

con TLP es bastante característico que sí consideren estos pensamientos automáticos como reflejo de la realidad y esto influye en la manera que tienen de procesar las experiencias posteriores.

Se trata principalmente de identificar los sesgos cognitivos, esquemas disfuncionales y los estilos de afrontamiento, que son las principales variables tenidas en cuenta en la TCE (véase anexo K).

Una vez que se ha provisto de psicoeducación al paciente, se dedicarán sesiones a que este aprenda a detectar sus propios esquemas disfuncionales y ver la relación que tienen con las respuestas desadaptativas, así como reconocer sus estilos de afrontamiento disfuncionales y comprobar si estos contribuyen a mantener el esquema desadaptativo.

Para identificar qué esquemas destacan en el paciente se emplean técnicas que provienen de la TCE como los ejercicios en imaginación, en los que este revive en imaginación situaciones que le generaron respuestas o emociones disfuncionales y se evalúa así los pensamientos que se generan.

Una vez que ya está identificado todo lo anterior, se pretende lograr el cambio de esquemas y estilos de afrontamiento desadaptativos mediante la combinación de diferentes técnicas, que irán variando semanalmente en función de las necesidades del paciente. Estas técnicas son:

- Cognitivas: el objetivo que se ha de buscar es que el paciente se haga consciente de manera racional que las creencias que fundamentan sus propios esquemas desadaptativos no tienen validez lógica. El terapeuta utilizará como base de su estilo, el diálogo socrático haciéndole preguntas abiertas.
 - Comprobación de hipótesis: revisar las evidencias o argumentos a favor y en contra del esquema, hacer las listas de estas evidencias y discutirlos.
 - Evaluar y discutir interpretaciones alternativas.
 - Ejercicio de revisión de vida: buscar posibles orígenes de los esquemas y las evidencias que los apoyan.
 - Evaluar ventajas y desventajas de los estilos de afrontamiento del paciente.
 - Role-playing de diálogos entre paciente y terapeuta. Uno actúa desde el esquema disfuncional y otro desde un esquema funcional, intercambiándose los roles.

- Utilizar tarjetas recordatorio: escribir frases o afirmaciones que desafíen el esquema desadaptativo, para que el paciente pueda repetir las cuando detecte que algún esquema disfuncional se ha activado.

Al finalizar las sesiones en las que se empleen técnicas cognitivas, se sintetizará lo elaborado en tarjetas hechas con papel cartulina y se incluirán en su archivador personal de la terapia, así estarán accesibles para cuando necesite recordarlo o se encuentre ante situaciones que puedan activar el esquema desadaptativo.

- Experienciales:

- Diálogos: desarrollar en imaginación conversaciones con las personas que supuestamente originaron sus esquemas disfuncionales.
- Ensayos de modificación de patrones: se trata de hacer ejercicios de imaginación mientras actúa de una manera alternativa a sus pautas disfuncionales. Se puede ir aumentando la dificultad, comenzando por ejercicios en imaginación, luego en vivo en la consulta y por último en la vida real.
- Escribir una carta: se escribe pensando en la persona que puede que haya generado el esquema temprano inadaptado, pero no se le envía.

- Conductuales:

- Hacer una lista conductual: en esta lista se incluyen las conductas que deben ser objeto de cambio.
- Seleccionar conductas objetivo: se elabora una jerarquía de conductas objetivo.

Para practicar que el paciente aumente su comprensión de los estados mentales, tanto propios como del resto de personas que le rodean, se instruirá primero con psicoeducación sobre el significado de la mentalización y los problemas que acarrea en pacientes TLP. El terapeuta se guiará por el estilo de mentalización (anexo L).

Otro de los objetivos de este módulo es reducir el patrón de evitación experiencial, para lo que en primer lugar se proporciona psicoeducación desde la orientación de la ACT, por la que se considera que muchas de las conductas desadaptativas que realizan los pacientes, son resultado de la evitación experiencial, por ejemplo, la persona que bebe alcohol para no pensar en sus problemas, se realiza cortes en los brazos para dejar de sufrir, etc.

Por ello, se trabaja en clarificar valores vitales para actuar en consonancia a ellos y en distanciarse de eventos privados, reorientando la percepción de estos. En pos de lo anterior,

se van a usar también las metáforas como la de “la herida” (anexo M) y actividades experienciales en sesión.

Tras cada sesión se mandarán tareas para casa para practicar lo que se haya realizado. Por ejemplo, en la sesión en la que se trabaja aumentar la capacidad mentalizadora del paciente, la tarea es exponerse a interacciones sociales en las que ya saben que tienen dificultades para llegar a mentalizar y en ese momento deben evaluar en sí mismos las habilidades de mentalización e irán modificándolas hasta llegar a ser efectivas.

Todas las sesiones de este módulo finalizan con un breve ejercicio en el que se realizan respiraciones, relajación o visualización, para generar un estado de bienestar antes de despedirse del paciente.

Sesión 37-40. Nos preparamos para una nueva vida sin terapia.

Uno de los objetivos de estas sesiones consiste en afianzar y generalizar habilidades ya adquiridas y evitar que queden en el olvido, para lo que se hace un repaso general de todas estas mediante psicoeducación y distintas técnicas como el uso de las tarjetas recordatorio, ensayos de conductas en imaginación o en situaciones reales y alguna más que considere relevante el terapeuta.

Además, se ha de reforzar que se realicen cambios en el contexto del paciente para facilitar que se den nuevos comportamientos adaptativos y que no recaigan en realizar los desadaptativos. Para ello, se propone realizar ejercicios de ensayo en los que haya que aplicar respuestas alternativas ante problemas que el terapeuta plantea.

