



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 26 No. 3

Septiembre de 2023

EVALUACIÓN INICIAL Y PSICOEDUCACIÓN EN ADOLESCENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: CASO CLÍNICO

Carlos Iván Ríos Valdez¹, Silvia Itzayana Lemus Calva² y Ana Leticia Becerra Gálvez³

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por una constante inestabilidad interpersonal, en autoimagen, afecto y arrebatos conductuales intensos. Este trastorno se ha relacionado con un deterioro significativo en el funcionamiento del individuo que lo padece ya que comúnmente ocasiona autolesiones y tendencias suicidas. Además, según datos estadísticos nacionales, al menos el 1.5% de la población presenta TLP. Dada su prevalencia y relevancia sintomática, este trabajo tiene como objetivo describir el proceso de evaluación conductual y una breve intervención psicoeducativa efectuada en una paciente femenina soltera de 16 años la cual presenta respuestas asociadas a este trastorno. Se realizó la evaluación del caso por medio de una entrevista conductual semiestructurada y la elaboración de un análisis funcional de la conducta, asimismo, se realizó una breve intervención psicoeducativa con enfoque cognitivo-conductual con la paciente y su tutora. Los resultados mostraron que la paciente logró identificar los síntomas del TLP y ataque de pánico, también se logró un cambio en las cogniciones y reacciones fisiológicas asociadas a la ansiedad. Mientras que, en el caso de la tutora, pudo comprender la sintomatología que presenta la paciente, así como el entrenamiento en la ejecución de la respiración diafragmática para auxiliarle en casos necesarios. Se concluye que en este tipo de casos es de relevancia incluir a la familia y garantizar en la medida

¹ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Correo: rivaanz97@gmail.com

² Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Correo: itzalemus@gmail.com

³ Profesora de Carrera Titular A. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Correo: bega@comunidad.unam.mx

de lo posible la adherencia al tratamiento integral que incluye la atención médica, psicológica y psiquiátrica.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, evaluación, psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, adolescencia.

INITIAL EVALUATION AND PSYCHOEDUCATION IN AN ADOLESCENT WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: CLINICAL CASE

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is characterized by constant interpersonal instability, self-image, affect, and intense behavioral outbursts. This disorder has been related to a significant deterioration in the functioning of the individual who suffers from it, since it commonly causes self-harm and suicidal tendencies. In addition, according to national statistical data, at least 1.5% of the population has BPD. Given its prevalence and symptomatic relevance, this paper aims to describe the behavioral assessment process and a brief psychoeducational intervention carried out on a 16-year-old single female patient who presents responses associated with this disorder. The evaluation of the case was carried out through a semi-structured behavioral interview and the elaboration of a functional analysis of the behavior, likewise, a brief psychoeducational intervention with a cognitive-behavioral approach was carried out with the patient and her tutor. The results showed that the patient was able to identify the symptoms of BPD and panic attack, and a change in cognition and physiological reactions associated with anxiety was also achieved. While, in the case of the tutor, she was able to understand the symptoms that the patient presents, as well as the training in the execution of diaphragmatic breathing to help her in necessary cases. It is concluded that in this type of cases it is important to include the family and guarantee, as far as possible, adherence to comprehensive treatment that includes medical, psychological, and psychiatric care.

Keywords: Borderline personality disorder, assessment, psychoeducation, cognitive-behavioral therapy, adolescence.

Un trastorno de la personalidad es un patrón constante de pensamiento y comportamiento apartado de las expectativas de la cultura del individuo. Se trata de un fenómeno generalizado y relativamente estable, que se mantiene en el tiempo e inicia en la adolescencia o en la adultez temprana (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014, por sus siglas en inglés).

Este tipo de trastornos conforman un área de actual interés en la psicología clínica y en la psiquiatría, debido a la incidencia global que se encuentra entre el 10% de

la población general y en la mitad de los pacientes psiquiátricos en las unidades hospitalarias y clínicas (Skodol, 2018). La relevancia de su comprensión e intervención radica en que son trastornos de larga duración que ocasionan impacto en el funcionamiento del individuo y en las personas con las que interactúan (APA, 2014; Campo-Arias y Cassiani-Miranda, 2008).

