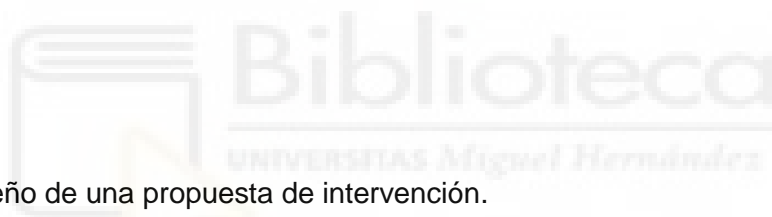




Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2016/2017
Convocatoria Junio



Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención.

Título: Diseño de un programa de intervención para el Trastorno de la Personalidad Límite basado en las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación.

Autor: María Aparicio Ruiz

Tutora: Gemma Benavides Gil

Elche, a 16 de junio de 2017

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Método	10
3.1. Objetivos específicos.....	10
3.2. Beneficiarios	10
3.3 Lugar de aplicación	11
3.4. Instrumentos de evaluación	11
3.5. Descripción del programa de intervención	13
4. Discusión/Conclusión	18
5. Referencias	20
6. Anexos	28
Anexo A. Criterios diagnósticos DSM-5 para TLP	28
Anexo B. Jerarquía de conductas a intervenir	29
Anexo C. Consentimiento informado	30
Anexo D. Sesiones del programa de intervención	33
Anexo E. Diario de autorregistro	52
Anexo F. Procedimiento durante la llamada telefónica.....	53
Anexo G. Registro del terapeuta de la llamada telefónica.....	54
Anexo H. Recomendaciones ante una crisis del paciente.....	55
Anexo I. Niveles de validación.....	56
Anexo J. Estrategias dialécticas.....	57
Anexo K. Variables de la TCE.....	59
Anexo L. Estilo de mentalización.....	62
Anexo M. Metáfora de la herida.....	63
Anexo N. Recursos para el módulo de <i>mindfulness</i>	64
Anexo Ñ. Autorregistro para las sesiones grupales.....	66
Anexo O. Habilidades de tolerancia al malestar.....	67
Anexo P. Ejemplos para identificar y etiquetar emociones.....	68

Resumen

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es uno de los trastornos psiquiátricos más complejos y con consecuencias más graves para las personas que lo padecen. Debido a la baja calidad de vida que conlleva, al alto coste social (recaídas, crisis, intentos de suicidio y difícil recuperación) y al importante porcentaje de casos que nos encontramos en la población clínica, el objetivo del presente trabajo es elaborar un programa de intervención basado tanto en las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación como en otras terapias actuales que han demostrado ser eficaces para el TLP. En este sentido, se plantea un programa que tiene como base la Terapia Dialéctica-Conductual, pero que incluye técnicas de otras terapias de tercera generación como el *Mindfulness* y la Terapia de Aceptación y Compromiso, así como algunas técnicas de la Terapia Cognitiva de Esquemas y de la Terapia de Mentalización. El programa consta de 40 sesiones individuales y 35 sesiones grupales que se estructuran en diferentes fases: evaluación, intervención y seguimiento final. Para poder acceder al programa es necesario cumplir con todos los criterios de inclusión establecidos.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctica-conductual, terapia de aceptación y compromiso, *mindfulness*, terapia cognitiva de esquemas, mentalización.

Abstract:

Borderline personality disorder (BPD) is one of the most complex psychiatric disorders with severe consequences for people with BPD. Due to the low quality of life, the high social cost (relapses, crisis, suicide attempts and difficult recovery) and the significant percentage of cases in the clinical population, the objective of this work is to develop an intervention program based on both third-generation cognitive-behavioral therapies and other current therapies that have been shown to be effective for BPD. In this sense, a program based on Dialectical-Behavioral Therapy is proposed, but includes techniques of other third-generation therapies such as Mindfulness and Acceptance and Commitment Therapy, as well as some techniques of Cognitive Scheme Therapy and Mentalization Therapy. The program consists of 40 individual sessions and 35 group sessions that are structured in various stages: evaluation, intervention and final follow-up. In order to access the program, it is necessary to comply with all the established inclusion criteria.

Keywords: borderline personality disorder, dialectical behavior therapy, acceptance and commitment therapy, mindfulness, schema therapy, mentalization-based treatment.

2. Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico muy grave y complejo (Millon, 1985; Navarro, García-Palacios, Guillén y Botella, 2008) que comienza al principio de la edad adulta (APA, 2014). Para realizar un diagnóstico de TLP según el último Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2014), el paciente tiene que cumplir mínimo cinco criterios diagnósticos (véase anexo A).