Con el objetivo de prevenir posibles dificultades futuras, se desarrolla junto al paciente un plan de actuación ante las crisis en el que se tiene en cuenta todas las nuevas habilidades que este ha adquirido a su repertorio. Este plan incluye sugerencias para utilizar habilidades ya entrenadas, la forma más apropiada de pedir ayuda según qué situaciones, conductas opuestas a las disfuncionales y recomendaciones de actividades placenteras.

Por otro lado, se realiza una evaluación post-tratamiento en la que se administra prácticamente el mismo protocolo de autoinformes inicial con el objetivo de ver si se ha eliminado la sintomatología por completo que presentaba el paciente y si su calidad de vida o su funcionamiento general han mejorado. Este protocolo por tanto consiste en:

- Inventario de depresión de Beck II (BDI II)
- el Inventario de Expresión de la Ira Estado- Rasgo (STAXI II)

- la Escala de ideación suicida de Beck (SSI)
- la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)
- el Índice de Calidad de Vida (QLI-Sp)

Por último, en esta modalidad de terapia, se intenta generar en el paciente una actitud positiva ante el futuro próximo, por lo que conjuntamente se plantean metas vitales que sean realistas y sobre distintas facetas: pareja, familia, trabajo, etc.

Sesiones grupales:

Sesión 1. Primer día: manos a la obra.

Se lleva a cabo la presentación de todos los miembros del grupo y se describe en qué va a consistir esta metodología, las habilidades que se van a aprender y poner en práctica, la base teórica de estas, además de establecer las normas del grupo (anexo C), que para fomentar que sean cumplidas estrictamente y mantengan una actitud activa, se les anima a que se vean ellos mismos como co-terapeutas de sus compañeros. Además, durante el transcurso de la intervención, para aumentar conductas saludables, se hace uso del reforzamiento social, es decir, cada vez que cumplan una norma o con las tareas para casa, se les dará reconocimiento público y un aplauso grupal.

Sesión 2-9. Aprendemos a vivir en “el aquí y ahora”.

En la primera sesión de mindfulness, se les explica que han de cumplimentar diariamente un autorregistro de las habilidades (anexo Ñ) que han usado durante la semana, con el objetivo de recordarles que deben ponerlas en práctica.

El procedimiento que se va a seguir a lo largo de estas sesiones es en primer lugar revisar el autorregistro de todos los miembros del grupo y ver si han puesto en práctica lo aprendido en la sesión anterior. Se abre un debate sobre ello y cada integrante habla sobre las situaciones en las que ha aplicado las habilidades adquiridas, las dificultades que ha encontrado, qué cambiaría de su actuación, etc. Ante esta tarea, el terapeuta muestra una actitud de escucha activa, proporciona refuerzo para potenciar que sigan cumplimentando el autorregistro todas las sesiones y además proporciona retroalimentación correctiva en los casos en los que sea necesario.

Posteriormente se hace la presentación de la habilidad que corresponde aprender en la sesión practicándola mediante diferentes actividades propuestas.

En este módulo de sesiones se trabajan las habilidades de atención plena o *mindfulness*, y el primer paso es proporcionar a los integrantes del grupo toda la información teórica sobre este conjunto de habilidades, instruyéndoles en que se trata de unas habilidades orientadas a la aceptación para que aprendan a tomar conciencia de todas sus experiencias y tomen el control de sus mentes; por ello se les dice que adopten una actitud de contemplación de todas estas experiencias, permitiéndoles conocerlas y aceptarlas sin realizar juicios valorativos impulsivamente dependiendo de su estado de ánimo en ese momento u otros factores.

Se entrena con ejercicios de poca duración que irán incrementando en dificultad: primero se trabaja con sensaciones causadas por estímulos externos, luego con sensaciones internas como la respiración y progresivamente se focaliza la atención en las emociones.

Para facilitar la comprensión del sentido del *mindfulness* se utilizan diferentes metáforas (anexo N) y se explica a los pacientes teniendo en cuenta tres tipos de mente:

- Mente racional: decisiones tomadas en función a la lógica y razón, sin tener en cuenta emociones ni sentimientos.
- Mente emocional: decisiones tomadas sin pensar.
- Mente sabia: integra la esencia de las dos anteriores. Es el objetivo a alcanzar, pero no como una meta, sino como el proceso que se debe seguir. Cuando logremos que los integrantes funcionen con esta mente, tendrán un sentimiento elevada coherencia.

Para lograr desarrollar la mente sabia en estos, se trabajan distintas técnicas:

- Técnicas para adquirir mente sabia:
 - Observar: aprender a prestar atención a la experiencia, sin querer cambiarla. Se hacen ejercicios en los que se ejercita en la observación de experiencias internas (pensamientos, emociones y motivaciones) y externas (sensaciones), sin interpretarlas ni categorizarlas. Se pueden realizar actividades como las propuestas en el anexo N.
 - Describir: poner nombre a lo que observan y las experiencias que viven. Primero se realizan actividades sencillas como describir el rostro de una persona o describir un paisaje, para luego pasar a nombrar sensaciones internas. Se pueden realizar actividades como las propuestas en el anexo N.

- Participar: se instruye a entrar en las experiencias y vivirlas, no quedarse al margen ni escapar de ellas, sino participar de las mismas y estar inmerso en el presente. Para practicarla se realizan ejercicios grupales de bailar, cantar, correr y juegos en los que deben participar y ser plenamente conscientes.

La actitud que debe guiar al llevar a cabo las tres técnicas anteriores, es la de adoptar una postura no juiciosa, centrándose en una sola cosa en cada momento, es decir, experimentando los acontecimientos de uno en uno y, por último, con la conciencia de estar actuando con eficacia.