En el caso específico del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), se caracteriza por una constante inestabilidad en las interacciones con otras personas, la imagen que tiene de sí mismo, el afecto y los arrebatos conductuales intensos, que comúnmente ocasionan autolesiones, tendencias suicidas e inestabilidad interpersonal y emocional, lo que está presente en varios contextos en las primeras etapas de la edad adulta (APA, 2014; Bozzatello et al., 2019; Chapman et al., 2020). Al respecto, se ha llegado a conceptualizar como el trastorno más representativo de nuestro tiempo (Cervera et al., 2005), alrededor del 1.5% de la población mexicana lo presenta (Secretaría de Salud [SSA], 2018) y cerca del 6% de la población general recibe atención primaria a causa de este trastorno (APA, 2014), para el cual se recomienda usar estrategias psicoterapéuticas entre las que se encuentran las terapias integrativas, psicodinámicas y la Terapia Cognitivo Conductual ([TCC]; Reeves-Dudley, 2017). A pesar de la diversidad en los tratamientos terapéuticos, algunos autores comentan que los procedimientos derivados de la TCC, en especial la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) han resultado ser idóneos para el abordaje de esta problemática, puesto que han dado cuenta de su eficacia empírica para intervenir en este trastorno, además de mostrar resultados favorables en personas con comportamientos de autolesión y actos suicidas (Marques et al., 2017; May et al., 2016; Norrie et al., 2013). Sin embargo, para obtener mejores resultados se sugiere la aplicación de un tratamiento integral que consiste en el uso de psicoterapia y fármacos (García et al., 2010).

A pesar de ello, en la implementación de cualquier tratamiento de índole psicológico se hace fundamental la evaluación conductual, pues es una pieza elemental para conocer la historia del problema, su desarrollo y las formas en las que se manifiesta en la actualidad. La identificación de la información recabada en el proceso de entrevista hace posible conocer las situaciones antecedentes que evocan las

respuestas asociadas al TLP, las formas en las que se manifiestan los síntomas y las consecuencias derivadas del mismo, es decir, permite la formulación del caso y el desarrollo del análisis funcional.

Dada la prevalencia de este tipo de trastornos y en el reconocimiento de la importancia del empleo de los mejores tratamientos para su abordaje, el objetivo de este trabajo es describir el proceso de evaluación conductual y una breve intervención psicoeducativa constituida por algunas técnicas cognitivo-conductuales efectuada en una paciente femenina soltera de 16 años la cual presenta respuestas asociadas al TLP. Esta intervención psicológica breve, se caracterizó también por la inclusión de los familiares en el proceso de contención y psicoeducación.

CASO CLÍNICO

Se presenta a consulta psicológica en las instalaciones de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) Estado de México de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Zaragoza) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), paciente del sexo femenino denominada APWR para fines de confidencialidad, de 16 años, soltera, sin antecedentes psicológicos y psiquiátricos aparentes, cursa el nivel medio superior, no practica ninguna religión, pero es creyente; es dependiente económicamente de sus padres.

Cuenta con complexión endomórfica. Se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, acorde a su edad y género. Tiene postura encorvada, actividad motriz tensa con movimientos estereotipados de manos y pies, expresión facial inmóvil y tono de voz bajo y claro. Se muestra con actitud cooperadora, aunque omite información en algunas de sus respuestas.

Paciente con edad aparente a la cronológica, orientada en las cuatro esferas (respecto a sí misma, a otras personas, en el tiempo y espacio); consciente, alerta, con adecuada respuesta al ambiente; atención, concentración y memoria a corto plazo conservadas, no así la memoria a largo plazo; lenguaje coherente, fluido pero en ocasiones incongruente; pensamiento abstracto, sin alteraciones aparentes en sensopercepción; juicio conservado; impresiona inteligencia promedio; con estado

de ánimo deprimido y afecto anhedónico. Sin noción del posible trastorno. Su locus de control es externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción y redes de apoyo percibido como existentes pero disfuncionales, de tipo instrumental y económico, no así en lo emocional.

Habita en casa propia, construida con materiales perdurables y cuenta con todos los servicios de urbanización. Paciente calificó su estado de salud físico como bueno, aunque no realice actividad física y tenga una alimentación adecuada en calidad (ingesta de frutas, verduras y productos de origen animal) pero no en cantidad (presencia de atracones alimentarios y horarios variables). Tiene hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diario, pero con desaliño.