Además, la CIE-10 (OMS, 2000) recoge un criterio, que no aparece explícito en el DSM-5, referido a la poca capacidad de planificación que tienen (Caballo, Salazar e Irurtia, 2014). Todos estos criterios están describiendo un patrón con una elevada reactividad o inestabilidad en la regulación emocional, elevados niveles de impulsividad, conductas recurrentes de amenaza o intento de suicidio y automutilación, pensamientos y actitudes ambivalentes hacia los demás, alteración en las relaciones interpersonales, que son intensas y problemáticas, deterioro de la autoimagen y sensación de gran vacío emocional (APA, 2014; Caballo, Gracia, López-Gallones y Bautista, 2004; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004). El descontrol de impulsos que padecen, provoca que tengan reacciones desproporcionadas a la situación, que les lleva con elevada frecuencia a presentar conductas autolesivas e ideas o intentos de suicidio (Caballo *et al.*, 2014; Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011). Los estudios muestran que entre el 9-10% de pacientes acababa suicidándose (APA, 2013; Navarro *et al.*, 2008; Paris y Zweig-Frank, 2001; Virués, 2004). Todas estas conductas mencionadas, potencian la gran dificultad que presentan para el mantenimiento de relaciones interpersonales, causado por interacciones muy emotivas que llevan a una sensación de desorganización y caos, con una clara fragmentación de su mundo social (Cuevas y López, 2012; Gunderson, 2008). Sin embargo, no presentan constantemente toda esta severa disfuncionalidad, sino que permanecen en un delicado equilibrio que puede derivar, por cualquier estresor, en una crisis, agravándose las características disfuncionales del trastorno y surgiendo un elevado malestar (García, Martín y Otín, 2010). Por todas estas características, este trastorno está directamente relacionado con muy baja calidad de vida y un alto coste social (Leichsenring *et al.*, 2011).

El TLP se estima que afecta al 2-5% de la población general (Leichsenring *et al.*, 2011), aproximadamente al 10% de pacientes en centros ambulatorios de salud mental y a entre el 15-25% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados (Elices y Cordero, 2011; Grant *et al.*, 2008; Lenzenweger, Lane, Loranger, y Kessler, 2007; Marco, García-Palacios, Navarro y Botella, 2012).

Se han observado varios factores etiológicos implicados en el TLP: biomédicos (García, Martín y Otín, 2010), experiencias de separación o pérdida de los padres durante la infancia, comportamientos parentales disfuncionales en el cuidado de los hijos o el abuso físico o sexual en la infancia (Blizard, 2008; Caballo *et al.*, 2004; Cuevas y López, 2012; Schewecke, 2009).

Dado todo lo anterior, el TLP es uno de los retos clínicos más difíciles en salud mental. En muchos de los casos, la terapia acaba siendo frustrante por todas las dificultades que van surgiendo (Aramburú, 1996; Caballo, 1998; Caballo y Camacho, 2000; Caballo *et al.*, 2004) y por la labilidad conductual del sujeto, habiendo periodos de mejor adaptación y periodos de desintegración, llegando a considerarse un trastorno con cambios cíclicos (Higgitt y Fonagy, 1992). Todo ello unido a los riesgos de suicidio durante el transcurso de la intervención, que dificultan notablemente el tratamiento (Aramburú, 1996) y el establecimiento de una alianza terapéutica satisfactoria (Biagini, Torres, Torruco-Salcebo y Carrasco, 2009).

Además, presentan una elevada heterogeneidad de síntomas (Caballo *et al.*, 2004; Girolamo y Dotto, 2000) y gran variabilidad entre pacientes con el mismo diagnóstico de TLP, ya que no todos cumplen los mismos criterios o si los cumplen, estos no tienen las mismas repercusiones (Caballo y Camacho, 2000). Por ello, en el DSM-5 se considera un trastorno dimensional, en el que habría subgrupos formados en función de la gravedad (Cuevas y López, 2012). Otra dificultad característica es la elevada comorbilidad con trastornos de alimentación, abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo, trastornos del control de impulsos, trastorno por déficit de atención, trastornos de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad (Caballo *et al.*, 2004; Cuevas y López, 2012; Girolamo y Dotto, 2000; Navarro *et al.*, 2008).

Se han aplicado variedad de técnicas terapéuticas de distintas orientaciones para este trastorno, pero centrándonos en las que parten de una base cognitivo-conductual, observamos que existen diferentes procedimientos y que cada uno de ellos pone el foco de atención en diferentes aspectos específicos. Entre los procedimientos más empleados han sido: la Terapia Cognitiva de Beck, con el cuestionamiento de los patrones de pensamiento disfuncional (Caballo y Camacho, 2000; Caballo, 2001), la Terapia Cognitiva de Young, centrada en modificar los esquemas desadaptativos, y dentro de las terapias de tercera generación, se han empleado entre otras, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) de Linehan para mejorar la eficacia interpersonal, regular las emociones, aumentar la tolerancia ante el malestar e incrementar el autocontrol (Caballo, 2001) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), centrada en el desarrollo de la aceptación psicológica (Navarro-Leis y López, 2013).

