momento que suceden (habilidades mindfulness); desarrolló la capacidad de validar y expresar sus propios deseos y necesidades, pudiendo manejar las interacciones sin angustia significativa ni dificultades. Gracias a las habilidades de regulación emocional, se incrementó la aceptación de emociones y su expresión saludable, por ejemplo, es capaz de reconocer emociones poco placenteras y que la intensidad elevada de éstas puede llevarla a comportamientos que en última instancia provoquen sentimientos de culpa. Adicionalmente, durante el tratamiento la paciente no reportó más intentos suicidas ni conductas de riesgo, ya que aprendió otras formas de regular la carga emocional.

Finalmente, en lo correspondiente a las habilidades de tolerancia ante el malestar, la paciente logró desensibilizar el pensamiento dicotómico que ocasionaba la catastrofización de situaciones, obteniendo así una mayor serenidad y manejo, sobretodo, cuando las cosas no salen como se espera demostrando que puede utilizar otras habilidades para generar estrategias de solución adecuadas y no influenciadas por alguna distorsión cognitiva. Consecuentemente, 6 meses posteriores al término de la intervención se calcularon de forma cuantitativa los cambios clínicamente significativos en función de los puntajes pre y postest de los instrumentos de evaluación, empleándose el índice de cambio clínico propuesto por Cardiel (1994, citado en Vega et al., 2022) utilizando la Impresión clínica global para el trastorno límite de la personalidad (ICG-TLP). Se consideró como valor significativo aquellos puntajes mayores al 20% (>0.2). Así también, para

calcular el porcentaje de cambio (PC) se utilizó la siguiente fórmula: $PC = (P2 - P1) / P1$ en donde P1 es el puntaje pretest y P2 es el puntaje postest.

En la tabla 3 se reflejan los puntajes obtenidos por la paciente en las diferentes dimensiones de los cuestionarios empleados. Se observa que los puntajes pretest se encontraban por encima del punto de corte establecido y señalado en la tabla, especialmente las subescalas del SCL90-R relacionadas con la hostilidad (2.17) y depresión (1.08), los cuales fueron síntomas indicados dentro de su motivo de consulta. Asimismo, en el pretest se encontraron síntomas depresivos (13) y ansiosos (9) leves; y como creencias irracionales se manifestaron los relacionados con la autoexigencia (se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos) y ansiedad (se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta).

Tabla 3. Comparación puntajes al inicio del tratamiento y seis meses después del término

Prueba	Subescala	Puntaje pretest	Puntaje postest	Punto de corte referencia	PC
SCID-II	Trastorno límite de la personalidad	9	5	5	0.44*
	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	6	1	4	0.83*
SCL90- R	Hostilidad	2.17	0.17	0.30	0.92*
	Depresión	1.08	0.54	0.36	0.5*
BDI		13	8	10	0.38*
Test de creencias irracionales de Ellis	Ansiedad	8	4	7	0.5*
	Perfeccionismo	7	1	7	0.85*

Nota: *Significancia al 0.20. P.C. = Porcentaje de cambio

Después de las 59 sesiones de tratamiento y pasados exactamente seis meses de su finalización, los puntajes disminuyeron significativamente en comparación con los obtenidos al inicio del proceso, tal como se puede ver en la tabla 3, lo que refleja la eficacia del tratamiento en la disminución de síntomas propios de la patología a través del tiempo. Al analizar el puntaje de cambio clínico se puede observar de forma más certera el cambio positivo que la paciente logró con la intervención y que se mantiene después de ésta.

Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue desarrollar una intervención psicológica utilizando técnicas de la TCC y la DBT para disminuir la sintomatología propia del TLP en la paciente. Si bien se habla de que el trastorno límite de la personalidad es de difícil abordaje por la escasa adherencia al tratamiento de psicoterapia o farmacológica (Aragonés et al., 2015), hoy en día se siguen desarrollando pautas y modelos de intervención que implican las terapias de tercera generación con el fin de incrementar el pronóstico favorable de esta patología. Sin embargo, cabe resaltar que en este estudio de caso la paciente ha mostrado una adecuada adherencia al tratamiento y pudo consolidarse una alianza terapéutica saludable.

