



Grado en Psicología
TRABAJO FIN DE GRADO

CURSO 2023/2024
CONVOCATORIA DE JUNIO

Modalidad: Propuesta de intervención.

TÍTULO: Propuesta de intervención grupal en personas con trastorno límite de la personalidad.

AUTORA: Andrea García Lorenzo

TUTOR: Victoria Soto Sanz

COTUTOR: María Dolores Van-Der Hofstadt Clavero

COIR: TFG.GPS.VSS.AGL.240526

ELCHE, A 31 DE MAYO DE 2024

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción.....	4
3. Método.....	8
4. Discusión y conclusiones	14
5. Referencias	17
Tabla 1.....	6
Tabla 2.....	12
Tabla 3.....	12
Tabla 4.....	13
Anexo A.....	21
Anexo B.....	23



Resumen

En el presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) se va a exponer una propuesta de intervención en formato grupal para personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). El TLP es un problema de salud mental con gran prevalencia y relevancia, estimándose que el 12% de la población clínica y el 22% de los pacientes hospitalizados en unidades de psiquiatría lo padecen. No obstante, las publicaciones relacionadas con intervenciones efectivas para el TLP son reducidas si tenemos en cuenta su prevalencia. El objetivo de este TFG es exponer un programa para el tratamiento del TLP que se está implementando en un Hospital de Día (HD) de Alicante y el diseño de un módulo de psicoeducación sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). El lugar elegido para realizar estas intervenciones es el recurso sanitario HD debido a que posibilita brindar tratamiento intensivo, el cual es recomendado para tratar este trastorno. Este programa está dirigido a personas que cumplen con criterios diagnóstico de TLP y ven afectadas de manera severa distintas áreas de su vida como pueden ser las relaciones interpersonales, la educación o el trabajo. Se expondrá los diferentes componentes de la intervención y se desarrollará en detalle el módulo psicoeducativo. La intervención expuesta está sustentada en terapias psicológicas de tercera generación dado que son las que cuentan con mayor evidencia para tratar el TLP y se espera que los pacientes realicen menos conductas autolesivas y disfuncionales tras el programa.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza principalmente por un patrón persistente de inestabilidad e intensidad emocional. Este patrón debe de aparecer antes de la adultez y ser estable en el tiempo.

Las relaciones interpersonales, así como la autoimagen y los afectos se caracterizan por ser inestables. Las personas diagnosticadas de TLP pueden presentar muestras frecuentes de enfado y dificultades para manejarlo, impulsividad en áreas potencialmente peligrosas como pueden ser los atracones alimentarios o gastos desmesurados, además de verbalizar sentimientos crónicos de vacío y/o presentar conductas autolesivas como, por ejemplo, los cortes o quemaduras. En momentos de estrés pueden aparecer en algunos casos síntomas disociativos o ideas paranoides.

El patrón de inestabilidad e intensidad emocional que caracteriza al TLP debe de aparecer antes de la adultez y estar presente en diversos contextos. Respecto a la epidemiología, según Belloch et al. (2020), la prevalencia del TLP en la población general es de alrededor del 1%, en población clínica aumenta hasta el 12% en pacientes ambulatorios y el 22% de los pacientes hospitalizados en unidades de psiquiatría. Según el DSM-5-TR (APA, 2022), la prevalencia en atención primaria es del 6% y se diagnóstica en el 75% de las ocasiones en mujeres. Este trastorno parece mejorar con la edad, siendo la adultez temprana cuando los síntomas son más severos y disminuyendo la prevalencia en grupos de mayor edad.

Es frecuente ver entre los antecedentes infantiles de las personas con TLP que hayan sufrido abuso (físico, emocional y/o sexual), abandono o pérdida prematura de los padres. Cabe mencionar que las personas que tienen un familiar diagnosticado de TLP tienen mayor probabilidad de desarrollar este trastorno. La proporción de diagnóstico es cinco veces mayor en estas personas que en la población general. También existe mayor vulnerabilidad en personas con familiares diagnosticados trastorno por consumo de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad, trastornos depresivos o bipolares (APA, 2022).

Cabe destacar la alta comorbilidad del TLP con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La Bulimia Nerviosa (BN) se presenta en entre el 3 y el 26% de las personas con TLP y la Anorexia Nerviosa (AN) está presente en entorno el 0 y el 21% de las personas con TLP. El Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE) es el que presenta la tasa más elevada, siendo de entre un 14 y un 26% (Belloch et al., 2020).

Dentro de los TCANE se encuentra el Trastorno por Atracón y cabe destacar el 4º criterio diagnóstico de TLP según el DSM-5-TR (APA, 2022), ya que incluye los atracones alimentarios como conducta impulsiva presente en el TLP.

Un estudio realizado por Miller et. al (2022) pone de manifiesto la relación de los 9 síntomas del TLP con los TCA. En este trabajo, la AN purgativa mostró los tamaños de efecto más grandes para mayor número de síntomas del TLP, aunque como se ha mencionado anteriormente, el TCANE no especificado presenta la mayor comorbilidad con el TLP.

Una de las consecuencias más graves de no prestar atención profesional a personas diagnosticadas de TLP es la muerte por suicidio, siendo más probable en personas que, además, padecen trastornos por consumo de sustancias o del ánimo.

Otras consecuencias del TLP se manifiestan a nivel físico, ya sea a través somatizaciones o como resultado de conductas autolesivas o intentos de suicidio. Por último, encontramos consecuencias en el área social como pueden ser el deterioro o pérdida de relaciones, la separación o el divorcio, la interrupción de la educación, deterioro ocupacional y la pérdida de empleo.

Las teorías que desarrollan la etiología del TLP y tienen mayor relevancia por su papel en el desarrollo de tratamientos son el modelo Biosocial de Linehan (1993) y modelo de Comunicación social de Fonagy et al. (2017). Según el modelo Biosocial de Linehan (1993) las principales características del TLP son tres: alta sensibilidad ante los estímulos emocionales, tendencia a experimentar emociones muy intensas y dificultades para volver a la línea de base emocional tras un periodo de intensidad emocional. Respecto a esta última un estudio de Chapman et al. (2013), plantea que el problema es la ineficacia de las estrategias de regulación que podrían ser adaptativas, aunque es necesario realizar nuevos estudios para confirmar estos resultados.

Según el modelo de Comunicación Social Fonagy et al. (2017), el TLP se mantiene por la interacción entre una disfunción social y las dificultades en la mentalización, siendo esta última la capacidad para entenderse a uno mismo y los demás, así como para guiarse por las propias metas.

Un concepto clave de este modelo es el denominado ambiente invalidante, el cual se caracteriza porque en la infancia, las emociones y pensamientos del menor son castigados, rechazados o ignorados, influyendo en el desarrollo de su personalidad. Modelos prospectivos y teóricos coinciden en que un factor de riesgo clave para el desarrollo de este trastorno es el ambiente temprano desadaptativo. Según Winsper et al. (2016), la aparición de alteraciones relacionales en la infancia puede llevar a problemas de funcionamiento interpersonal en el futuro, incrementando el riesgo de desarrollar trastorno límite de la personalidad.