De todas las terapias descritas, la que se ha visto más eficaz y con mayor apoyo empírico para el TLP es la TDC (Caballo y Camacho, 2000; Carter, Willcox, Lewin, Conrad y Bendit, 2010; Cuevas y López, 2012; McMain, Korman y Dimeff, 2001; Linehan *et al.*, 2006; Navarro, Jorquera, García-Palacios y Botella, 2010; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2014; Rizvi *et al.*, 2013; Swenson *et al.*, 2002; Verheul *et al.*, 2003; Virués, 2004), que parte de las terapias cognitivo-conductuales (Elices y Cordero, 2011) y, como ya se ha comentado, pertenece al grupo de Terapias de Tercera Generación (TTG), centradas en elaborar repertorios amplios, flexibles, efectivos (Hayes, 2004a; Moreno, 2012) y no en estandarizar casos y buscar eliminar los problemas o síntomas que causen malestar sin más (Mañas, 2007; Tai y Turkington, 2009). Por tanto, no se focalizan en los síntomas del paciente, sino en modificar su experiencia subjetiva y la conciencia que se tiene de ella (Moreno, 2012), haciendo énfasis en el aprendizaje de habilidades específicas que contribuyan a resolver el malestar emocional y los posibles conflictos interpersonales (Cuevas y López, 2012).

Marsha Linehan (1993) elabora la TDC específicamente para este trastorno. Se ha visto que es eficaz en aspectos graves del TLP como las conductas suicidas, la reducción en el consumo de sustancias, la inestabilidad afectiva, la impulsividad o los problemas derivados de relaciones sociales ineficaces (Caballo y Camacho, 2000; Cuevas y López, 2012; De la Vega y Sánchez, 2013; Van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul y van den Brink, 2005; Verheul *et al.*, 2003). Su único inconveniente es no lograr resultados tan satisfactorios en las conductas menos problemáticas o graves, pero que a la vez son igual de definitorias (Quiroga y Errasti, 2001).

Linehan (1993) plantea que el TLP es la consecuencia de la suma de vulnerabilidad temperamental biológica y experiencias ambientales invalidantes y traumáticas. Los pacientes con TLP se ven invalidados continuamente por su ambiente próximo, presionados continuamente con la idea de que deben cambiar porque su manera de pensar, sentir y comportarse no es la correcta o no es igual que la del resto de personas. Por ello, en la TDC, se instruye al paciente para que aprenda a modular la emocionalidad extrema y reduzca conductas desadaptativas, confiando y validando sus experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos (Cuevas y López, 2012; Navarro *et al.*, 2010), siendo uno de los objetivos de la TDC mejorar tanto la comprensión como los resultados del trastorno (Moreno, 2012), haciendo especial hincapié en la aceptación y validación, que predispondrán la recuperación, ya que, según Linehan (1993), la forma de posibilitar el cambio parte de la aceptación, por lo que si a estos pacientes se les aplican únicamente técnicas cognitivo-conductuales clásicas, que puede asemejarse al mensaje de obligatoriedad de cambio que suelen recibir por su ambiente, el paciente adoptará una postura defensiva impidiendo lograr avances terapéuticos

(Navarro *et al.*, 2010). El equilibrio entre el cambio y la aceptación de las conductas disfuncionales del trastorno es lo que formaría la dialéctica de este tratamiento (Feliu, 2014).

La TDC se desarrolla en sesiones individuales y grupales (De la Vega y Sánchez, 2013) para, en primer lugar, abordar conductas de riesgo, como los intentos de suicidio o autolesión, con el objetivo último de aprender conductas adaptativas para aplicarlas en la resolución de dificultades que puedan surgir (Cuevas y López, 2012; Navarro *et al.*, 2010).