Acude para solicitar atención en compañía de su madre quien habla e indica problemática en voz de la paciente, indica la presencia de ansiedad; se observó que tenía movimientos estereotipados en pies y manos que involucraron estirar una liga, presionar fuertemente el asiento con las manos y mover los pies contra el piso y el travesaño de la silla.

Por otro lado, la paciente menciona en un primer momento que no identifica cuál es su problema, sin embargo, después indicó que presenta tristeza, ausencia de placer y desinterés por realizar actividades desde hace aproximadamente dos años, cuando se mudó con su padre y dejó de asistir a la escuela por un año. De igual manera, hace referencia a presentar desinterés por vivir y fluctuaciones en el estado de ánimo y cognición desde que era una niña.

Evaluación conductual inicial (identificación de las conductas problema)

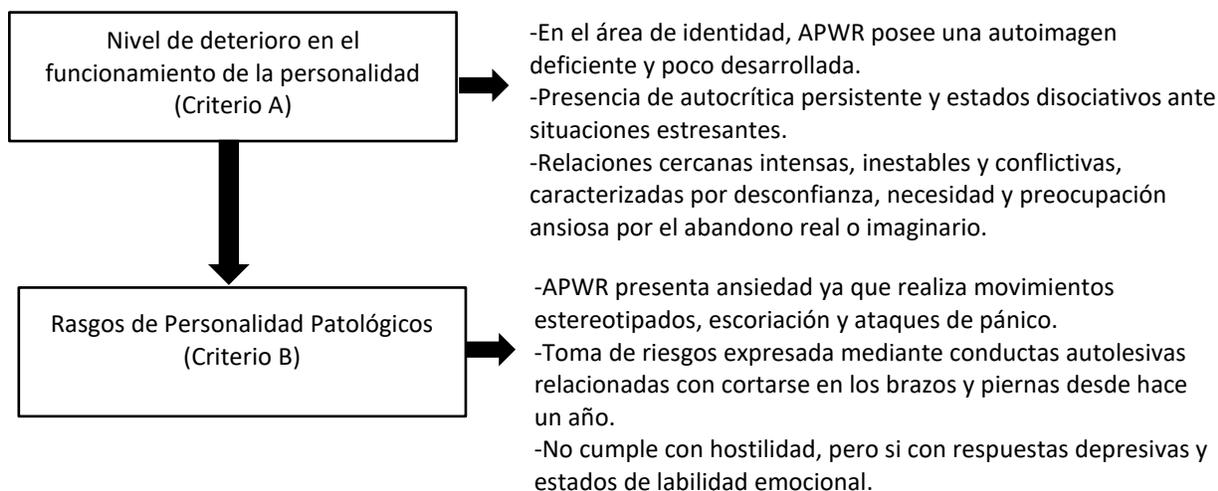
Para la recolección de datos se utilizó un equipo celular Huawei y9 2019 que permitió la grabación del discurso de la paciente, dos cuadernos para realizar anotaciones, una computadora HP notebook 15-BS134WM para la reproducción de presentaciones y los formatos de las actividades correspondientes a las sesiones.

La entrevista conductual semiestructurada se construyó con base en el modelo secuencial integrativo E-O-R-C y algunos elementos para la identificación/confirmación de los criterios diagnósticos para el TLP. También se construyó la lista de chequeo para ataques de pánico la cual consta de 13 ítems con

cuatro opciones de respuesta con respecto a la frecuencia de los síntomas en la última semana: 0 no presentó el síntoma, 1-2 presentó de una a dos veces el síntoma, 3-4 presentó de tres a cuatro veces el síntoma, 5-7 presentó de 5 a 7 veces el síntoma. Se utilizaron instrumentos *ad hoc*, como el formato de registro de autoinstrucciones que cuenta con tres columnas: autoinstrucción empleada, situación en la que se utilizó y la descripción de si funcionó o no.

Con base en la información recabada en la historia clínica y por medio de la entrevista conductual semiestructurada, se elaboró la primera impresión diagnóstica. Se llegó a la conclusión que la paciente podía presentar TLP por lo que se utilizó el modelo nomotético alternativo del DSM-5 (APA, 2014) para confirmar un trastorno de la personalidad, este se expresa en la figura 1.