Algunas de las terapias especializadas con evidencia para el tratamiento del TLP son las que se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1.

Niveles de recomendación de terapias especializadas en el tratamiento de los TTPP

Tratamiento	Grado de recomendación
T. dialéctica conductual. (Linehan, 1993).	A
T. basada en mentalización. (Bateman y Fonagy, 2004).	A
T. basada en esquemas (Young, 1990).	B
Psicoterapia centrada en transferencia (Clarkin, et.al, 1999).	B

Nota: Adaptado de *Manual de Tratamientos Psicológicos: Adultos* de Fonseca Pedrero E. (coord) 2021.

Según McLaughlin et al. (2019), las psicoterapias en formato grupal tienen un efecto significativo en la reducción de los síntomas del TLP. Por otro lado, los pacientes tienden a beneficiarse más de este tipo de sesiones si estas son en grupos reducidos.

A continuación, se van a desarrollar dos intervenciones para el TLP debido a su relevancia. Ambos tratamientos son ampliamente utilizados y cuentan con estudios que respaldan su evidencia (Blum et al., 2008) (Kliem et al., 2010).

El primero es el programa STEPPS (*Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving*), desarrollado por Blum en los años 90. Ha de tenerse en cuenta que se plantea como un programa complementario a otras intervenciones.

STEPPS es un programa de formato grupal y tiene una duración determinada de 20 sesiones, las cuáles vienen detalladas en un manual, haciendo que sea más fácil de implementar por los profesionales de salud mental. Otra ventaja es que se contempla a los familiares y allegados de los pacientes, haciéndoles participantes activos del proceso terapéutico.

Las habilidades de regulación emocional y regulación de la conducta que se entrenan en el programa STEPPS son:

- Habilidades de regulación emocional: Distanciamiento, comunicación, reto (del pensamiento), distracción y afrontamiento de problemas.
- Habilidades de regulación del comportamiento: Establecimiento de metas, alimentación, sueño, actividad física, ocio, salud física, conductas autodestructivas y relaciones interpersonales.

Como se ha mencionado, el programa STEPPS es complementario a otro tipo de intervenciones, con la finalidad de potenciarlas, STEPPS destaca por su integración con la rutina diaria de ambientes hospitalarios (Black, et al., 2015).

Con el fin de mantener las herramientas adquiridas en STEPPS, los creadores diseñaron como continuación directa el programa STAIRWAYS, el cual tiene duración de un año con dos sesiones al mes, siendo requisito haber realizado previamente las veinte sesiones de STEPPS.

Las habilidades que se entrenan en el programa STAIRWAYS son: Establecer metas, probar cosas nuevas, control de la ira, control de los impulsos, relaciones interpersonales, escribir un guion, entrenamiento en asertividad, tus decisiones y mantenerse en el camino.

La otra intervención a la que se va a dedicar un espacio es la Terapia Dialéctico Conductual (DBT). La DBT puede ser aplicada en formato individual y grupal y es una de las más habituales para el tratamiento del TLP. Pertenece a las llamadas terapias de tercera generación, diseñada desde su inicio para tratar el TLP por Linehan (1993).

Esta terapia combina elementos de terapias cognitivo-conductuales, así como los propios de las terapias contextuales como la aceptación, la atención plena o la orientación hacia valores (Fonseca, 2021). La DBT tiene diferentes objetivos terapéuticos dependiendo de su formato.

En la DBT individual los principales objetivos terapéuticos son modificar conductas de riesgo, disminuir conductas que disminuyan la calidad de vida, asegurar la continuidad en el programa y adquirir estrategias de afrontamiento para incorporar las habilidades aprendidas en las sesiones grupales del programa STEPPS.

Las técnicas habituales en este formato son el análisis funcional de la conducta, el uso de metáforas, solución de problemas, el manejo de contingencias y la intención paradójica (Linehan, 1993).

Según los ensayos clínicos controlados de Linehan et. al (2015) y Barnicot y Grawford (2019) además del metaanálisis de Kliem et al. (2010), la DBT cuenta con un nivel de evidencia y grado de recomendación del SIGN de 1++, siendo este el nivel más alto de evidencia.

Desde STEPPS se dedica una sesión a la conducta alimentaria y se expone que la comida está asociada a emociones y sensaciones positivas, las consecuencias físicas y las dificultades psicológicas que derivan de los malos hábitos de alimentación. También se hace una comparación de alimentación adecuada o no y lo que es un TCA y lo que no.

Se finaliza la sesión realizando el ejercicio '*¿Cuándo se vuelve dañina la conducta alimentaria?*' En el que el paciente tiene un listado de situaciones y responde a que conducta alimentaria le suele ocasionar.

El tratamiento del TLP desde el recurso sanitario de HD destaca por ser intensivo, específico y multidisciplinar, combinando terapia psicológica y farmacológica como expone Torres et. al (2021) en su programa de HD.

Por tanto, en este trabajo se expone un programa que se está llevando a cabo en uno de los HD para TLP de Alicante, basado en Torres et al., (2021) y, junto con este programa, debido a la comorbilidad elevada entre TCA y TLP, se presenta una propuesta de módulo psicoeducativo de TCA.

Método

El servicio en el que se está implementando la intervención y para el que se propone el módulo sobre TCA es el de HD dado que, gracias a la intensidad de tratamiento que permite este tipo de recurso sanitario, se podrá hacer un seguimiento intensivo y fomento de la estructuración de la vida diaria de las personas que acudan a este servicio.

Las personas diagnosticadas de TLP y que por su gravedad precisan de tratamiento intensivo suelen ser derivadas a este recurso desde las Unidades de Salud Mental (USM) de referencia.

La población objetivo son personas mayores de 18 años con diagnóstico de TLP cuya sintomatología se encuentra activa e interfiere en su vida de manera grave. Algunos indicadores de estas interferencias en la vida diaria son el abandono de estudios o trabajo, la frecuencia de conducta suicida, involucrarse en conductas de riesgo relacionadas con la impulsividad, el deterioro de las relaciones interpersonales y el número de veces que han acudido a urgencias o han precisado de ingreso en el último año entre otros.

A continuación, se va a exponer un modelo para el tratamiento del TLP que se está implementando en uno de los HD para TLP de Alicante, basado en el de Torres et. al (2021). En este programa, se ofrece intervenciones grupales e individuales, siendo necesario un equipo multidisciplinar para su funcionamiento. El equipo está compuesto por profesionales de los siguientes campos: psiquiatría, psicología, trabajo social y terapia ocupacional. Habitualmente, en este tipo de recursos existe la figura profesional de enfermera.

A diferencia del modelo de Torres et. al. (2021), en esta propuesta se ha sustituido por la figura de enfermera por la de terapeuta ocupacional debido a la necesidad de profesionales especializados en la rehabilitación de las actividades de la vida diaria, el fomento de la independencia mediante el desarrollo de actividades como

pueden ser el ejercicio físico, el autocuidado y el ocio saludable además de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación.