Sin embargo y a pesar de toda la evidencia científica que apoya la TDC, hay casos en lo que por sí sola no es totalmente eficaz y se requiere más investigación (Orlando y Schoendorff, 2014; Verheul *et al.*, 2003). Para los pacientes que destacan por presentar conductas suicidas, la TDC será la principal técnica (Caballo y Camacho, 2000), pero hay autores como Verheul *et al.* (2003) que recomiendan que una vez las conductas de alto riesgo hayan disminuido mediante la TDC, junto a esta se presente otro tipo de terapias que pongan el foco de atención en otros componentes del TLP.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) podría ser añadida como complemento al programa de la TDC (Bailey, Mooney-Reh, Parker y Temelkovski, 2009; Orlando y Schoendorff, 2014), porque hay estudios de comparación y combinación que han mostrado que se da mayor eficacia cuando ambas terapias han sido combinadas (Shearin y Linehan, 1994). Como ya se ha comentado, muchos de los pacientes con TLP han vivido en ambientes invalidantes que repercuten negativamente en las habilidades personales relacionadas con la integración de experiencias privadas, lo que llevaría a sentimientos de amenaza y confusión, siendo habitual que adopten estrategias de evitación experiencial (abuso de sustancias, autolesión, suicidio, evitación de situaciones sociales, etc.). Desde la ACT proponen como medio para fortalecer ciertos comportamientos, promover la aceptación activa de las propias emociones, pensamientos y procesos internos en general (Hayes, Pistorello, y Levin, 2012), trabajando en un contexto de aceptación de eventos desagradables, para que, aunque sigan presentes, la persona pueda tener un estilo de vida congruente con sus valores y objetivos personales (Hayes, 2004b; Wilson y Luciano, 2002).

En el trabajo de Shearing y Linehan (1994) se muestra que la combinación de TDC y ACT es efectiva en las conductas más problemáticas relacionadas con el suicidio y autolesión; sin embargo, deja sin tanto efecto las conductas no tan graves (Quiroga y Errasti, 2001; Sanislow y Mc-Glashan, 1998).

Por otro lado, la Terapia basada en la Mentalización (TBM), modelo de psicoterapia basada en los principios psicodinámicos, ha mostrado resultados de efectividad en varios

ensayos controlados aleatorizados (Bateman y Fonagy, 1999; 2001; 2008; 2009 y 2010). Así mismo, también se han visto efectos superiores en la combinación de TDC y TBM (Edel, Raaff, Dimaggio, Buchheim y Brüne, 2017; Lossa, 2015). La TBM fundamenta la aparición del trastorno en una alteración en el desarrollo del apego, que provocaría la imposibilidad de mentalización, definida como la comprensión de los estados mentales propios y del resto de personas (Bateman y Fonagy, 2009). El objetivo de la terapia es aumentar la adhesión al tratamiento global, mejorar el curso clínico con la supresión de la autolesión, reduciéndose así la necesidad de hospitalización y mejorando el funcionamiento interpersonal (Delgado, 2009; NICE, 2009; Sánchez y De la Vega, 2013).

La Terapia cognitiva centrada en esquemas (TCE) de Young también ha obtenido buenos resultados (Farrell, 2009; Giesen-Bloo *et al.*, 2006; Montgomery-Graham, 2016; NICE, 2009). Al igual que la TDC, emplea principios de la terapia cognitivo conductual (Montgomery-Graham, 2016), ya que Young, para desarrollar esta terapia, combinó principios psicodinámicos y de la Gestalt con terapias cognitivo conductuales (Sempértegui *et al.*, 2013). La TCE tiene en cuenta los esquemas cognitivos disfuncionales aprendidos y la inflexibilidad de estos (NICE, 2009), ya que los modos de esquema, en estos pacientes, no se integran como un todo global, lo que explicaría la falta de sentido de sí mismo y el rápido cambio entre estados emocionales (Sempértegui *et al.*, 2013). El procedimiento consiste en analizar la interferencia que estas creencias provocan en la vida del paciente y lo que dificultan su adaptación. Por ello la base de la TCE es el reaprendizaje de nuevos esquemas más adaptativos que los anteriores (NICE, 2009), provocando que la angustia y la sintomatología disminuyan (Spinhoven *et al.*, 2007).

Unido a las anteriores, es imprescindible comentar que el *Mindfulness* o atención plena, considerado también componente de la TDC, de la ACT y de la TCE, es una parte fundamental de cualquier programa de tratamiento para el TLP, ya que facilitará el correcto transcurso del resto de técnicas (Baer, 2003; García-Palacios, 2006). El *Mindfulness* posibilita gradualmente que la persona se dé cuenta de lo que sucede en el momento presente, tratando de observar y experimentar con la información sensorial sin llegar a reaccionar, analizarla, compararla o interpretarla. Las personas que aplican esta técnica, valoran y recuperan rápidamente el estado de equilibrio tras elevados sufrimientos (Moreno, 2012). Por ello, hay variedad de estudios que muestran que el entrenamiento en estas habilidades provoca una disminución significativa en los síntomas, por lo que es considerado un tratamiento eficaz para el TLP (Elices *et al.*, 2016; Seuer y Baer, 2012)

Respecto a la farmacoterapia, se ha visto que los tratamientos farmacológicos, no son realmente efectivos por sí solos, su efecto no está claro (Binks *et al.*, 2006) y no es específico,

además de que puede conllevar graves complicaciones (Caballo y Camacho, 2000; Caballo *et al.*, 2004). Los efectos perjudiciales de la medicación también se ven en algunos casos incluso cuando van acompañados de terapia psicológica (Caballo y Camacho, 2000). Por ello, es imprescindible que haya una correcta educación sobre los efectos secundarios y la importancia de seguir el régimen prescrito, tanto del tratamiento farmacológico como del psicológico.