Una vez que han sido instruidos en las habilidades, se pasa al objetivo de entrenarlas, para lo que se emplean procedimientos como el *role-playing*, instrucciones directas y, entre otras, moldeamiento, que facilitarán la tarea de comprensión y adquisición de estas habilidades.

Se pueden ir repitiendo ejercicios en sesiones siguientes para afianzar estas habilidades, así como ir añadiendo complementos a los ejercicios que hagan que el nivel de dificultad vaya aumentando progresivamente.

Al finalizar cada sesión de *mindfulness* se les pregunta acerca de sus impresiones, si han tenido dificultades o emitido juicios, etc. Se les recuerda que deben cumplimentar el autorregistro sobre las habilidades correspondientes y se hace un breve resumen de lo que se ha hecho durante esa sesión concreta.

En la última sesión del módulo se resume todo el contenido visto a lo largo de las sesiones y se les motiva a seguir practicando fuera del contexto terapéutico.

Sesión 10-18. Aprendemos las mejores formas de tolerar el malestar.

El procedimiento a seguir durante este módulo de sesiones es el mismo al del módulo de *mindfulness*, excepto que, el autorregistro es el correspondiente a las habilidades de tolerancia al malestar (véase anexo Ñ), que son las habilidades que se van a trabajar.

En primer lugar, se proporciona información teórica sobre este conjunto de habilidades, instruyéndoles en que se trata de unas habilidades orientadas a la aceptación y que pretenden hacer ver que el sufrimiento forma parte de la vida y que no nos podemos deshacer de él ni evitarlo. Por tanto, lo importante, no es evitar el sufrimiento, sino aprender a manejarlo con habilidad.

Las estrategias propuestas en este módulo se dividen en dos bloques: habilidades de supervivencia a las crisis y habilidades de aceptación de la realidad. Las habilidades de supervivencia a las crisis son para aprender a tolerar el dolor sin recurrir a conductas que mantengan o aumenten en sufrimiento. La idea básica es aprender cómo afrontar una situación negativa sin convertirla en una situación peor.

Las habilidades de aceptación de la realidad se enseñan para que aprendan a percibir y experimentarse a uno mismo y a su ambiente sin intentar cambiar o modificar nada, por lo que podrían considerarse una continuación de las habilidades de *mindfulness*.

El programa incluye cuatro tipos de técnicas: de distracción, confortación de sí mismo, mejorar el momento y enumerar los pros y contras de tolerar o no la situación (anexo O).

Sesión 19-26. Aprendemos cómo manejar nuestras emociones de manera efectiva.

El procedimiento a seguir durante este módulo de sesiones es el mismo al del módulo de *mindfulness*, excepto que, el autorregistro es el correspondiente a las habilidades de regulación emocional (anexo Ñ), que son las que se van a trabajar.

En primer lugar, se proporciona información teórica sobre este conjunto de habilidades para que sepan que lo que se busca con este módulo es mejorar cuando se sienten abrumados por emociones intensas y desagradables y proporcionar recursos personales para manejar estados emocionales de elevada intensidad. Los objetivos que se pretenden conseguir son la identificación y descripción de emociones y contextos en lo que se dan, identificar los obstáculos para el cambio, la reducción de la vulnerabilidad emocional y el aumento de situaciones emocionales positivas.

En este módulo, es imprescindible que el terapeuta muestre una actitud validante para poder enseñar al paciente que tiene que observar su respuesta emocional de una forma consciente y sin emitir juicios. El terapeuta, por tanto, les anima a tolerar sus emociones, pero siendo capaces de cambiar la respuesta emocional y conductual por una más adaptativa y beneficiosa.

Los pacientes aprenden varias habilidades con el fin de modular sus emociones:

- Identificar y etiquetar las emociones: Se incluye un módulo educativo sobre qué son las emociones, los distintos tipos de emociones y sus características adaptativas. Para practicarlo se realiza una actividad que consiste en un análisis funcional para responder varias preguntas sobre emociones determinadas (véase anexo P).

- Identificar obstáculos para el cambio emocional: extraer del análisis funcional las contingencias que refuerzan que las emociones desadaptativas se mantengan. También se realizan ejercicios de *mindfulness* para observar, describir, experimentar y aceptar las propias emociones y pensamientos que van surgiendo.
- Reducir la vulnerabilidad emocional: cambio de hábitos disfuncionales por hábitos saludables en distintos ámbitos como dormir más horas, mantener una alimentación sana y equilibrada, realizar deporte diariamente, mantener una actitud positiva y no consumir sustancias tóxicas, entre otras.
- Incrementar los acontecimientos emocionales positivos: programar actividades placenteras y establecer metas a corto, medio y largo plazo. Una de las tareas para casa puede ser establecer que cada paciente debe realizar una actividad que le haga sentir competente o sea placentera durante un número de días determinado.
- Cambiar o regular las emociones: para ello se utiliza la técnica de realizar conductas opuestas a la emoción. Una actividad grupal puede ser practicar modificar la expresión facial cuando surge un momento de enfado y cambiarla de tensa a relajada.

Cada una de las sesiones de este módulo también terminará con la realización de un ejercicio breve de *mindfulness*.

Sesión 26- 33. Aprendemos a ser eficaces interpersonalmente.

El procedimiento a seguir durante este módulo de sesiones es el mismo al del módulo de *mindfulness*, excepto que, el autorregistro es el correspondiente a las habilidades de eficacia interpersonal (véase anexo Ñ), que serán las habilidades que se trabajen.