Tratamiento individual.

Todos los pacientes reciben tratamiento farmacológico y seguimiento por parte de psiquiatría, teniendo citas individuales mínimo una vez al mes, en caso de urgencia (por ejemplo, efectos del tratamiento farmacológico molestos), se podrá consultar con el psiquiatra y adelantar la cita.

El psicólogo realizará evaluaciones y seguimiento de los pacientes, intervenciones en crisis, intervenciones para conductas disfuncionales, entrevistas e intervenciones con el núcleo familiar y se realizarán informes para la Unidades de Salud Mental y de alta. Además, los pacientes tendrán sesión individual con psicología una vez a la semana para el tratamiento de base y refuerzo de los trabajado en STEPPS y sesiones de DBT.

Los pacientes también tendrán citas individuales con el resto de los profesionales del equipo de trabajo, la frecuencia de las sesiones vendrá determinada por la evaluación inicial que realicen trabajo social y terapia ocupacional.

Las funciones del terapeuta ocupacional serán brindar información sobre como incorporar conductas saludables de manera personalizada respondiendo a las necesidades individuales de los pacientes. Algunas pautas que se trabajarán son higiene del sueño, incorporar ejercicio físico, tener una alimentación saludable y planificación del ocio.

La trabajadora social se encargará de evaluar el riesgo y necesidad social, así como de asesorar y orientar sobre el acceso a recursos, así como en cuestiones de educativas y laborales.

Tratamiento grupal

El formato grupal se compone de un paquete de intervenciones estructuradas impartidas por los diferentes profesionales que componen el equipo. Las personas que acuden al HD se incluyen en todos ellos, estructurando de esta manera su asistencia.

En primer lugar, contaremos con un taller de *autoestima y habilidades sociales* el cuál se impartirá dos veces por semana, con sesiones de una hora de duración.

Este taller será enfocado desde la DBT de Linehan, ya que ha demostrado ser eficaz en la población con TLP y se abordan estas áreas, este taller deberá de ser impartido por un psicólogo formado en DBT.

El terapeuta ocupacional impartirá sesiones de educación para la salud y autocuidados dos veces por semana, en sesiones de una hora. Se tratarán los siguientes temas: alimentación, sueño, ejercicio físico, manejo del dinero etc.

Los psicólogos impartirán el programa *STEPPS* (Black et al., 2004) y las sesiones de la *Terapia Icónica* (Santiago, 2016), una vez a la semana. El contenido que se trabaja en la terapia icónica está estructurado en 4 módulos: Insight-afrentamiento, relaciones interpersonales, autoestima y autodirección personal. La duración es de 6 meses y cada sesión debe durar 75 minutos.

Por otro lado, los psicólogos también impartirán sesiones de *Entrenamiento Metacognitivo para TLP* (EMC-TLP) de Moritz.

Se realizarán sesiones de *Mindfulness* (contempladas en el manual de DBT de Linehan) una vez a la semana con una hora de duración, impartidas por la psicóloga. El *ejercicio físico y relajación* se realizará dos veces con sesiones de una hora de manera grupal bajo las pautas del terapeuta ocupacional.

Como ya se ha nombrado anteriormente, las familias y acompañantes de las personas que se atienden también tienen su espacio participando en un *Programa de familias basado* en la Terapia Icónica, del psicólogo cada quincena.

Por último, el *taller de psicoeducación* se impartirá una vez a la semana, durando la sesión 90 minutos. Habrá sesiones para tratar dudas y trasladar información sobre los trastornos del ánimo, de ansiedad y de la personalidad. También se abordarán temas relativos a la psicofarmacología de manera básica, como por ejemplo por qué no se debe abandonar la medicación sin consultar a psiquiatría, los tipos de antidepresivos o por qué se pueden tener pautados medicamentos antipsicóticos (con función ansiolítica/hipnótica) aunque no haya sintomatología psicótica. También se abordarán en sesión posibles efectos secundarios y la importancia de respetar las pautas de las tomas.

Se desarrollará un módulo de psicoeducación de los TCA, el cual ha sido diseñado en el presente trabajo para completar los tratamientos existentes del HD.

La evaluación de la intervención en el HD se llevará a cabo mediante el Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) (Krueger et al., 2014) y el Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz et al., 2004). El PID-5 es un instrumento compuesto por 220 ítems que evalúan rasgos de personalidad asociados con trastornos de la personalidad según el DSM-5. Cada ítem se responde en una escala Likert de 4 puntos (0 = muy falso o generalmente falso, 1 = algo falso o a veces falso, 2 = algo verdadero o a veces verdadero, 3 = muy verdadero o generalmente verdadero). La cumplimentación del PID-5 toma aproximadamente 30-40 minutos.

Según Torres et al. (2019), el PID-5 es útil para confirmar diagnósticos específicos de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), describir rasgos de personalidad y determinar necesidades terapéuticas concretas.

Este instrumento posee propiedades psicométricas robustas, con alta fiabilidad y validez en diversos contextos clínicos (Krueger et al., 2012).

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz, 2004). El DERS es una escala de 36 ítems diseñada para medir la capacidad de regulación emocional. Cada ítem se responde en una escala Likert de 5 puntos (1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = más de la mitad de las veces, 4 = casi siempre, 5 = siempre). El tiempo estimado para completar el DERS es de 10-15 minutos. Este instrumento evalúa múltiples dimensiones de la regulación emocional, componente especialmente relevante en programas como STEPPS y DBT. El DERS ha demostrado excelentes propiedades psicométricas, incluyendo alta consistencia interna y validez de constructo (Gratz & Roemer, 2004).

Para evaluar el TLP se emplearán ambos instrumentos, el PID-5 y el DERS, al inicio del tratamiento, tras 4 meses y al finalizar el tratamiento en HD. Esta evaluación permitirá medir cambios en la personalidad y la regulación emocional a lo largo del proceso terapéutico.

En el programa STEPPS, se emplea el Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST) (Pfohl et al., 2009) al inicio de cada sesión. El BEST es un cuestionario de 15 ítems que se responde en una escala Likert de 5 puntos, y su cumplimentación toma aproximadamente 5-10 minutos. Este instrumento permite un seguimiento semanal de la sintomatología del TLP y del uso de habilidades aprendidas en las diferentes sesiones, facilitando una evaluación continua y ajustada del progreso del paciente.

Para evaluar el módulo psicoeducativo y la sintomatología propia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), se empleará el Eating Attitudes Test (EAT-26) (Garner et al., 1982). El EAT-26 consta de 26 ítems divididos en tres subescalas: dieta (13 ítems), bulimia y preocupación por comida (6 ítems), y control oral (7 ítems). Cada ítem se responde en una escala Likert de 6 puntos (0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = algunas veces, 3 = frecuentemente, 4 = muy frecuentemente, 5 = siempre), y la cumplimentación toma aproximadamente 10-15 minutos. El EAT-26 tiene propiedades psicométricas sólidas, con alta fiabilidad y validez para la detección de conductas alimentarias desordenadas (Garner et al., 1982).