Por último, es recomendable que, en cualquier tratamiento para el TLP, haya intervenciones familiares en las que se trabaje mediante psicoeducación para aminorar las elevadas cargas familiares que se derivan de este trastorno, así como entrenar en habilidades de afrontamiento de todo el entorno familiar (GPC, 2011).

Debido a la heterogeneidad de síntomas que se pueden dar y a la grave falta de regulación en diferentes aspectos, el TLP es un trastorno en el que todavía hay debates y dificultades a la hora de determinar el tratamiento definitivo (Caballo y Camacho, 2000; Cuevas y López, 2012). Además, conlleva un uso desmedido de los recursos sanitarios y, por tanto, un elevado coste sociosanitario (Leichsenring *et al.*, 2011; Cuevas y López, 2012).

Por todo lo anterior y dado que diferentes programas de tratamiento muestran evidencias, pero ninguno de ellos es eficaz al 100% para todas las variables, el objetivo general del presente trabajo es, empleando como base la TDC, desarrollar una propuesta de intervención en la que se integren las distintas orientaciones terapéuticas que han mostrado mayor eficacia, a fin de garantizar la mejor atención psicológica tanto a las personas diagnosticadas de TLP como a sus familiares y allegados.

Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que se trata de una propuesta de programa y que este deberá ser adaptado a cada paciente según sus características individuales y la gravedad del trastorno.

3. Método

3.1 Objetivos específicos

A partir del objetivo general del presente trabajo se plantean los siguientes objetivos específicos:

- a) Mejorar la comprensión del trastorno por parte del paciente y familiares.
- b) Disminuir las conductas autolesivas y/o ideas de suicidio.
- c) Reducir la frecuencia y gravedad de los episodios de crisis.
- d) Reducir el número de hospitalizaciones.
- e) Reducir la inestabilidad emocional.
- f) Incrementar el bienestar emocional y la calidad de vida.

3.2 Personas beneficiarias

Los criterios de inclusión para poder acceder a este programa de intervención son:

- a) Tener un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad según los criterios del DSM-5 o CIE-10.
- b) Ser mayor de 18 años.
- c) Presentar sintomatología predominante de conductas autolesivas e ideas o intentos de suicidio.
- d) Acceder al tratamiento voluntariamente sin ser coaccionado por nadie.
- e) Comprometerse mediante un “contrato terapéutico” a continuar con la intervención hasta una duración que se determinará según el caso particular.

Los criterios de exclusión por los que no se podrá acceder a este programa de intervención son:

- a) Tener un diagnóstico de dependencia a alguna sustancia tóxica que requiera un tratamiento específico.
- b) Tener un diagnóstico de enfermedad orgánica que pueda interferir en la intervención.
- c) Tener un diagnóstico de discapacidad intelectual.
- d) Tener un diagnóstico de trastorno psicótico o trastorno bipolar I.

3.3 Lugar de aplicación

En función de la gravedad del caso, la intervención se realiza en distintos centros. Para los casos más graves, el lugar de la intervención es un hospital de día, para disponer de un servicio multidisciplinar e intensivo. Para los casos menos graves se realiza en el centro de salud mental ambulatorio. Por tanto, para determinar el lugar de la intervención, será necesario una previa evaluación de gravedad.

3.4 Instrumentos de evaluación

En primer lugar, se realiza la entrevista clínica en la que se recaba la información habitual (datos demográficos, antecedentes familiares, etc.) y la información clínica relevante (duración del trastorno, intentos de suicidio, número de ingresos hospitalarios, tratamientos farmacológicos, presencia de conductas autolesivas, abuso de sustancias tóxicas, etc.). Además, también se realiza un análisis funcional de lo que se pretende modificar.