En primer lugar, se proporciona información teórica sobre este conjunto de habilidades, instruyéndoles en que se trata de unas habilidades en las que se pretende abordar el problema de las personas con TLP en cuanto a las expectativas erróneas sobre la forma en que los demás y ellos mismos deben comportarse en las interacciones sociales. En este módulo se trabaja la problemática de las relaciones inestables y problemáticas que causan mucho sufrimiento.

El objetivo por tanto es desafiar las expectativas negativas sobre el contexto social, aprender a obtener ayuda eficazmente, equilibrar prioridades, demandas, deseos y obligaciones.

Para que los integrantes del grupo aprendan a manejar los conflictos interpersonales se emplean diferentes técnicas: entrenamiento en habilidades sociales, técnicas asertivas, solución de problemas y ensayos de conducta principalmente.

A continuación, se muestran algunas de las habilidades que se entrenan:

- Expresar los sentimientos, ya que estos no son evidentes para el resto de personas.
- Cómo pedir cosas a los demás, rechazar peticiones que no queremos aceptar, resolver los conflictos negociando, etc.
- Mostrarse seguro de uno mismo: contacto visual, tono de voz adecuado, etc.
- Aprender a negociar.
- Validar: tener en cuenta los sentimientos, deseos, dificultades y opiniones acerca de la otra persona.
- Aprender a no juzgar a la otra persona.
- Mostrar interés: escucha activa de su punto de vista y no interrumpirle continuamente.
- Mostrarse simpático y amable.
- Ser justo ante los demás y uno mismo.
- No disculparse por sistema: no hay que pedir disculpas por todo, por tener una opinión diferente, por no estar de acuerdo, etc.
- Atenerse a los valores propios que queremos defender.
- Mantener una actitud sincera y no mentir o exagerar.
- Hacer que nuestra opinión sea relevante y se tenga en cuenta.

Las estrategias relacionadas con la asertividad tratan cuestiones como la gestión de demandas y peticiones.

Estas habilidades se entrenan principalmente con *role playing* en situaciones hipotéticas o reales, que planteen los propios pacientes como problemáticas. Además, conjuntamente se puede elaborar una lista de ejemplos para practicar las habilidades de eficacia interpersonal en la vida cotidiana como tarea para casa.

Cada una de estas sesiones también terminará con la realización de un ejercicio breve de *mindfulness* y la última sesión de este módulo se dedica a resumir todo lo aprendido y a dar recomendaciones para posibles dificultades futuras en la aplicación de estas habilidades.

Sesión 33-35. Repasamos lo que hemos aprendido para crear la vida que queremos vivir.

El objetivo de estas sesiones es repasar didácticamente todas las habilidades que se han ido aprendiendo y practicando, por lo que en un primer lugar se hace una revisión psicoeducativa.

El segundo paso será proceder a hacer variedad de actividades con el objetivo de seguir poniendo en práctica estas habilidades y así afianzarlas más aún en el repertorio de los pacientes.

Por último, se hace una despedida grupal y se abre un pequeño debate sobre todo lo que han aprendido unos de otros.

Sesión de psicoeducación para familiares

Sesión 1. Aprendiendo a incrementar el bienestar común en la familia.

En esta sesión se organiza un grupo exclusivamente con familiares de los afectados de TLP para conseguir que al relacionarse con sus familiares afectados favorezcan la generalización de todo lo adquirido en terapia, eviten un aumento de recaídas, abandonos del tratamiento y, por ende, una mejoría en el bienestar de ambas partes.

Por ello, para alcanzar este objetivo, la primera parte de la sesión se dedica a proporcionarles psicoeducación acerca de que es el TLP, el origen, variables mantenedoras y consecuencias que de este trastorno se derivan. Además, se les explica cómo va a ser el proceso de intervención, se aclaran las expectativas no realistas, haciéndoles saber que es un proceso lento y que no deben presionar a los afectados a que se adapten a su ritmo de vida o a generalizar de manera inmediata los logros adquiridos en terapia a todos los ámbitos de su vida. Es muy importante remarcar que todas las interacciones invalidantes pueden provocar recaídas en los pacientes y que las dudas que les puedan ir surgiendo sobre la efectividad o el proceso de intervención deben consultarlas directamente con el terapeuta para no provocar confusión en el paciente. También se tendrá en cuenta expectativas, objetivos y forma de alcanzar estos de los familiares, para debatirlo y aclarar confusiones.

La segunda parte de la sesión se dedica a dar indicaciones para reestructurar el entorno en el que se desarrollan, proporcionando información y entrenamiento sobre algunas habilidades de comunicación que les permitan relacionarse de manera más efectiva con los afectados y no provocar un ambiente de comentarios invalidantes, exigentes o críticos.

Por último, para poner en práctica las habilidades aprendidas, se realizan ensayos de conducta en situaciones cotidianas problemáticas y se debate sobre sobre ello.

Al final de la sesión, se le hace entrega de varios documentos: “Programa psicoeducativo dirigido a personas con desorden límite de la personalidad, sus familiares y allegados” (<http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo44.pdf>), panfletos de orientación a las familias para informarles sobre los recursos que tienen a su disposición y sobre programas de atención psicológica para ellos mismos.



Anexo E. Diario de autorregistro

Día	IDEAS SUICIDAS			AUTOLESIÓN			DROGAS			AGRESIÓN			TRISTEZA	MIEDO	RABIA	ALEGRÍA
	P	A y nº	HAB.	P	A y nº	HAB.	P	A y nº	HAB.	P	A y nº	HAB.	0-5	0-5	0-5	0-5
Lunes																
Martes																
Miércoles																
Jueves																
Viernes																
Sábado																
Domingo																

Instrucciones: rellenar una vez al día y llevarlo a todas las sesiones semanales.

P = ¿cómo de fuertes son los pensamientos sobre esa conducta? → valora de 0 a 5.