Para evaluar si se alcanzan los objetivos propuestos en el módulo de psicoeducación sobre los TCA, se empleará una prueba *ad hoc*, disponible en el Anexo A y la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) (Feixas et al., 2012).

Estas herramientas de evaluación permitirán obtener una visión integral del impacto de la intervención, monitorear el progreso de los pacientes y ajustar las estrategias terapéuticas según sea necesario.

Las evaluaciones se harán de manera presencial y se empleará bolígrafo y papel.

En la tabla 2 se expone un resumen del modelo de tratamiento en el HD y el personal encargado. En la tabla 3 se expone un resumen de las funciones del HD.

Tabla 2.

Tratamiento	Personal
Tratamiento farmacológico	Psiquiatría
Sesión individual con psicología	Psicología
Sesión individual con trabajo social	Trabajo social
Sesión individual con terapia ocupacional	Terapia ocupacional
Programa STEPPS	Psicología
Terapia Icónica	Psicología
Taller de autoestima y HH. SS	Psicología
Educación para la salud y autocuidado	Terapia ocupacional
Ejercicio físico y relajación	Terapia ocupacional
Entrenamiento metacognitivo para TLP	Psicología
Mindfulness	Psicología
T. Icónica para familias	Psicología
Psicoeducación	Psicología

Tabla 3.

Personal	Funciones
Psiquiatría	Pautar tratamiento farmacológico, realizar sesiones individuales de evaluación y seguimiento. Realizar informes y supervisión de casos. Acudir a las reuniones de coordinación entre los profesionales del centro y coordinación con las Unidades de Salud Mental.
Psicología	Impartir T. Icónica, entrenamiento metacognitivo para TLP, el programa STEPPS, sesiones de mindfulness, taller de psicoeducación y taller de autoestima y HH.SS. Realizar sesiones individuales de evaluación y seguimiento, supervisión de casos, realizar intervención en crisis y hacer guardias. Acudir

a las reuniones de coordinación entre los profesionales del centro y coordinación con las Unidades de Salud Mental.

Terapia ocupacional	Realizar sesiones individuales de evaluación y seguimiento, dar pautas para fomentar la independencia y hábitos saludables. Impartir las sesiones de ejercicio físico y relajación y de educación para la salud y hábitos saludables. Acudir a las reuniones de coordinación con los profesionales.
Trabajo social	Realizar sesiones individuales de evaluación y seguimiento. Acudir a las reuniones de coordinación entre los profesionales del centro y coordinación con instituciones como Servicios Sociales.

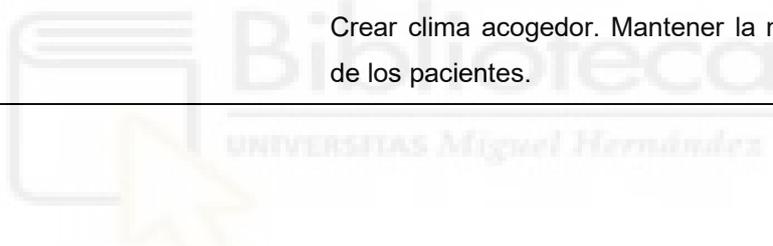
A continuación, se exponen las sesiones planteadas para cubrir la necesidad de un módulo psicoeducativo sobre los TCA para las personas con TLP. El objetivo general de estas sesiones es promover la psicoeducación en materia de salud mental y mejorar la patología comórbida. Respecto al contenido de las sesiones y materiales necesarios véase el Anexo B 'Guía de sesiones'.

Este módulo contará con 5 sesiones de 75 minutos, realizando una sesión por semana. De este modo, el módulo tendrá la duración de un mes, dando como resultado la siguiente tabla:

Tabla 4.

Sesión	Objetivos/Información adicional
1. Conociendo los TCA	Abordar los trastornos de la conducta alimentaria, definición y tipos. Interiorizar las consecuencias de los TCA en la salud. Presentación del módulo y de sus objetivos. Crear un clima acogedor que ayude a la adhesión terapéutica. Fomentar la participación mediante dinámicas.
2. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.	Identificar las características de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa. Recordar puntos clave de la sesión anterior. Fomentar la participación mediante dinámicas grupales.

3. Trastorno por atracón.	Informar sobre el trastorno por atracón. Abordar el comer emocional. Fomentar la participación mediante dinámicas. Repasar de la sesión anterior y resolver dudas. Recordar realizar la tarea del programa STEPPS.
4. Relación y diferencias entre el TLP y los TCA.	Explicar cómo los síntomas del TLP pueden influir en la conducta alimentaria. Presentar las diferencias entre los patrones de comportamiento en cada caso y los desencadenantes frecuentes. Identificar los problemas específicos relacionados con la alimentación en personas con TLP y tratarlos en terapia individual si fuera necesario. Cierre y recogida de opinión del taller
5. Psicoeducación para familias	Fomentar el bienestar de los pacientes. Promover la psicoeducación en materia de salud mental. Detectar conductas alimentarias disfuncionales. Crear clima acogedor. Mantener la mejoría clínica de los pacientes.



Discusión

El objetivo de este trabajo era exponer un programa para tratamiento del TLP y proponer un módulo de psicoeducación sobre los TCA. En relación con el primer objetivo, en el presente trabajo se ha expuesto el programa que se implementa actualmente pero que aún no ha sido posible publicar sus resultados. Sin embargo, dicho programa está teniendo implicaciones en la mejoría clínica de los pacientes. A su vez, puesto que se basa en el programa publicado por Torres et al. (2021), se estima que los resultados sean similares.

También se espera disminución de los intentos de suicidio y de las visitas a servicios de emergencias dado que la DBT y el programa STEPPS cuentan con buenos resultados al respecto.

En relación con el segundo objetivo se ha considerado necesario proponer un módulo de psicoeducación sobre los TCA debido a la elevada comorbilidad con el TLP (Belloch, 2020), aunque no se ha puesto en práctica, las terapias que forman del programa de HD cuentan con resultados favorables en otros estudios, siendo esperable que disminuya la interferencia de los síntomas del TLP en la vida diaria de las personas.

Según el trabajo realizado por Linehan et al. (2015) se espera disminución de conductas autolesivas y desadaptativas logrando menor interferencia del TLP en la vida diaria gracias a las habilidades trabajadas en el programa en la DBT.

Por otro lado, gracias a las sesiones de psicoeducación de TCA para pacientes con TLP, se espera que se cumplan los objetivos generales de promover la psicoeducación en materia de salud mental y mejorar la patología comórbida ya que se promueve abordar las conductas problemáticas relacionadas con la alimentación que muchas de las personas con TLP padecen.

Se espera que gracias a esa información los pacientes puedan identificar conductas disfuncionales, si las hubiere, especialmente las conductas disfuncionales alimentarias.