Figura 1. Evaluación mediante el modelo alternativo del DSM-5.



Nota: Se tomaron en cuenta que los criterios fueran persistentes en diversas situaciones (Criterio C), estables en el tiempo (Criterio D), que no se expliquen mejor por otro trastorno mental (Criterio E), sean atribuibles a los efectos de una sustancia u otra afección mental (Criterio F) ni se conciban como normales para la etapa del desarrollo del individuo o para su contexto (Criterio G). Elaboración propia.

Paciente presenta dos criterios de deterioro en el funcionamiento de la personalidad (Criterio A), de los dos necesarios para esta área. Así como cuatro rasgos de personalidad patológicos (Criterio B), de cuatro necesarios, por lo que cumple los criterios de diagnóstico para un trastorno de personalidad. Se prosiguió con una entrevista semiestructurada con un formato guía con base en los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014) para la confirmación del diagnóstico de TLP que se expresa en la tabla 1.

Tabla 1. Evaluación de criterios diagnósticos para TLP

Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario.	Los esfuerzos frenéticos por evitar el abandono datan de la infancia. Muestra miedo al rechazo, particularmente al de su mamá y amigos. Este miedo la ha llevado a tener cambios en su afecto, cognición y comportamiento para conservar la relación.
Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.	Cambia rápidamente de idealizar a devaluar a las personas, especialmente amigos, cuando tiene discusiones o siente que a la otra persona no le importa demasiado. Además, expresa gusto por ayudar a otras personas con la expectativa de que estén para ella cuando lo necesite.
Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.	La paciente tuvo vida sexual activa desde los 12 años, experimentó prácticas sexuales homosexuales, heterosexuales e incestuosas.
Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.	Presenta atracones alimentarios desde hace cinco años. Además, consumió marihuana y cigarros como método de regulación emocional, lo cual dejó debido a que no reducía su malestar emocional.
Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.	Realiza conductas autolesivas relacionadas con cortarse en los brazos y piernas desde hace un año, la cual sustituyó por frotarse con objetos filosos ya que causa una lesión superficial que cicatriza más rápido y no le generan lesiones cutáneas permanentes.
Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo.	Presenta conductas asociadas a la escoriación, la cual estima como frecuente y cataloga su presencia desde su infancia.
Sensación crónica de vacío.	Cuenta con sensación de vacío, pues percibe que su vida no tiene sentido o no es valiosa, desinterés y ausencia de placer por realizar actividades.
Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.	Presenta enfado constante y discusiones con su padre, madre, hermana y dos medios hermanos, esto genera en ella culpa. Las expresiones de ira no son directamente contra las personas, sino contra objetos.
Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.	En general, considera que no controla satisfactoriamente su estrés. Presenta ideas paranoides sobre daños potenciales físicos. Refiere síntomas de despersonalización en episodios de ira y disociación al realizar actividades cotidianas o en crisis de ansiedad.

Nota: Se organizó la información recabada resumiendo las respuestas de APWR junto a los criterios diagnóstico de TLP. Elaboración propia.

Análisis funcional de la conducta

Acude por un problema que reporta como "*tristeza, ausencia de placer, desinterés por realizar actividades y por vivir*" (sic. pac.), que se caracteriza a nivel motor por movimientos estereotipados de manos y piernas, escoriación, atracones alimentarios, autolesiones (en primer momento cortándose y posteriormente frotándose hasta provocarse irritación), discusiones familiares, impulsividad y llanto; a nivel cognitivo-emocional con sentimientos crónicos de vacío, despersonalización,

disociación, frustración y percepción de perder el control y de una red de apoyo escasa; y a nivel fisiológico se manifiesta con taquicardia, dolor abdominal, disnea, parestesias, sensación de ahogo, calor o escalofríos, sudoración y temblor. Lo anterior se hace altamente probable cuando se encuentra en la escuela, procura cumplir con sus tareas y de no ser así manifiesta síntomas de ansiedad que la llevan a conductas autolesivas (escoriación) y le generan una sensación de alivio, y en la casa, ante los reclamos y discusiones de su mamá, hermana o medio hermano y comportamiento violento de su madre (arroja y golpea cosas, insulta). Consecuentemente, presenta síntomas de ansiedad, despersonalización, disociación, pensamientos intrusivos (autodegradación y percepción de perder el control), autolesiones (cortarse y frotarse) que la dirigen a tener sensación de alivio, ideación suicida y que las personas la busquen. La paciente disfruta de leer, escribir, asistir a museos, conversar sobre la historia de México y universal. Cabe mencionar que quiere cumplir con las expectativas de otros, por lo que procura comportarse adecuadamente y ayudar con la esperanza de que sea recíproco.