A = ¿lo llegué a hacer? → SI/NO. **nº** = número de veces que lo hiciste en ese día.

HAB. = ¿aplicaste alguna habilidad para poder resolver esta situación? → valora de 0 a 5, donde:

0 = no hice nada

3 = lo intenté, pero no fui capaz

1 = lo pensé, pero no hice nada

4 = lo intenté y lo hice, pero no me sirvió

2 = quería, pero no usé

5 = lo intenté lo hice y funcionó

Anexo F. Procedimiento para el terapeuta durante la llamada telefónica.

El terapeuta utiliza durante la llamada telefónica estrategias de resolución de problemas, cuyo objetivo será evaluar el grado de destructividad de las conductas y las soluciones más adaptativas que podrían ponerse en práctica en ese instante.

Para ello tiene en cuenta las habilidades ya adquiridas y dentro de ellas las que fueron exitosas y, por lo tanto, serán reforzarlas. Una vez hecho esto, el terapeuta ayuda al paciente a elaborar un plan de acción con el cual deberá comprometerse a seguir estrictamente.

El terapeuta debe mantener un control de la llamada, procurando que esta no exceda de un tiempo máximo de 20 minutos, manteniendo una actitud directiva con el objetivo de que la llamada sea eficaz y no pase a convertirse en terapia individual.

Una vez ha concluido la llamada, el terapeuta rellena un registro (Anexo G) para llevar así un control de todas las llamadas que haga el paciente, detectar posibles problemas que de esta modalidad dependan y trabajar en la próxima sesión individual todo aquello que sea relevante repasar.



Anexo H. Recomendaciones ante una crisis del paciente.

Adaptación de la GPC del NICE (2009), por la que ante una crisis se recomienda:

- Mantener una actitud de calma, sin amenazas al paciente.
- Tratar de entender la crisis desde el contexto del paciente.
- Realizar un análisis para detectar las causas.
- Utilizar un estilo de preguntas abiertas, con empatía y validación.
- Ayudar al paciente a reflexionar sobre las posibles soluciones que se podrían aplicar.
- No menospreciar nada de lo que nos transmita el paciente.
- No tomar decisiones precipitadas ni recomendaciones sin fundamento, como podría ser el tema del ingreso hospitalario, asunto de gran sufrimiento para los pacientes.
- Realizar seguimiento del proceso.



Anexo I. Niveles de validación

Niveles	Explicación
Escucha y observación	Actitud de observación y escucha mostrando interés y atención.
Reflejar	Reflejar lo que el paciente comunica con oraciones que señalen que se le ha entendido.
Expresar lo no verbal	Ayudar a que comunique lo que le es difícil manifestar sobre sus pensamientos o sentimientos, para lograr involucrarse en las experiencias del paciente.
Validar en experiencias pasadas	Ayudarle al paciente a darle sentido a sus acciones o reacciones, en términos de eventos pasados y predisposición biológica. Ej.: es comprensible que desconfíes de la terapia porque anteriormente ya has estado en otras sin obtener resultados”.
Validar en términos de las circunstancias actuales	Reconocer que en un momento dado la respuesta del paciente es entendible dado el contexto, las habilidades adquiridas y su historia.
Sinceridad radical	Tratar al paciente como capaz, efectivo y razonable, no como una persona frágil.

Nota: extraído de Feigenbaum (2008).

Anexo J. Estrategias dialécticas.

A continuación, se presentan diferentes estrategias dialécticas que pueden ser empleadas para diferentes objetivos en la terapia de pacientes con TLP.

- “Entrar en la paradoja”: se le muestra que situaciones, pensamientos o emociones que aparentemente parecen contradictorios, pueden no serlo, que las cosas pueden ser al mismo tiempo verdad y no verdad. Esto se logra, por ejemplo, sustituyendo la palabra “pero” por la palabra “y”.
- Uso de metáforas: usadas para mostrar aquellos aspectos que le son más complicado de comprender al paciente, ya que con metáforas son más fáciles de recordar y comprender.
- El “abogado del diablo”: el terapeuta se posiciona en una de las polaridades, defiende el síntoma/conducta que realmente pretende cambiar o presenta una afirmación extrema. Por ejemplo, el terapeuta argumenta que está “en contra” de la terapia porque el compromiso y el cambio son complicados y es el paciente el que debe argumentar a favor de la terapia. Es decir, el terapeuta adopta un rol confrontativo al enfrentarse a los intentos del paciente por desaprobando la proposición, lo que inconscientemente genera en el paciente una mayor elaboración de la posición opuesta. Esta técnica es muy usada al inicio para favorecer la adherencia al cambio.
- La técnica de “extending”: se magnifica lo dicho por el paciente, es decir, aunque este diga algo para causar un efecto o exagere para movilizar su ambiente, el terapeuta toma el mensaje literalmente. Es una técnica muy útil cuando el paciente usa frases del tipo: “si no consigo X haré Y”. En vez de centrarse en X (que es lo que busca el paciente), el terapeuta sólo habla de Y. Por ejemplo, si un paciente utiliza la amenaza: “Si en esta semana no tenemos otra sesión me mato”, la técnica consistiría en responder centralizando en la parte que el paciente mostró menos importancia (“me mato”), diciendo algo así como “Esto es muy grave, quizá no puedas esperar a la siguiente sesión y necesitas una hospitalización”.
- “activar la mente sabia”: La mente sabia es una integración de varios puntos de vista: observación, razonamiento lógico, experiencia sensorial, intuición y aprendizaje. Se pretende que adopte habilidades para poder actuar desde la “mente sabia”.
- “Hacer limonada cuando la vida te da limones”: refleja el equilibrio entre aceptar la vida tal como se nos presenta y hacer el esfuerzo por cambiar las cosas. El terapeuta usa algún factor problemático y le atribuye connotaciones positivas, por ejemplo, que las crisis se asumen como oportunidades para poner en práctica habilidades y lograr el cambio.