Aunque la propuesta ha sido diseñada de la siguiente manera, se recomienda realizar estudios de caso control con ensayos controlados aleatorizados (ECA). Es relevante destacar que futuros trabajos deberían de considerar dicha metodología para obtener resultados sólidos y generalizables.

Los ECA son considerados la mejor opción en la investigación clínica debido a su capacidad para reducir sesgos y establecer relaciones causales más sólidas (Schulz et al., 2002).

Para reforzar la validez externa de los resultados y confirmarlos, sería preciso realizar investigaciones adicionales utilizando un ECA, ya que proporcionaría evidencia de calidad sobre la efectividad de las intervenciones y facilitaría su replicabilidad.

Respecto a la viabilidad de la intervención tal y como ya se ha mencionado en el presente trabajo, en España las personas con TLP que necesitan de un tratamiento intensivo, son derivadas desde las Unidades de Salud Mental a Hospitales de Día, pero este es un recurso escaso y no toda la demanda puede ser atendida en este tipo de dispositivos (Lahoz, 2023).

En concreto en el caso de la provincia de Alicante existe un Hospital de día para trastornos de personalidad del Hospital de San Juan siendo el único de carácter público y destinado a pacientes con trastorno de personalidad grave, no sólo TLP, siendo un número insuficiente dada la prevalencia de este trastorno. Este hecho lleva a largas listas de espera incluso para la derivación a HD de carácter privado desde la Sanidad Pública.

Es por la escasez de HD especializados en el TLP por lo que el formato de intervención grupal es especialmente interesante, ya uno de los beneficios que pueden presentar este tipo de intervenciones son el menor número de recursos necesarios.

También se considera importante la implementación de programas de corta duración, pero efectivos, como pueden ser STEPPS o la terapia icónica.

Una posible limitación de este trabajo es que un HD de estas características requiere de profesionales especializados en el área de los trastornos de personalidad, los cuáles son escasos. Un ejemplo de este panorama es el de la comunidad de Aragón que cuenta únicamente con 6 plazas en su Unidad de Trastornos de la Personalidad (Blásquiz, 2020).

Otra limitación del programa y relacionada con la anterior, es que la Terapia Icónica es relativamente novedosa y hay pocos profesionales que hayan hecho la formación que debe de haberse superado para realizar este tipo de terapia.

A modo de conclusión, se considera necesaria fomentar la investigación y formación en el tratamiento especializado del TLP dado que, en comparación a otras patologías, no está tan avanzada.

Para finalizar se considera necesario fomentar la utilización de tratamientos basados en evidencia para el TLP, los cuáles suelen ser de alta intensidad y duración, con la finalidad de abordar de manera eficaz este trastorno y brindar atención de calidad a las personas que lo padecen.



Referencias

- American Psychological Association. (2022). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5-TR*.
- Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia (27 de febrero de 2020). *Presentación de la Guía para familias de personas afectadas por un TCA*.
<https://www.acab.org/es/noticias/presentacion-de-la-guia-para-familias-de-personas-afectadas-por-un-tca/>
- Barnicot, K. y Crawford, M. (2018). Dialectical behaviour therapy v. mentalisation based therapy for borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 49(12), 2060-2068. <https://doi.org/10.1017/s0033291718002878>
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F., & Campos, F.R. (2020). *Manual de psicopatología, vol II*.
- Binge eating disorder - National Eating Disorders Association*. (2024). National Eating Disorders Association. <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/bed>
- Black, N., Blum, N. & Pfohl, B.&St. John, D. (2004). The STEPPS Group Treatment Program for Outpatients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Cotemporary Psychotherapy*, 34(3), 193-210.
<https://doi.org/10.1023/B:JOCP.0000036630.25741.83>
- Black, D. W., Simsek-Duran, F., Blum, N., McCormick, B., & Allen, J. (2015). Do people with borderline personality disorder complicated by antisocial personality disorder benefit from the STEPPS treatment program? *Personality And Mental Health*, 10(3), 205-215. <https://doi.org/10.1002/pmh.1326>
- Blásquiz, C. (2020, 6 noviembre). Aragón «abandona» a los jóvenes con trastorno de personalidad: seis plazas asistenciales en toda la comunidad. *elDiario.es*.
https://www.eldiario.es/aragon/sociedad/aragon-abandona-jovenes-trastorno-personalidad-seis-plazas-asistenciales-comunidad_1_6393376.html
- Blum, N., Pfohl, B., St John, D., Monahan, P. O., & Black, D. W. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based Group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.33497>
- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., & Allen, J. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Outpatients with Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial and 1-year Follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 165(4), 468-478.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>
- Caballo Manrique, V. E., (2004). *Manual de trastornos de la personalidad*. Ediciones Pirámide. 1.
- Chapman AL, Dixon-Gordon KL, Walters KN. Borderline Personality Features Moderate Emotion Reactivity and Emotion Regulation in Response to a Fear Stressor. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2013;4(5):451-470.
doi:10.5127/jep.031612

- Eating Disorders*. (s.f). National Institute of Mental Health (NIMH.)
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml>
- Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E., & Bados, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): la versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 51-58. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.639>
- Fonagy, P., Luyten, P., Alisson, E. & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, (1). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0062-8>
- Fonseca, E F. (2021). *Manual de tratamientos psicológicos: Adultos*. Ediciones Pirámide.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871- 878. <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t01029-000>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Kliem, S., Kröger, C., Kosfelder, J., Barnicot, K., Crawford, M., Bloom, J. M. & Links, P. S. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A Meta-analysis Using Mixed-effects Modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). *Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t30042-000>
- Lahoz, A. (2023, 28 abril). Alerta por la falta de psicólogos clínicos para abordar trastornos alimentarios y de personalidad. *El Periódico de Aragón*. <https://www.elperiodicodearagon.com/aragon/2023/04/28/alerta-falta-psicologos-clinicos-abordar-86587486.html>
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060 - 1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guildford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K.E., Tutek, D.A, Reynolds, S.A & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder.

Archives of General Psychiatry, 63(7), 757-766.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>

- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Luque González, I. (2018). *Terapia Ocupacional y Trastorno Límite de la Personalidad*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio digital UCM.
- McLaughlin, S. P. B., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauß, B., & Rosendahl, J. (2019). Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy*, 56(2), 260–273.
<https://doi.org/10.1037/pst0000211>
- Miller, A. E., Trolio, V., Halicki-Asakawa, A., & Racine, S. E. (2022). Eating disorders and the nine symptoms of borderline personality disorder: A systematic review and series of meta-analyses. *International Journal of Eating Disorders*, 55(8), 993-1011. <https://doi.org/10.1002/eat.23731>
- Röepke, S., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Jacob, G., Dams, A., Vater, A., Rüter, A., Merkl, A., Heuser, I., & Lammers, C. (2011). Dialectic behavioural therapy has an impact on self-concept clarity and facets of self-esteem in women with borderline personality disorder. *Clinical Psychology And Psychotherapy*, 18(2), 148-158. <https://doi.org/10.1002/cpp.684>
- Santiago López, S. (2001). Programa de intervención para mejorar la estabilidad emocional. *Clínica y Salud*, 12, 367-390.
- Santiago López, S., Castro, S., Cañamero, D., Godoy, A., Valverde, S. & Marcos, A. (2005). Terapia icónica en inestabilidad emocional. Estudio preliminar. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 5 (2), 151–164.
- Santiago López, S. (2016). *Tratando... inestabilidad emocional. Terapia Icónica*. Recursos terapéuticos, Ed. Pirámide. (Vol. 4ª ed).
- Schilling, L. M., Moritz, S., Kriston, L., Da Graça Krieger, M., & Nagel, M. (2018). Efficacy of metacognitive training for patients with borderline personality disorder: Preliminary results. *Psychiatry Research*, 262, 459-464.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.024>
- Schulz, K.F. & Grimes D. A (2002). Generation of allocation sequences in randomised trial: chance, not choice. *The Lancet*, 359 (9305), 515-519.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s379), 61-68. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05820.x>
- Trastorno límite de la personalidad - Síntomas y causas - Mayo Clinic*. (2024, 20 abril). <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/borderline-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20370237>