Acorde con el análisis anterior se consideró que el tratamiento se enfocó a nivel conductual tanto en las situaciones estímulo antecedentes y las consecuencias, propiciando una modificación a nivel motor y cognitivo con psicoeducación sobre ansiedad y TLP, así como autoinstrucciones y entrenamiento en habilidades autorregulatorias (emociones); y a nivel fisiológico con un entrenamiento en relajación mediante respiración diafragmática. A la par de la intervención con la paciente, se desarrolla psicoeducación para la tutora utilizando material complementario.

Programa psicoeducativo: intervención con paciente y familiar

Las sesiones fueron supervisadas por una profesional en el área quien también participó en estas y vigiló en todo momento por medio de las grabaciones de audio y el uso de la cámara de Gesell. Los espacios que se ocuparon constaron de un salón donde estuvieron presentes los coterapeutas y la paciente, el cual cuenta con una cámara y un teléfono interfono de comunicación remota ubicada en la CUAS Aurora de la FES-Zaragoza

Las sesiones se programaron de manera semanal con una duración de una hora. Las técnicas utilizadas fueron la orientación, psicoeducación, así como respiración diafragmática, en donde se modeló y moldeó las conductas para una adecuada ejecución, y entrenamiento en autoinstrucciones. En la tabla 2 se describe el procedimiento utilizado en las sesiones.

Tabla 2. Programa psicoeducativo

<p>Número de sesión 1 con fecha 11/10/19, tuvo como objetivos particulares 1) la presentación del servicio, 2) describir los componentes del consentimiento informado e 3) identificar el motivo de consulta.</p> <p>Desde el principio se hizo énfasis en el aspecto psicoeducativo de la intervención proporcionándole a la paciente y tutora información relevante para que pudieran decidir libremente en el proceso diagnóstico y terapéutico. Se ofreció una descripción de las características del servicio, los componentes del consentimiento informado y el enfoque psicológico bajo el cual se abordaría la problemática. En la historia clínica se identificó el motivo de consulta, se implementó el examen mental y se identificaron los tres niveles de la respuesta problema.</p>
<p>Número de sesión 2 con fecha 18/10/19, tuvo como objetivos particulares 1) detectar respuestas asociadas al TLP e 2) identificar síntomas relacionados con ataques de pánico.</p> <p>Se continuó con el proceso de evaluación por medio de una entrevista semiestructurada enfocada al TLP y una lista de chequeo para trastorno de pánico basadas en los criterios nosológicos del DSM-5, donde el terapeuta y coterapeuta precisaron la existencia de conductas motoras, fisiológicas o cognitivas relacionadas con el TLP y ataques de pánico. La inclusión familiar al tratamiento se hizo por medio de una entrevista paralela con su madre por parte de la profesional responsable de la supervisión del caso y cuyo objetivo fue exponer las características del TLP.</p>
<p>Número de sesión 3 con fecha 25/10/19, tuvo como objetivos particulares el entrenamiento en habilidades autorregulatorias.</p> <p>Se empleó la técnica de psicoeducación en ansiedad y respiración diafragmática con una presentación en Power Point (PPT) junto con una infografía, esto para que APWR comprendiera la sintomatología y tuviera una mejor ejecución en el entrenamiento de la técnica. Se ofreció modelamiento y moldeamiento de la respiración diafragmática, en donde el criterio de cambio establecido fue la realización de la técnica adecuadamente dos veces y la tarea para casa fue practicar la respiración diafragmática ante síntomas de ansiedad y realizar un autorregistro del uso de la técnica. La inclusión familiar al tratamiento se basó en otorgar de igual manera una infografía a la tutora, se explicó brevemente el funcionamiento y ejecución de la técnica para que auxiliara a la paciente de ser necesario.</p>
<p>Número de sesión 4 con fecha 08/11/19, tuvo como objetivos particulares el confirmar y describir el Pb Dx de TLP.</p> <p>La supervisora del caso junto con los terapeutas siguió con la entrevista conductual a APWR al igual que con su tutora, en donde se indagó sobre las conductas motoras, fisiológicas y cognitivas de interés para mayor amplitud de datos, se describió brevemente el funcionamiento del trastorno con base en la sintomatología, se resolvieron posibles dudas y creencias equivocadas del trastorno. Se explicó la relevancia de la intervención integral. Se dejó como tarea para casa investigar sobre el TLP en fuentes confiables sugeridas.</p>
<p>Número de sesión 5 con fecha 15/11/19, tuvo como objetivos particulares el informar sobre TLP y reforzar la técnica de respiración diafragmática.</p> <p>Se brindó psicoeducación a APWR y a su madre sobre los ataques de pánico en donde por medio de una presentación en Power Point sobre TLP y junto con una infografía del trastorno y sobre</p>