Tras un diagnóstico provisional de TLP, se administran al paciente las siguientes pruebas para determinar distintos aspectos:

- “Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite-Revisada” (*Diagnostic Interview for Borderline Patients-Revised, DIB-R*; Zanarini, Gunderson, Frankenburg y Chauncey, 1989; adaptación española de Szerman *et al.*, 2005). Es una entrevista específica para el TLP, con 125 ítems, que determina la presencia y gravedad del trastorno, evaluando cinco ámbitos: adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, cognición y relaciones interpersonales. Presenta valores de 0,96 de sensibilidad, de 0,88 de especificidad, con un valor de concordancia entre evaluadores de 0,78 medido con el coeficiente de kappa (Szerman *et al.*, 2005).
- “Inventario de depresión de Beck II” (*Beck Depression Inventory-II, BDI-II*; Beck, Steer y Brown, 1996; adaptación española de Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005). Evalúa la presencia y gravedad de sintomatología depresiva mediante 21 ítems de tipo Likert, los cuales se componen de distintos síntomas correspondientes con los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) y CIE-10 (OMS, 2000). Presenta una consistencia interna de 0,89 (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005).
- “Escala de ideación suicida de Beck” (*Scale for Suicide ideation, SSI*; Beck, Kovacs y Weissman, 1979). Es una entrevista semi-estructurada que proporciona información sobre intencionalidad suicida y el grado de seriedad e intensidad con el que la persona se planteó o está planteándose el suicidio. Se compone de 19 ítems con 3 alternativas de respuesta

de grado creciente de intensidad de ideación suicida y es cumplimentada por el terapeuta. Presenta una consistencia interna con alfa de Cronbach de entre 0.89 y 0.96, además de una fiabilidad inter-examinador de 0,83 (Beck, Steer y Ranieri, 1988).

- “Escala de Ansiedad Estado-Rasgo” (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI*; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; adaptación española de Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Mediante 40 ítems, evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Consta de dos subescalas: Estado (con frases que describen cómo se siente en el momento del pase) y Rasgo (identifica cómo se siente la persona habitualmente). La subescala Estado, tiene una consistencia interna de 0,90-0,93 y la subescala Rasgo tiene una consistencia interna de 0,84-0,87 (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982).
- “Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo” (*State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-2*; Spielberger, 1999; adaptación española de Tobal, Casado, Cano y Spielberger, 2001). Mediante 49 ítems con cuatro alternativas de respuesta, evalúa la experiencia y expresión de la ira en cuatro subescalas: Rasgo de la ira, Estado de la ira, índice de Expresión de la ira, tanto expresión externa como interna y Control interno y externo de la ira. El coeficiente de consistencia interna de Alpha de Cronbach es de 0,89 para la escala de Estado, 0,82 para el Rasgo, para las escalas de Expresión de Ira 0.69 y .067 y para las escalas de Control de Ira se obtuvo valores de 0,87 y 0,81 (Tobal, Casado, Cano y Spielberger, 2001).
- “Índice de Calidad de Vida” (Spanish versión of the *Quality of life index, QLI-Sp*; Mezzich *et al.*, 2000). Mediante 10 ítems con escala ordinal de 1-10 evalúa la percepción de calidad de vida del paciente en cuanto a: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, satisfacción espiritual y una valoración global de la calidad de vida. Cuenta con una alta fiabilidad, ya que el coeficiente de correlación test-retest es de 0.89 (Mezzich *et al.*, 2000).
- “Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido” (*Consumer Reports Effectiveness Scale, CRES-4*; adaptación española de Feixas *et al.*, 20012). Es una escala de cuatro ítems con respuesta tipo Likert de 5 opciones. Los cuatro ítems consisten en información sobre: satisfacción, grado de resolución del problema principal, estado emocional antes de comenzar el tratamiento y el estado emocional en el momento actual. Con estas cuatro variables se extraen tres componentes correspondientes a: percepción del cambio en el

estado emocional, la satisfacción y la solución de problemas. En la actualidad no se encuentran datos de validez y fiabilidad en muestra española.

3.5 Descripción del programa de intervención

Si bien este programa se enmarca dentro de la estructura de la TDC, mantiene una orientación integradora, introduciendo una combinación de técnicas procedentes de distintos enfoques teóricos: ACT, mindfulness, mentalización y terapia de esquemas.

El programa consta de tres fases (evaluación, intervención y seguimiento) con varias modalidades de tratamiento realizadas paralelamente: psicoterapia individual, terapia de grupo, consultas telefónicas y psicoeducación para familiares.

La terapia individual tiene 40 sesiones de 1,5 horas cada una. Las dos primeras sesiones, se dedican a la fase de evaluación pre-tratamiento, en la que se realiza una entrevista clínica, un análisis funcional y, con los instrumentos de autoinforme, se evalúa la presencia de depresión y ansiedad, la calidad de vida, la intencionalidad suicida y la expresión de ira.

Tras la evaluación, se provee de psicoeducación, se llega a un acuerdo terapeuta-paciente y se comienza a establecer la alianza terapéutica. Es imprescindible que la psicoeducación se base en la validación de sus emociones y explicación de cómo será toda la intervención y lo que conlleva ese trastorno mental.