- Torres Soto, J F, Moya Faz, F J, Giner Alegría, C, & Oliveras-Valenzuela, M A. (2019). Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad. *Anales de Psicología*, 35(1), 47-57. Epub 02 de noviembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.333191>
- Torres Soto, J F., Iborra Giner, P. Giner Alegría, C., Francisco J. (2021). Results of a Day-Hospital Program for Personality Disorders. Application of the PID-5 and DSM-5 Dimensional Model. *Clínica y Salud*. 32(2), 41-47.
- Winsper, C., Lereya, S. T., Marwaha, S., Thompson, A., Eyden, J., & Singh, S. P. (2016). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 44, 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.001>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A Schema-focused Approach*.



Anexo A

Test Objetivos Sesiones Psicoeducación TCA.

1. ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)?
 - a) Trastornos que afectan solo la ingesta de alimentos.
 - b) Trastornos que afectan la relación con la comida y la imagen corporal.
 - c) Trastornos relacionados exclusivamente con el peso.

2. ¿Cuál de las siguientes NO es una consecuencia de los TCA en la salud?
 - a) Desnutrición.
 - b) Problemas cardíacos.
 - c) Aumento de la autoestima.

3. ¿Cuáles son las principales características de la anorexia nerviosa?
 - a) Miedo intenso a ganar peso, distorsión de la imagen corporal.
 - b) Comer grandes cantidades de alimentos en periodos cortos.
 - c) Mejora de la autoestima.

4. Los comportamientos específicos típicos de la anorexia nerviosa incluyen:
 - a) Comer en exceso y luego vomitar.
 - b) Restricción severa de alimentos, ejercicio excesivo.
 - c) Comer solo alimentos blandos.

5. Define la bulimia nerviosa:
 - a) Trastorno caracterizado por evitar comer cualquier tipo de alimento.
 - b) Trastorno caracterizado por episodios de ingesta excesiva de alimentos seguidos de conductas compensatorias.
 - c) Trastorno donde la persona solo consume líquidos.

6. Las características de la bulimia nerviosa incluyen:
 - a) Comer solo frutas y verduras.
 - b) Comer rápidamente y hasta sentirse incómodamente lleno.
 - c) Atracones de comida y vómitos autoinducidos.

7. ¿Cómo se relacionan los atracones alimentarios con el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)?

- a) Son una manifestación de la impulsividad característica del TLP.
- b) No tienen relación alguna.
- c) Son un síntoma exclusivo de la bulimia nerviosa.

8. Las características del trastorno por atracón incluyen:

- a) Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
- b) Uso de laxantes después de comer.
- c) Realizar ejercicio físico para compensar la ingesta.

9. ¿Qué se entiende por comer emocional?

- a) Comer en respuesta al hambre fisiológica.
- b) Comer en respuesta a las emociones en lugar de al hambre física.
- c) Comer alimentos específicos debido a sus beneficios para la salud.

10. ¿Cómo pueden los síntomas del TLP influir en la conducta alimentaria de una persona?

- a) Aumentando la rigidez en los horarios de comida.
- b) Promoviendo conductas alimentarias impulsivas y descontroladas.
- c) Disminuyendo la importancia de la alimentación.

11. ¿Qué señales pueden indicar la presencia de una conducta alimentaria disfuncional?

- a) Comer de manera balanceada.
- b) Uso de laxantes sin necesidad médica.
- c) Comer solo en compañía de otros.

Anexo B

Desarrollo de las sesiones y materiales necesarios.

Sesión 1. Conociendo los trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivo general: Abordar los TCA e interiorizar sus consecuencias en la salud.

Objetivos específicos:

- Crear un clima acogedor que fomente la adhesión.
- Reflexionar sobre los daños que los TCA pueden provocar en nuestra salud.

Materiales:

- Proyector
- Dispositivos electrónicos.
- Sala con mesas y sillas.
- Ordenador y PowerPoint.

Desarrollo:

Antes de comenzar con el contenido teórico de la sesión, se expondrán los objetivos generales del módulo que son: promover la psicoeducación en materia de salud mental y mejorar la patología comórbida.

Se ofrecerá abordar las conductas identificadas en sesión individual si fuera necesario para trabajarlas de manera personalizada.

A continuación, se expondrán los objetivos específicos de la primera sesión son: presentar el módulo, crear un clima acogedor, introducir que son los TCA, interiorizar las consecuencias de los TCA en la salud y fomentar la participación mediante dinámicas.

Se explicará a los pacientes que a lo largo de las sesiones se abordarán 3 tipos de trastornos de la conducta alimentaria: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Esta elección se basa en la prevalencia de estos trastornos y a su habitual comorbilidad con el TLP.

Se continuará definiendo los TCA desde el DSM-5-TR (APA, 2022), que los define como una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

Se explicará que los TCA al ser persistentes en el tiempo conllevan graves consecuencias para la salud física y mental, siendo algunos ejemplos la falta de nutrientes esenciales o déficits vitamínicos, daños al sistema digestivo como úlceras o inflamación del esófago, deterioro del esmalte, desequilibrios electrolíticos que pueden llevar a problemas cardíacos graves, problemas de fertilidad y menor esperanza de vida.

Se reforzará que es de vital importancia recibir el tratamiento adecuado si se padece de un trastorno de la conducta alimentaria por lo expuesto anteriormente.

Se expondrá que los TCA también conllevan consecuencias para la salud mental como pueden ser una baja autoestima, mayor aislamiento social, deterioro de las relaciones interpersonales entre otros.

En esta última parte de la sesión, se hará una breve introducción a la anorexia nerviosa, pero antes se hará una dinámica que consistirá en una puesta en común de las creencias que tienen los participantes sobre la anorexia, posteriormente se expondrá sus tres características principales según el DSM-5-TR (APA, 2022):

1. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, peso significativamente bajo para la edad, sexo y la salud física.
2. Miedo intenso a aumentar de peso o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso teniendo un peso bajo.
3. Alteración en la que uno mismo percibe su peso o constitución además de influencia impropia del peso o constitución corporal en la autoevaluación o falta persistente del reconocimiento de la gravedad del bajo peso.