qué hacer ante un ataque de pánico pudieron cumplir el criterio de cambio establecido que fue identificar los síntomas del trastorno según el DSM- 5 y realizar adecuadamente la respiración diafragmática para controlar un ataque de pánico Además se proporcionó a la madre un tríptico para familiares con TLP e información sobre hospitales psiquiátricos.

Se realizó una intervención en crisis por teléfono el día 10 de noviembre del 2019, con una duración de 20 minutos, en la cual se tuvo como objetivo disminuir la respuesta fisiológica relacionada con el ataque de pánico que presentó la paciente, caracterizado por llanto, sensación de calor, parestesia, temblor en el cuerpo, escoriación en los brazos y cara anterior de las piernas; por medio de las técnicas de respiración diafragmática, autoinstrucciones y distracción cognitiva. Al expresar la paciente mayor tranquilidad, se le dio la instrucción a la tutora de vigilarla de forma no intrusiva, con el fin de garantizar su integridad. La paciente posteriormente refirió que anterior a la crisis, su ambiente presentaba ruido de instrumentos de construcción como el taladro, además de gritos debido a una discusión familiar. Por otro lado, la paciente asistió de forma regular hasta la quinta sesión, se realizaron tres llamadas de rescate, a la que ninguna contestó; para esa sesión se tenía planeado entrenar en habilidades autorregulatorias mediante psicoeducación de las emociones y autoinstrucciones. Finalmente, se dejaría de tarea llenar el formato de autorregistro en autoinstrucciones y a su tutora se le otorgaría una infografía para apoyar a direccionar las emociones de la paciente de forma positiva.

Resultados y Análisis del cambio clínico

Para medir la frecuencia de los síntomas de los ataques de pánico presentados por la paciente se utilizó la lista de chequeo basada en los criterios diagnósticos del DSM-5 y el autorregistro. Con los datos obtenidos se sacó el porcentaje de datos no solapados o PND, por sus siglas en inglés, para cuantificar el cambio y estimar la magnitud del tratamiento (Sanz y García-Vera, 2015). Los resultados obtenidos de la lista de chequeo aplicada la sesión 2 que va del día 11/10/19 al 18/10/19, se expresan en la tabla 3.

Tabla 3. Frecuencia de las respuestas asociadas a los ataques de pánico registrados en una semana, del 12/10/19 a 18/10/19.

Respuesta/síntoma	<i>f</i> (Expresión en días de ocurrencia)	%
Físico		
Hormigueo o parestesias	2	28.5 6
Escalofríos/sensación de calor	3	42.8 4
Mareo o desmayo	1	14.2 8
Náuseas/malestar abdominal	5	71.4
Dificultad para respirar	5	71.4
Temblor o sacudidas	2	28.5 6
Sudoración	2	28.5 6
Palpitación o taquicardia	3	42.8 4
Cognitivo-emocional		
Miedo a perder el control	4	57.1 2
Miedo a morir	2	28.5 6

Nota: Elaboración propia.