- “Permitir el cambio natural”: asumir que la realidad es un proceso, que se desarrolla y cambia. La intervención no es inamovible, se irá ajustando a los cambios a medida que el propio paciente cambie, por lo que se ha de transmitir al paciente esta actitud.
- “Evaluación dialéctica”: mantener una visión holística acerca de la problemática del paciente, para identificar las causas que mantienen el problema actualmente.
- Evitar la polaridad: por ejemplo, cuando el paciente dice: “No puedo”, el terapeuta en vez de decir: “Sí, tú puedes” (que sería polarizar) debería sugerir: “Puedo ver que es muy difícil, tal vez no lo puedas hacer solo, pero yo te ayudaré. Creo en ti”. El mensaje que se da al paciente es que la verdad no es ni absoluta ni relativa, sino que dos posiciones aparentemente opuestas pueden de hecho ser ciertas al mismo tiempo.



Anexo K. Variables de la TCE

Sesgos cognitivos.

- Inferencia arbitraria: proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Sobregeneralización: implica llegar a una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicar la conclusión tanto a situaciones relacionadas con ella como a situaciones no relacionadas.
- Abstracción selectiva: se refiere a centrarse en un detalle específico ignorando otras características más relevantes de la situación.
- Magnificación y minimización. Se refiere a errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.
- Personalización: es la tendencia del paciente para atribuirse a sí mismo sucesos externos cuando no hay base para establecer esa conexión.
- Pensamiento absolutista dicotómico: se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias de manera extrema sin contemplar su gradación.

Principales esquemas disfuncionales.

Dimensión: desconexión y rechazo

Abandono/inestabilidad:	Se refiere a la creencia de que los demás no pueden darnos un apoyo fiable y estable.
Desconfianza/abuso:	Espera que los demás lo hieran o se aprovechen de él.
Privación emocional:	Refleja la creencia en que no lograremos nuestras necesidades de apoyo emocional, sobre todo, en relación a la alimentación, la empatía y la protección.
Imperfección/vergüenza:	Recoge la visión de sí mismo como antipático e indeseable socialmente.
Aislamiento social:	Describe la creencia en que uno no es parte del grupo o la comunidad, que uno está solo y que es diferente de los demás.

Dimensión: perjuicio en autonomía y desempeño

Dependencia/ incompetencia:	Supone la creencia de que el individuo es incompetente y está desamparado, necesitando la asistencia de los demás.
Vulnerabilidad al daño o enfermedad:	Hace que los pacientes esperen tener experiencias negativas que no controlan, tales como crisis médicas, emocionales o naturales.
Enmarañamiento:	Se encuentra en individuos que se relacionan demasiado con personas significativas, a costa de su propio desarrollo, es decir, en aquellas personas que no consiguen desarrollar una identidad individual segura, al margen de los demás.
Fracaso:	Refleja la visión de que el individuo ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo, debido a una ausencia inherente de inteligencia, talento u otras habilidades.

Dimensión: tendencia hacia el otro

Subyugación:	Supone abandonar el control a causa de sentimientos externos de coerción. Estos individuos esperan que los demás sean agresivos, revanchistas, o los abandonen si expresan sus necesidades o sentimientos, por lo que las suprimen.
Autosacrificio:	Aparece en individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que pueden ahorrar el dolor a los demás.
Búsqueda de aprobación/reconocimiento :	Aparece en individuos que quieren ganar la aceptación de los demás, a costa del desarrollo de su propia identidad.

Dimensión: sobrevigilancia e inhibición

Negatividad/pesimismo:	Refleja la atención sobre los aspectos negativos de la vida, así como la expectativa de que nada irá bien. Estos individuos se caracterizan por un pesimismo omnipresente, tristeza y preocupación
Control excesivo/inhibición emocional:	Se encuentra en individuos que evitan la espontaneidad para mantener la sensación de que proveen y controlan sus vidas o para evitar la vergüenza.
Norma Inalcanzables:	Creencia en que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica.
Condena:	Creencia de que los individuos deberían ser castigados por sus errores. No toleran sus propios errores ni los de los demás.

Nota: extraído de López, *et al.* (2011)

Estilos de afrontamiento disfuncionales

	Hostilidad	Contraataca desafiando, abusando, culpando, atacando o criticando a los demás.
	Dominancia	Controla a los demás haciendo referencia de manera directa al cumplimiento de los objetivos.
	Búsqueda de estatus	Sobrecompensa mediante el intento de impresionar a los demás, un alto rendimiento, estatus, búsqueda de atención.
	Manipulación	Encuentra o satisface las necesidades a través de la manipulación encubierta de los demás, de manera seductora o deshonestamente.
Sobrecompensación	Pasivo-agresivo	Se comporta de forma abierta, complaciente mientras castiga a los demás o se rebela de forma encubierta demorándose, burlándose, etc.
	Obsesionado	Mantiene un estricto orden, mucho autocontrol o altos niveles de predictibilidad a través del orden y la planificación: excesiva precaución. Dedicar un tiempo desmesurado a encontrar la mejor forma de lograr las tareas o evitar resultados negativos.
Mantenimiento	Sumisión	Centrado en los demás, cede, busca la filiación, pasivo, dependiente, sumiso, aferrado, evita el conflicto, complace a los demás.
	Excesiva autonomía	Afronta a través del aislamiento social, desconexión y la retirada. Puede mostrarse de manera exagerada, centrado en la independencia y autosuficiencia que en estar implicado con los demás. Algunas veces se dedica excesivamente a actividades privadas como ver la televisión, leer, jugar, trabajo solitario, etc.
	Búsqueda compulsiva de estimulación	Busca excitación o distracción a través de la compra compulsiva, sexo, tomar riesgos, actividades físicas, novedades, etc.
Evitación	Tranquilización adictiva	Evita a través de adicciones que implican el cuerpo, como el alcohol, drogas, comer en exceso, masturbación excesiva, etc.
	Retirado psicológicamente	Afronta mediante la disociación, negación, fantasía u otras formas internas de escape psicológico.