Tras esta breve explicación se hará una dinámica en la cual cada uno de los participantes compartirán una cosa que han aprendido de la sesión y si piensan que lo pueden aplicar en caso.

Sesión 2. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Objetivo general: Identificar las características de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa.

Objetivos específicos:

- Promocionar la educación en materia de salud mental.
- Recordar puntos clave de la sesión anterior.
- Fomentar la participación mediante dinámicas grupales

Materiales:

- Proyector
- Dispositivos electrónicos.
- Conexión Wi-Fi.
- Sala con mesas y sillas.
- Ordenador y PowerPoint.

Desarrollo:

Al comienzo de la sesión se expondrán los objetivos específicos que son: identificar las características de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa, promocionar la educación en materia de salud mental y fomentar la participación mediante dinámicas grupales

A continuación, se recordará la introducción que hicimos en la sesión anterior a la anorexia nerviosa y posteriormente, continuaremos con los subtipos (restrictivo o con atracones/purgas) y pensamientos más habituales en personas con anorexia. Se explicará que el miedo intenso a engordar no se alivia por lo general con la pérdida de peso, sino que esta puede aumentar incluso cuando se pierde (APA, 2022).

En la segunda parte del taller, se expondrá que las distorsiones sobre el peso y autoimagen más habituales en personas con anorexia.

Se explicará en que estos pensamientos consisten en que tienen sobrepeso en general o una preocupación excesiva por partes concretas de su cuerpo, particularmente el abdomen, las nalgas y los muslos.

Posteriormente, se explicará como dichas distorsiones pueden llevar a conductas como pesarse de manera regular, medir de manera obsesiva partes concretas del cuerpo o mirarse de manera frecuente en el espejo para comprobar las zonas de 'grasa' (APA, 2022).

Se informará de que otra distorsión o filtro habitual en personas con anorexia, es el peso como valía personal, signo de autocontrol o logro mientras que el aumento es un fracaso inaceptable, causando que el peso y la autoestima estén extremadamente ligados en personas con este trastorno. Se informará a los participantes que es habitual que las personas que padecen este trastorno no sean conscientes del mismo o nieguen el problema.

A partir de este punto se dará paso a la tercera parte del taller, que consistirá en la bulimia nerviosa. Al igual que con la anorexia, se hará una puesta en común sobre las creencias que tienen los participantes sobre la bulimia y después se expondrán de manera breve las características del trastorno consistiendo según DSM-5-TR (APA, 2022) en:

1. Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por ingestión en un periodo determinado de tiempo una cantidad superior de alimentos a la que la mayoría de las personas ingerirán en un periodo similar acompañándose de una sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
2. Comportamientos compensatorios recurrentes para evitar el aumento de peso como el vómito, ayuno, ejercicio excesivo etc.
3. Los atracones y conductas compensatorias ocurren al menos una vez a la semana durante 3 meses y la autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

A continuación, se explicará que a los pacientes los antecedentes más frecuentes de los atracones alimentarios son los sentimientos negativos y los factores estresantes interpersonales, la restricción alimentaria, los sentimientos negativos sobre el peso, la constitución y los alimentos y el aburrimiento.

Se expondrá que los pensamientos y distorsiones cognitivas en las personas con bulimia son similares a los que presentan las personas con anorexia, como el miedo a ganar peso, estando su autoestima también muy ligada al peso.

En la siguiente parte del taller, se abordará la diferencia entre anorexia del subtipo atracones y purgas y la bulimia nerviosa.

Se expondrá que, aunque puede haber episodios de atracones y purgas en la anorexia, estos son menos frecuentes que en personas con bulimia. Por otro lado, si los atracones y compensaciones ocurren durante los episodios de anorexia solo se recibirá ese diagnóstico y no el de bulimia.

Se explicará que en personas con diagnóstico inicial de anorexia nerviosa solo se realizará el diagnóstico de bulimia nerviosa cuando ya no se cumplan criterios de anorexia como por ejemplo el bajo peso y cuando hayan cumplido con todos los criterios de la bulimia nerviosa durante tres meses (APA, 2022).

A modo de resumen, se recordará que en la anorexia la principal característica es el bajo peso y la restricción de la ingesta alimentaria mientras que, en la bulimia, son los atracones y purgas recurrentes.

Se aprovechará esta matización para recordar la importancia de no diagnosticarse a uno mismo y que en caso de duda debe de consultarse a un profesional de la salud mental.

Por último, se recordará que en el TLP los atracones alimentarios se incluyen en las conductas impulsivas contempladas en los criterios diagnósticos y que por lo tanto forman parte del TLP. Además, deben de estar todas la características de la bulimia nerviosa mencionadas anteriormente para recibir este diagnóstico.

Antes de finalizar se hará una dinámica a través de la página web Kahoot, con preguntas sobre el contenido abordado en la sesión. Para finalizar se procederá al turno de preguntas.

Sesión 3. Trastorno por atracón.

Objetivo general: Informar sobre el trastorno por atracón.

Objetivos específicos:

- Abordar el comer emocional.
- Fomentar la participación mediante dinámicas.
- Repasar de la sesión anterior y resolver dudas.
- Recordar realizar la tarea del programa STEPPS.

Materiales:

- Proyector
- Sala con mesas y sillas.
- Folios y bolígrafos.
- Ordenador y PowerPoint.

Desarrollo:

Al inicio a la sesión, se expondrán los objetivos específicos que son: informar sobre el trastorno por atracón, abordar el comer emocional, recordar realizar la tarea del programa STEPPS y fomentar la participación mediante dinámicas.

A continuación, se hará un repaso de los dos talleres anteriores, abordando las cuestiones más importantes y resolviendo posibles dudas de los participantes.

Este repaso se hará de mediante una dinámica grupal, solicitando a los usuarios que mencionen que es lo que les resultó más llamativo de las sesiones anteriores o que aspectos consideran más importantes, haciendo una puesta en común.

Se proseguirá abordando el concepto de comer emocional, el cuál es una manera de autorregularnos mediante la alimentación cuando experimentamos emociones desagradables como la ansiedad o la tristeza.

Posteriormente se dará paso la siguiente parte de la sesión, consistiendo en la explicación del trastorno por atracón siguiendo el esquema que propone la National Eating Disorders Association (NEDA) y basándonos en el DSM-5-TR (APA, 2022). En primer lugar, se explicará en que consiste el trastorno por atracón y sus características clínicas. Se recalcará que es el segundo TCA más diagnosticado y que es más habitual en mujeres (2.7% de mujeres frente al 1.7% de hombres).

A continuación, se informará de que este trastorno se ve en todas las edades, etnias y niveles socioeconómicos.

Posteriormente se explicará que se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, que consisten en ingerir grandes cantidades de alimento en periodos concretos, resultando en una ingesta superior a la que haría la población general en ese periodo de tiempo y la evitación de comer en público por la vergüenza que ocasiona la cantidad de comida ingerida.