La paciente reporta tener más de cuatro síntomas al mismo tiempo, mínimo dos veces por semana, por lo que se puede confirmar la presencia de ataques de pánico. Las respuestas más frecuentes fueron la sensación o dificultad para respirar o de asfixia y náuseas o malestar abdominal. La paciente logró identificar los síntomas de ataque de pánico en cinco ocasiones y disminuyó estos tres veces mediante la técnica de respiración diafragmática. El PND empleado para cuantificar el cambio y estimar la magnitud del tratamiento, reveló que se obtuvo un cambio del 100% para identificar los síntomas del ataque de pánico. Respecto a la psicoeducación, ésta apoyó a la aceptación del diagnóstico de TLP, influyó en la adherencia terapéutica y motivación para continuar con el tratamiento integral sugerido. Por último, se modificaron las creencias sobre el tratamiento psiquiátrico en la paciente por medio de una breve explicación sobre cómo ayudarían en su tratamiento y mencionó aceptarlos.

DISCUSIÓN

El objetivo de este artículo fue describir el proceso de evaluación conductual y una breve intervención psicoeducativa efectuada en una paciente femenina soltera de 16 años la cual presenta respuestas asociadas al TLP. Con respecto al tema de la evaluación clínica, la APA (2001) sugiere que se debe emplear una serie de procedimientos, debido a la dificultad con la que cuenta el TLP en su variabilidad sintomatológica. Los métodos más utilizados en la actualidad para la evaluación de los trastornos de personalidad son las entrevistas estructuradas y cuestionarios autoadministrados, ya que, por su parte, la entrevista permite evaluar aspectos difíciles de valorar pues ofrecen al clínico la oportunidad de preguntar al paciente ejemplos concretos de situaciones reales y distinguir los problemas situacionales de los rasgos de personalidad (Montalvo y Echeburúa, 2006) y los autoinformes permiten evaluar subjetivamente la sintomatología clínica característica del TLP (Fernández, 2016).

Al utilizar la entrevista semiestructurada con base en los criterios nosológicos del TLP es posible diagnosticar a pacientes con el trastorno ya que se cuenta con criterios fiables, válidos y estables (APA, 2014; Bateman y Krawitz, 2013; De Catalunya, 2011). Se ha mostrado que puede emplearse el diagnóstico para adolescentes a partir de los 11 años (Guilé et al., 2018) y en el caso de APWR, cumple con la presencia de los criterios mínimos necesarios para establecer el diagnóstico del trastorno.

A pesar de la utilidad de los Manuales Diagnósticos, la atención que se emplea en las clínicas universitarias destaca la relevancia del uso del proceso de Evaluación y del Análisis Funcional de la Conducta elementos que determinarán qué tipo de técnicas y procedimientos deben ser incluidos en el plan de intervención. Dicho esto, el proceso de evaluación es clave para el diagnóstico de los pacientes con TLP, pero consecuentemente, la implementación de una intervención basada en evidencia y eficaz como la TCC que ha dado cuenta de su eficiencia empírica para intervenir en diversos trastornos y que muestra resultados favorables ante comportamientos disfuncionales para el TLP (Marques et al., 2017; Norrie et al.,

2013) fortalece la importancia del empleo de los mejores tratamientos para el abordaje del trastorno.

En esa misma línea la incorporación de la psicoeducación a la TCC fomenta la conciencia del trastorno mental, comunicando todos aquellos aspectos necesarios para desmitificar el padecimiento y favorecer el surgimiento de expectativas realistas (Correa y Núñez, 2005). En el caso de APWR, la psicoeducación apoyó la aceptación del diagnóstico de TLP, en donde expresa *“Leí los síntomas, yo pensé que eran parte de mi personalidad”*. (sic. pac).

Además de los efectos que tiene la psicoeducación en los pacientes, también es útil y necesaria emplearla a los cuidadores, como se hizo en el presente estudio, ya que diversos estudios señalan la importancia de desarrollar intervenciones psicoeducativas de apoyo a los cuidadores de personas con TLP, esto debido a que ellos también experimentan un deterioro del bienestar y salud mental (Bailey y Grenyer, 2015; Bailey y Grenyer, 2014). Como resultado, este involucramiento puede disminuir la carga familiar percibida y mejorar las habilidades de afrontamiento del entorno familiar frente al trastorno (De Catalunya, 2011; Tena-Hernández, 2020).