Posteriormente se irá trabajando individualmente distintos aspectos en función de la problemática del paciente. Se establece la jerarquía de priorizar la intervención en las conductas más graves como son las conductas suicidas o de autolesión, después con aquellas que interfieran con el funcionamiento del programa, las que afecten a la calidad de vida del paciente y, por último, se considera la adquisición de habilidades (véase anexo B).

La temática de cada sesión individual está determinada por un registro de conductas durante la semana previa a la sesión y en relación con la jerarquía de conductas establecida. Por tanto, la estructura de cada sesión consiste, principalmente, en revisar el autorregistro de la semana, determinar la problemática a trabajar y aplicar las técnicas necesarias para posibilitar el cambio.

La terapia grupal tiene 35 sesiones de 2 horas cada una, con descansos de 15 minutos entre cada hora. Está formada por grupos de entre 5-7 pacientes con diagnóstico de TLP. El objetivo de la terapia grupal es lograr una adecuada habilidad conductual en las áreas de

tolerancia al dolor emocional, regulación emocional, efectividad interpersonal, autocontrol y capacidad para responder atentamente de forma no evaluativa, para así reducir el caos interpersonal, la labilidad emocional, la impulsividad, las disfunciones cognitivas y la confusión sobre su identidad.

Por tanto, con el conjunto de modalidades de este programa se pretende lograr un aumento de las habilidades conductuales, emocionales y cognitivas, la validación de los conflictos emocionales, el aumento de la capacidad para regular y experimentar las propias emociones sin llegar a disociarse o negarlas y de la capacidad para mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias, incidir sobre situaciones traumáticas anteriores, entrenar para resolver problemas de la vida cotidiana, incrementar el auto-respeto y plantearse logros personales.

El terapeuta emplea un estilo de comunicación recíproca, con autorrevelaciones, mostrándose cálido, empático, honesto y flexible.

Además, se asigna un terapeuta para la terapia individual que no intervendrá en la terapia grupal para establecer una clara diferenciación e interferencia de los asuntos individuales en el grupo.

Otra de las modalidades es la psicoeducación familiar, por lo que se requiere que se involucren las familias para que puedan ayudarles y favorecer la generalización de todo lo aprendido durante el trascurso del tratamiento (Cuevas y López, 2012) acudiendo a una sesión de grupo de psicoeducación para familiares.

Por otro lado, se evalúa cualitativa y periódicamente el estado psicopatológico del paciente y factores que le puedan estar desestabilizando para poder prevenir futuras crisis o recaídas. Tanto el paciente como la familia aprenderán a identificar las situaciones o factores que pueden desencadenar una crisis y cómo poder afrontarla.

A los 6 meses de intervención, para evaluar la evolución del paciente, se vuelve a administrar el SSI y el STAXI II para comprobar si se está reduciendo la sintomatología más grave; y al finalizar el programa, que será aproximadamente tras un año, se realiza una evaluación post-tratamiento en la que se administra prácticamente el mismo protocolo de autoinformes inicial.

La primera sesión de seguimiento es tras un mes de haber finalizado el tratamiento, sesión en la que se administra un cuestionario de satisfacción sobre el tratamiento recibido

(CRES-4); después las siguientes sesiones son a los tres meses, a los seis meses, al año y, por último, a los dos años.

Es importante informar de todo el proceso al paciente y requerir su compromiso a lo largo de toda la terapia, ya que es un tratamiento de larga duración y el paciente tendría que comprometerse a mantenerse en la terapia al menos durante 6 meses sin interrupción (Linehan, 1993; Cuevas y López, 2012). Por ello, se procura establecer un buen rapport que facilite el compromiso de continuidad y evite el abandono de la terapia antes de la recuperación, por lo que se creará junto a él un contrato conductual que incluirá diferentes aspectos a los que se compromete. Además, para lograr que la relación terapéutica se establezca desde la libertad y conocimiento de todo el proceso de intervención, se le entrega un documento de consentimiento informado (véase anexo C), en el que se tratan aspectos como la confidencialidad y que debe ser firmado tanto por el terapeuta como por el paciente.

La estructura del programa de intervención se presenta en formato individual, grupal y grupo para familiares en las siguientes tablas (Tabla 1, Tabla 2 y Tabla 3). Para una información más detallada sobre el contenido de las sesiones véase el anexo D.