En este estudio se concluye que se acepta la hipótesis planteada respecto a que la intervención basada en la terapia dialéctico conductual en combinación con técnicas de la terapia cognitivo-conductual son exitosas, ya que los resultados obtenidos tanto cualitativa como cuantitativamente reflejan un cambio clínico en el caso de estudio. Específicamente nos referimos al manejo de la sintomatología inicial observada y la mejora de la autorregulación emocional, el control de impulsos y el establecimiento de relaciones interpersonales saludables.

De esta manera con este estudio se apoya la evidencia que demuestra la efectividad del abordaje de las habilidades propuestas por la DBT en conjunto con técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad tal como lo demuestran investigaciones revisadas anteriormente como la de Álvarez (2019) y Armijos y Polo (2022).

En este sentido, en este estudio de caso el uso combinado de técnicas para tratar el trastorno límite de la personalidad resultó eficaz tal como sucedió con el estudio realizado por Campbell y Lakeman (2020) en donde se plantea la efectividad de las intervenciones similares a la planteada en este estudio de caso. No obstante, es necesario recalcar que el éxito o fracaso de las intervenciones dependerá de muchos factores, entre los que se debe mencionar las características individuales de cada persona (nivel de severidad patológica, capacidad cognitiva, factores motivacionales, etc.) y las características del terapeuta (formación, capacidad empática, disponibilidad, etc.), además de factores sociales, económicos y ambientales que pudieran influir en el adecuado progreso del tratamiento.

En este estudio se encontraron como limitaciones que al ser un solo caso documentado, no pueden generalizarse los resultados. Además, las pruebas utilizadas, aunque validadas y adecuadas a la población, no todas responden a los criterios actualizados del DSM en su quinta versión (APA, 2014), ni están estandarizadas para la autoaplicación en línea lo cual dificulta la replicabilidad y pudiera influir en los resultados. Finalmente, los resultados postest pudieran no deberse explícitamente al tratamiento llevado a cabo, sino que pudieran existir algunos otros factores externos al tratamiento no identificados en este estudio que hayan intervenido.

Así se abre la puerta a futuras investigaciones que refuercen o refuten el éxito obtenido al utilizar metodologías o planes de tratamiento similares

considerando las implicaciones prácticas que este estudio representa, como lo es la replicabilidad posible y la posibilidad de poder elaborar planes de tratamiento personales para los pacientes con el fin de continuar reforzando la efectividad de programas que consideren técnicas y habilidades de la terapia cognitivo-conductual y dialéctico-conductual.

Agradecimientos

Agradecemos a la Facultad de Psicología de la UAdeC por las facilidades brindadas para la implementación de la intervención.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Referencias

- Aguilar, C., Marín, M. y Arévalo, M. (2020). Caracterización clínica del trastorno límite de la personalidad. *Poliantea*, 16(26), 26-31. <https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1499>
- Albarrán, S., Alva, P., Correa, M., De la Cruz, E. y Ramírez, T. (2021). El límite de Marsha: terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad. *Journal of neuroscience and public health*, 1(1). 5-11. <https://doi.org/10.46363/jnph.v1i1.1>
- Amador, D. E. (2021). El Trastorno límite de la personalidad desde una perspectiva estructural. *Revista Humanismo y Cambio social*, 18. 196-204. <https://orcid.org/0000-0001-6894-4997>
- American Psychiatric Association APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H., Krakauer, K., Gluud, C., Thomsen, R., Randers, L. y Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder—a randomized observer-blinded clinical trial. *Depression and Anxiety*, 33(6), 520-530. <https://doi.org/10.1002/da.22472>
- Álvarez, H. (2019). Terapias contextuales. Una propuesta clínica desde una perspectiva post- Skinneriana. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2). 42-57.
- Aragónés, E., Fernández, A. y Ramón Loayssa, J. (2015). Los trastornos de personalidad. El trastorno límite de la personalidad. *Actualización en medicina de familia*, 11(5), 265-271.
- Armijos, T. y Polo, EN. (2022). Terapia cognitivo conductual en el pensamiento dicotómico del trastorno límite de la personalidad (TLP). *Centros Revista Científica Universitaria*, 11(1), 189-208.
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N. y Steer R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology. 56, 893-7. DOI: 10.1037//0022-006x.56.6.893

- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition. Manual*. The Psychological Corporation.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva Principios básicos y profundización*. Gedisa.
- Campbell, K. y Lakeman, R. (2020). Borderline Personality Disorder: A Case for the Right Treatment, at the Right Dose, at the Right Time. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(6), 608–613. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1833119>
- Campos, A., Díaz, L. y Barros, J. (2008). Consistencia interna del cuestionario autoadministrado de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 37(3), 378-384.
- Casullo, M. M. y Castro Solano, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Anuario de Investigaciones*, XII, 147-157.
- Choi-Kain, L., Finch, E., Masland, S., Jenkins, J. y Unruh, B. (2020). Lo que funciona en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *RET Revista de Toxicomanías*, 84, 3-14.
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Checklist 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud mental*, 28(1), 72-81.
- Derogatis, L. R., Rickels, K. y Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: Astep in the validation of anew self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289. <https://doi.org/10.1192/bjp.128.3.280>
- De la Cruz, F. (2017). Las creencias irracionales de Albert Ellis en los estudiantes de una universidad privada de Lima Este. *PsiqueMag*, 6(1), pp. 165-182.

- Dixon, K., Peters, J., Fertuck, A. y Yen, S. (2019). Procesos emocionales en el trastorno límite de la personalidad una actualización para la práctica clínica. *RET: Revista de Toxicomanías*, 83, 13-22.
- Fonseca, S., Guillén, V., Marco, J., Navarro, A. y Baños, R. (2021). Un programa de entrenamiento para familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad basado en la terapia dialéctica comportamental. *Psicología conductual*, 29(2). 219-216. <https://doi.org/10.51668/bp.8321201s>
- Font Domènech, E. (2019). Trastorno límite de la personalidad: revisión sistemática de las intervenciones TLP: comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>
- First M., Gibbon M., Spitzer R., Williams J. y Benjamin L. (1997). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV*. Masson.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), pp. 51-58. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48903.
- Jones, R. G. (1968): *A factors measure of Ellis Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates*. [Doctoral Dissertation, Texas Technological College]. <http://hdl.handle.net/2346/18941>
- Kokoulina, E. y Fernández, R. (2016). Cuidados parentales en la infancia y trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 24(2), 237-252.
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills training manual Second edition*. The Guildford Press.
- Martínez, J. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 166-174.
- Pérez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J., Campins, M., Puigdemont, D. y Álvarez, E. (2007). The clinical global impression scale for

- borderline personality disorder patients (CGI-BPD): A scale sensible to detect changes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(4), 229-35.
- Secretaría de Salud. (9 de julio de 2018). 270. *Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>
- Soledad, P. y Quintero, J. (2019). Intervenciones con familiares de personas con Trastorno Límite de Personalidad basadas en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT). *Revista ALAMOC*, 2, 5-16.
- Valdivieso, G. (2020). Severidad clínica en Trastorno bipolar, Trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 58(1), 2-14. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000100002>
- Vega, J., Coronado, O. y Mazzotti G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(2), 95-103.
- Vega, M., Rivera, M., Sánchez, L. y González, F. (2022). Prevención de conductas suicidas en niños: una propuesta de intervención. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma de México*, 11(23) 32-59. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i23.18060>

Envió a dictamen: 11 julio 2023

Reenvió: 16 octubre 2023

Aprobación: 5 diciembre 2023

Citlaly Guadalupe Mendoza Belmares. Maestra en psicología clínica con enfoque cognitivo-conductual de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. Correo electrónico: citlalymendoza@uadec.edu.mx

Mónica Reyna Martínez. Doctora en Filosofía con Orientación en Psicología Facultad de Sistemas de la Universidad Autónoma de Coahuila. Línea de investigación: Intervención psicológica para la promoción, prevención y atención de la salud mental desde el enfoque cognitivo-conductual. Correo electrónico: m_reyna@uadec.edu.mx

José González Tovar. Doctor en Ciencias de la Educación de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. Línea de investigación: Análisis de la calidad de vida y bienestar individual en familias y población mexicana. Correo electrónico: josegonzaleztovar@uadec.edu.mx.