Nota: extraído de López, *et al.* (2011)

Anexo L. Estilo de mentalización.

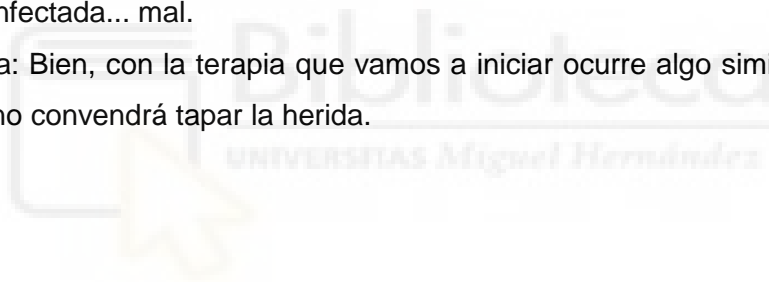
- a) Favorecer la mentalización: el terapeuta mantiene una posición “mentalizadora”, en la que reflexiona sobre la relación entre lo externo (lo que el paciente dice, o hace), los estados mentales internos que pueden deducirse de estos y sobre su propio estado interno.
- b) Tender puentes entre los vacíos: se trata de favorecer la reflexión, integrando las experiencias y dándoles un significado.
- c) Trabajar con estados mentales actuales: no centrarse en el pasado continuamente, sino tratar de comprender la forma en que los estados mentales del presente, están siendo influidos por los eventos del pasado.
- d) Tener en cuenta los déficits del paciente: es importante tener en cuenta las dificultades que presentan, pero sin ignorar sus fortalezas.



Anexo M. Metáfora de la herida.

La “metáfora de la herida” (Luciano, 2001) se utiliza para instruir al paciente en que el malestar que puede experimentar a corto plazo, puede derivar en aspectos positivos a largo plazo. Se describe a continuación:

- Terapeuta: Si uno se hace una herida, tiene la opción de limpiársela, frotando con una esponja con agua y jabón. ¿Dirías que el proceso es agradable?
- Cliente: Duele.
- Terapeuta: Efectivamente. ¿Pero al día siguiente cómo está la herida?
- Cliente: Limpia.
- Terapeuta: Sí, desinfectada y mejor. Es un gran paso para que se cure. Sin embargo, hay otra alternativa, que sería taparse la herida sin tocarla. ¿Dirías que, al no tocártela, duele?
- Cliente: menos.
- Terapeuta: ¡Claro! ¿Y al día siguiente cómo estará?
- Cliente: Infectada... mal.
- Terapeuta: Bien, con la terapia que vamos a iniciar ocurre algo similar. Si queremos avanzar no convendrá tapar la herida.



Anexo N. Recursos para el módulo de mindfulness.

1. Metáforas para facilitar la comprensión del mindfulness.

Metáfora 1. Se pide a los pacientes que imaginen que su mente es como una cinta transportadora, para lo que se le instruye que visualicen una cinta transportadora en la que las maletas representan pensamientos, emociones y sensaciones que están sucediendo en ese instante. Se deja ir a estas “maletas” sin hacer nada, sin aferrarse a ninguna, pero etiquetándolas como “pensamiento”, “emoción” o con más detalle como “emoción negativa” o “culpa”, “tristeza”, etc.

Metáfora 2. Se pide que se imaginen sentados en la orilla de la playa mientras observan las olas meciéndose suavemente sobre la superficie. Cada ola es un pensamiento o sentimiento. La idea es no hacer nada con las olas o incluso tratar de ignorarlas por completo. El objetivo es intentar no experimentar ninguna emoción o sentimiento conforme ven las olas, solo hay que observarlas flotando en la superficie del agua y ponerles un nombre, por lo que cada una representa un pensamiento o un sentimiento, y, por último, dejarlas que se diluyan y se marchen.

2. Ejercicio para practicar el observar

- a) Detenerse a observar la respiración: se observa la respiración mientras se tiene la ayuda de contar para tener algo que hacer durante la práctica, para facilitar centrar la atención en la práctica y evitar distracciones y cruce de pensamientos y emoción. Se realiza durante 2 minutos, y se les pide que centren la atención en la respiración mientras cuentan hasta 10: 1 al inspirar, 2 al espirar y así sucesivamente hasta 10 y se vuelve a empezar.
- b) Focalizar la atención en las posiciones del cuerpo mientras camina. Consiste en centrarse en las sensaciones al caminar. A algunas personas que les resulta difícil permanecer quietas durante mucho tiempo, este tipo de meditación les puede resultar más sencilla. Se pide a los pacientes que caminen a diferentes ritmos y que presten atención a los movimientos que las diferentes partes del cuerpo tienen que hacer para realizar el acto de caminar.
- c) Observar una sensación corporal: picor, dolor, presión, tacto de algo frío o caliente, etc.
- d) Observar el sabor de un alimento.