Se informará a los pacientes que esta conducta engloba comer muy rápido y sobrepasando la sensación de estar lleno, comer cuando no se tiene sensación de hambre y sentimientos intenso de pérdida de control (NEDA, 2023).

A continuación, se abordará el diagnóstico de trastorno por atracón y se explicará que, para recibirlo, aparte de los síntomas ya mencionados, estos deben de causar malestar e interferir en la vida de la persona además de que estos episodios deben de ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses. Para finalizar, se expondrá que, a diferencia de la bulimia nerviosa, en el trastorno por atracón no se producen conductas compensatorias.

Durante el cierre de la sesión se recordará que es necesario que se cumplimente la tarea de STEPPS del apartado '¿Cuándo se vuelve dañina la conducta alimentaria?' ya que se revisará en la siguiente sesión.

Se recordará que en ese programa se abordó como la alimentación puede ser una manera disfuncional de manejar las emociones intensas y que para identificar antecedentes y poder abordar estas conductas vamos a hacer uso de la tarea mencionada.

Se proseguirá con una dinámica, los participantes recibirán un folio dividido en dos secciones 'estrategias saludables' y 'señales de hambre emocional' y anotarán herramientas (aprendidas en STEPPS, DBT etc.) para manejar sus emociones sin recurrir a la comida y señales que indican que lo que sienten es hambre emocional.

Para finalizar la sesión, se recordará que en caso de ser necesario se podrán trabajar estas conductas en las sesiones individuales con psicología o psiquiatría.

Sesión 4. Relación y diferencias entre el TLP y los TCA

Objetivo general: Explicar cómo los síntomas del TLP puede influir en la conducta alimentaria.

Objetivos específicos:

- Presentar las diferencias entre los patrones de comportamiento en cada caso y los desencadenantes frecuentes.
- Identificar los problemas específicos relacionados con la alimentación en personas con TLP y tratarlos en terapia individual si fuera necesario.
- Cierre y recogida de opinión del taller.

Materiales:

- Proyector
- Sala con mesas y sillas.
- Ordenador y PowerPoint.
- Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido.

Desarrollo:

Al inicio de la sesión se expondrán los objetivos específicos, que son los siguientes: explicar cómo los síntomas del TLP puede influir en la conducta alimentaria, presentar las diferencias entre los patrones de comportamiento en cada caso y los desencadenantes frecuentes, identificar los problemas específicos relacionados con la alimentación en personas con TLP y tratarlos en terapia individual si fuera necesario.

Se expondrá la relación entre el TLP y la conducta alimentaria, haciendo hincapié en como la impulsividad, los periodos de intensidad emocional y la inestabilidad en la autoimagen pueden afectar a la alimentación.

Posteriormente se expondrá como los episodios de atracones o de restricción alimentaria en el TLP son una forma de lidiar con el malestar emocional y que, a diferencia de un TCA, las conductas desreguladas alimentarias en el TLP son de carácter inestable mientras que en un TCA son patrones conductuales persistentes.

No obstante, se recordará que es común que haya comorbilidad entre estos tipos de trastornos y que es fundamental una evaluación exhaustiva, no debiendo diagnosticarse uno mismo. Se fomentará que en caso de duda se consulte con un profesional de la salud mental para un diagnóstico correcto y posteriormente un tratamiento individualizado si fuera necesario.

Antes de proceder con el cierre del taller, se revisará la tarea de STEPPS y se pondrá en común en que situaciones es más habitual que se descompense la conducta alimentaria, por ejemplo 'cuando me siento ansiosa'. Por último y a modo de cierre, se hará una puesta en común del taller y se recogerá sus opiniones.

Se recordará los objetivos generales del taller y se preguntará a los participantes si opinan que les ha sido útil estas sesiones y si consideran que les ha servido para interiorizar las diferencias entre ambos tipos de patologías, si han cambiado sus creencias respecto a los TCA y si piensan que gracias al taller han detectado alguna problemática alimentaria que quieran llevar a las sesiones individuales con psicología o psiquiatría. Al finalizar la sesión se facilitará la *Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido* (CRES-4) (Feixas et al., 2012).

Sesión 5: Psicoeducación para familias

Objetivo general: Fomentar el bienestar de los pacientes.

Objetivos específicos:

- Promover la psicoeducación en materia de salud mental
- Detectar conductas alimentarias disfuncionales.
- Crear clima acogedor.
- Mantener la mejoría clínica de los pacientes.

Materiales:

- Proyector
- Sala con mesas y sillas.
- Ordenador y PowerPoint.

Desarrollo:

En primer lugar, se asume que los familiares saben lo que es el TLP ya que los psicólogos del centro se lo han explicado a lo largo de la estancia de su familiar en el HD.

Antes de comenzar, se expondrán los objetivos de la sesión que son fomentar el bienestar de los familiares, promover la psicoeducación en materia de salud mental.

Detectar conductas alimentarias disfuncionales y mantener la mejoría clínica de los pacientes.

A continuación, se procederá a explicar la relación del TLP con las conductas alimentarias disfuncionales y su comorbilidad con los TCA. Se recordará a los familiares que el TLP se caracteriza por una gran inestabilidad emocional, dificultades en las relaciones interpersonales y una imagen distorsionada de uno mismo. Estas características pueden influir en la relación de la persona con la comida y su cuerpo.

Se procederá a explicar que es el comer emocional y como en las personas con TLP la alimentación puede verse afectada cuando hay malestar emocional y como esta conducta puede convertirse en un alivio temporal o una forma de castigo.

Posteriormente se definirá de manera breve la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, quedando el siguiente esquema:

- Anorexia nerviosa: Restricción extrema de la ingesta de alimentos, miedo intenso a ganar peso y una percepción distorsionada del cuerpo.
- Bulimia nerviosa: Episodios recurrentes de atracones seguidos de comportamientos compensatorios, como el vómito autoinducido.
- Trastorno por atracón: Episodios recurrentes de atracones sin comportamientos compensatorios.

A continuación, se darán pautas para identificar conductas alimentarias disfuncionales como:

1. Observar cambios en los patrones de alimentación, como la restricción extrema o los atracones.
2. Observar si hay mayor irritabilidad e inestabilidad emocional.
3. Prestar atención a los comentarios sobre la imagen corporal y el peso.
4. Buscar signos físicos de desnutrición o purga, como pérdida de peso o problemas dentales, signo de Russell etc.
5. Observar si han empeorado las relaciones sociales.

Para finalizar se brindarán consejos para abordar las conductas alimentarias disfuncionales hablar con un estilo de comunicación asertivo, mostrar empatía y ofrecer apoyo emocional, no intentar 'abrirle los ojos' a través de lógica, ser comprensivos pero firmes ante el trastorno (si está presente), no llevar a cabo conductas controladoras y avisar al personal de psicología que se están produciendo estas conductas etc.

Se finalizará la sesión agradeciendo la participación y dejando un espacio para resolver dudas.