Por otro lado, dentro de las limitaciones del estudio fue el reducido tiempo disponible para la intervención y la falta de involucramiento de la familia en la intervención y seguimiento. No se pudo medir la efectividad del tratamiento ni dar seguimiento debido al abandono de la terapia, esta se debió, según la paciente, a la influencia de su familia, principalmente de su madre quien, a pesar de la inclusión en el proceso terapéutico, no trasladaba a la paciente a sus citas. Aunque se buscó garantizar la continuidad de su tratamiento ofreciéndole información sobre hospitales psiquiátricos donde seguiría con la atención de su salud mental, no se tuvo éxito, además, en las CUAS solo se brinda en periodos escolares (un semestre de cuatro meses) y al término de este se suspende y se reanuda hasta que inicia el próximo, por lo que la paciente estaría alrededor de dos meses sin atención.

Referencias Bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2001). Guía práctica para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (10 supplement), 1-52
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5a Ed. Arlington, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bailey, R.C, y Grenyer B. (2014). Supporting a person with personality disorder: a study of carer burden and well-being. *Journal of Personality Disorders*, 28(6): 796–809
- Bailey, R.C, y Grenyer B. (2015). The relationship between expressed emotion and wellbeing for families and carers of a relative with Borderline Personality Disorder: Expressed emotion in borderline disorder. *Personality and Mental Health*, (1): 21–32.
- Bateman, A., y Krawitz, R. (2013). *Borderline Personality Disorder: An evidence-based guide for generalist mental health professionals*. Oxford University Press.
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., y Rocca, P. (2019). Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Frontiers in psychiatry*, 10(710), 1-16. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00710
- Campo-Arias, A., y Cassiani-Miranda, C.A. (2008). The Most Frequently Diagnosed Mental Disorders: Prevalence and Associated Sociodemographical Factors. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 598-613.
https://www.researchgate.net/publication/262670718_The_Most_Frequently_Diagnosed_Mental_Disorders_Prevalence_and_Associated_Socio-demographical_Factors
- Centro Colaborador Nacional para la Salud Mental. (2009). *Trastorno límite de la personalidad: tratamiento y manejo*. Londres (Reino Unido): Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55415/#ch2.s3>
- Cervera, G., Haro, G., y Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad: Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Médica panamericana.
- Chapman, J., Jamil, R.T., y Fleisher, C. (2020). *Borderline Personality Disorder*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/>
- Correa, E., y Núñez, P. (2005). Tratamientos psicológicos eficaces en Trastorno Bipolar: Psicoeducación y Terapia Cognitiva Conductual. Descripción de un Caso Clínico. *Trastornos del Ánimo*, 80.

- De Catalunya, D. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Agencia d'Informacio, Avaluacio i Qualitat en Salut.
- Fernández, C. O. (2016). *Hacia un diagnóstico fiable y eficiente del trastorno límite de la personalidad*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona
- García, M., Martín, M., y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (2), 263- 278.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstractypid=S0211-57352010000200005
- Guilé, J.M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., y de La Rivière, S.G. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health Medicine and Therapeutics*, 23 (9),199-210. DOI: 10.2147/AHMT.S156565.
- Marques, S., Barrocas, D., y e Rijo, D. (2017). Intervenções Psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: Uma Revisão das Terapias de Base Cognitivo-Comportamental. *Acta Médica Portuguesa*, 30(4), 307-319. DOI: 10.20344/amp.7469.
- May, J. M., Richardi, T. M., y Barth, K. S. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *The mental health clinician*, 6(2), 62–67. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.62>
- Montalvo, J. F., y Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*,11 (1), 1-12.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.1.2006.4014>
- Norrie, J., Davidson, K., Tata, P., y Gumley, A. (2013). Influence of therapist competence and quantity of cognitive behavioural therapy on suicidal behaviour and inpatient hospitalisation in a randomised controlled trial in borderline personality disorder: further analyses of treatment effects in the BOScot study. *Psychology and psychotherapy*, 86(3), 280-93. Doi: 10.1111/papt.12004.
- Reeves-Dudley, B. (2017). Borderline Personality Disorder Psychological Treatment: An Integrative Review. *Archives of psychiatric nursing*, 31(1), 83–87. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.08.009>
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>

Secretaría de Salud (2018). *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>

Skodol, A. (2018). *Generalidades sobre los trastornos de la personalidad*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/generalidades-sobre-los-trastornos-de-la-personalidad>

Tena-Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista científico-sanitaria*, 4(3), 36-45.