- e) Focalizar la atención en las posiciones del cuerpo mientras se prepara un té/café.
- f) Observarse en actividades como lavar los platos, ducharse, limpiar la casa, etc.
- g) Concentrar la atención en aquella parte del cuerpo que está en contacto con un objeto (el suelo, una silla, las sábanas, la ropa, etc.).

3. Ejercicio para practicar el describir:

- a) Se da un objeto al paciente y se le pide que lo mire y observe como si fuera la primera vez que lo ve. No tiene que etiquetarlo, sino que tiene que describir los matices que observe: color, brillo, textura, forma, etc.
- b) Se pide a los pacientes que presten atención a los sonidos que oyen en ese instante en el lugar donde estén y los describan sin etiquetarlos, indicando sus características físicas: volumen, tono, continuidad, sensaciones que producen, etc. También se puede poner música, y se pide que escuchen los distintos instrumentos, los cambios momento a momento de la melodía, las sensaciones que les producen, etc.
- c) Se entrega a los pacientes diferentes fotos con caras que representen diferentes emociones y se les pide que las describan. En un principio optarán por decir que la persona “está enfadada” o “triste” a lo que se les indica que las emociones no se observan directamente, sino que lo que se ve es que tiene “el ceño fruncido” o “los labios hacia abajo”, que sí son ejemplos de descripciones.

Anexo Ñ. Autorregistro para las sesiones grupales.

Instrucciones: marca con una X las habilidades que has utilizado cada día.

Habilidades de conciencia de uno mismo

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Observar							
Describir							
Participar							
No juzgar							
Hacer una cosa en cada momento							
Hacer lo que funciona							

Habilidades de tolerancia al malestar

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Distraerse							
Confortarse a sí mismo							
Mejorar el momento							
Enumerar pros y contras							

Habilidades de regulación emocional

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Reducir vulnerabilidad							
Identificar lo que pasa							
Tener experiencias positivas							
Actuar de forma opuesta							

Habilidades interpersonales

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Equilibrio deseos-obligaciones							
Decir No a peticiones indeseadas							
Eficacia							
Autorrespeto							

Anexo O. Habilidades de tolerancia al malestar.

Tácticas de distracción:

- Realizar comparaciones: Imaginar y compararse sobre cómo se enfrentan otros a esos mismos problemas y tratar de entender cómo se sienten ellos.
- Ayudar a los demás: dirigir la atención a otros para no centrarse tanto en uno mismo.
- Pensar en otra cosa: recurrir a pensamientos, imágenes o sensaciones que nos sirvan como distractores.
- Actividades distractoras: realizar actividades incompatibles.
- Emoción opuesta: sustituir una emoción menos negativa por una más negativa.
- Sensaciones intensas: como última opción se propone autoprovocarse sensaciones intensas como forma de aliviar la tensión, pero se recomienda que sea de forma supervisada. Se puede utilizar por ejemplo poner un hielo entre tus manos y centrar toda tu atención en las sensaciones que experimentas.

Tácticas para confortarse a sí mismo: poner en marcha acciones para centrarse en uno mismo. Se le pueden recomendar actividades como: darse un baño relajante, comerse un helado de su sabor favorito, preparar una tarde de cine con películas que le gusten, etc.

Tácticas para mejorar el momento:

- Imaginación: imaginar escenas que sean muy relajantes, por ejemplo, imaginar que todo va bien., inventar un mundo de fantasía sereno y hermoso y dejar que la mente entre en él, imaginar que las emociones dañinas se agotan, etc.
- Buscar el sentido: encontrar un significado a lo que está sintiendo. Buscar aspectos positivos en las emociones dolorosas y centrarse en ellos.
- Oración: mantener un diálogo interior o imaginario con seres queridos.
- Relajación: utilizar distintas formas de relajarse como la relajación muscular tensando y relajando por grupos de músculos, escuchar un audio de relajación, hacer ejercicio, darse un masaje, darse un baño caliente, etc.
- Presente: focalizar la atención en lo que está haciendo en el momento actual.
- Ánimo: se trata de animarse a sí mismo.
- Vacaciones: realizar una actividad placentera.

Táctica de analizar los pros y contras de tolerar o no el malestar: consiste en usar las razones y ventajas que se trabajaron en terapia sobre tolerar el sufrimiento cuando la situación no se puede controlar totalmente.

Anexo P. Ejemplos para identificar y etiquetar emociones.

a) Ira

Palabras que también pueden estar expresando que siento ira: rabia, disgusto, irritación, indignación, etc.

¿Qué desencadena esta emoción?: creer que ocurrirá algo malo, sentir que nos han tratado injustamente, pensar que las cosas no deberían ser así, ser insultado por alguien, no conseguir lo que se desea, perder poder, sentir dolor emocional o físico, etc.

¿Qué estamos sintiendo?: tensión, ansiedad, incomodidad, incoherencia, pérdida de control, etc.

¿Cómo actuamos? gritando, agrediendo física o verbalmente, tirando objetos, siendo bordes, evitando relacionarnos, etc.

Consecuencias: pensamientos negativos repetitivos, miedo, centrarse solo en lo negativo que sucede, etc.

b) Miedo

Palabras que también pueden estar expresando que siento miedo: terror, tensión, aprensión, ansiedad etc.

¿Qué desencadena esta emoción?: creer que alguien nos rechazará o criticará, que vamos a fracasar, que si pedimos ayuda no nos responderán, pensar que no tenemos control sobre una situación nueva, estar solos, identificar la situación actual como similar a otra pasada que fue negativa, etc.

¿Qué estamos sintiendo?: nervios, temblor, malestar, dificultad para respirar, sudoración, etc.

¿Cómo actuamos?: llorar, pedir ayuda, evitar lo que temo, etc.

Consecuencias: perder el control, vergüenza, emociones negativas, desorientación, etc.