Tabla 1. Programa de intervención individual

Sesión	Objetivos	Técnicas
1 y 2. <i>Evaluación</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar evaluación pre-tratamiento. - Crear alianza terapéutica. 	<p>Entrevistas y autoinformes. Análisis funcional. Escucha activa. Estrategias comunicativas. Aceptación. Validación.</p>
3-4. <i>¿Qué me pasa y qué vamos a hacer?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre TLP y programa de intervención. - Incrementar la adhesión al tratamiento. - Motivar ante el proceso terapéutico. - Establecer metas de tratamiento. - Instruir en el registro de conductas. - compromiso de trabajo. - Informar de actuación en crisis. - Establecer límites y condiciones. 	<p>Psicoeducación. Clarificar expectativas. Paciente activo. Lista de ventajas y desventajas. Negociación. Autorregistro. Contrato conductual. Consentimiento informado.</p>
5-20. <i>Dejamos de lado las conductas desadaptativas y adquirimos las adaptativas.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer conducta objetivo. - Reducir conductas desadaptativas. - Practicar las habilidades adquiridas en el grupo. - Buscar equilibrio entre la aceptación y el cambio. - Modificar pensamiento dicotómico. 	<p>Diario de autorregistro. Análisis conductual y de soluciones. Manejo de contingencia. Modificación cognitiva. Acción opuesta. Ensayo de conducta y Exposición Estrategias dialécticas.</p>
21. <i>Evaluamos la mejora.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la evolución del paciente. 	<p>Autoinforme SSI y STAXI II.</p>
22-36. <i>Nos centramos en lo más cognitivo.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre los esquemas disfuncionales. - Identificar esquemas y afrontamiento disfuncionales. - Modificar esquemas disfuncionales. - Identificar modos de afrontamiento desadaptativos. - Comprender los estados mentales propios y ajenos. - Reducir patrón de evitación experiencial. 	<p>Psicoeducación. Ejercicios en imaginación. Técnicas cognitivas Comprobación de hipótesis. Ventajas y desventajas. Tarjetas recordatorio. Ejercicio de revisión de vida. Discusión de alternativas. <i>Role-playing</i> de diálogos. Técnicas experienciales. Técnicas conductuales. Técnicas basadas en la mentalización. Estrategias desde la ACT: Clarificar valores. Distanciamiento de eventos privados. "Metáfora de la herida" Ejercicios experienciales.</p>
37-40. <i>Nos preparamos para una nueva vida sin terapia.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Generar actitud positiva y recursos. - Repasar habilidades de afrontamiento y plan de crisis. - Prevenir recaídas y facilitar generalización. - Evaluación post-tratamiento. 	<p>Establecer metas vitales. Psicoeducación. Tarjetas recordatorio. Ensayos de conducta y de respuestas alternativas. Reforzar cambios en el entorno. Autoinformes.</p>

Tabla 2. Programa de intervención grupal

Sesión	Objetivo:	Técnicas
1. Primer día: manos a la obra.	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre esta modalidad. - Presentación del grupo. 	<p>Psicoeducación. Establecer normas.</p>
2-9. Aprendemos a vivir en "el aquí y ahora".	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir en las habilidades <i>mindfulness</i>. - Realizar actividades para entrenar estas habilidades. 	<p>Psicoeducación. Técnicas de <i>mindfulness</i>. Observar. Describir. Participar. <i>Role-playing</i>. Instrucciones directas. Moldeamiento.</p>
10-18. Aprendemos las mejores formas de tolerar el malestar.	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir en las habilidades de tolerancia al malestar. - Reducir impulsividad. 	<p>Psicoeducación. Técnicas de distracción. Confortarse a sí mismo. Mejorar el momento. Enumerar pros y contras de tolerar.</p>
19-26. Aprendemos cómo manejar nuestras emociones de manera efectiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir en las habilidades de regulación emocional. - Identificar y etiquetar emociones. - Identificar obstáculos. - Reducir inestabilidad emocional. - Reducir vulnerabilidad emocional. - Incrementar emociones positivas - Cambiar o regular las emociones 	<p>Psicoeducación. Análisis funcional. Conciencia plena de emociones. Validación. Modificación hábitos disfuncionales. Programación y realización de actividades placenteras. Realizar conductas opuestas.</p>
26-33. Aprendemos a ser eficaces interpersonalmente.	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir en las habilidades de eficacia interpersonal. - Aprender a interactuar con el contexto social. - Manejo de conflicto interpersonales. 	<p>Psicoeducación. Entrenamiento en habilidades sociales y técnicas asertivas. Ensayos de conducta.</p>
33-35. Repasamos lo que hemos aprendido para crear la vida que queremos vivir.	<ul style="list-style-type: none"> - Repasar todas las habilidades adquiridas. - Practicar todas las habilidades adquiridas. - Despedida. 	<p>Psicoeducación. <i>Role-playing</i>.</p>

Tabla 3. Sesión grupal para familiares y allegados de pacientes con TLP.

Sesión	Objetivos	Técnicas
Sesión 1: aprendiendo a incrementar el bienestar común en la familia.	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre el TLP y el tratamiento de elección. - Favorecer generalización en paciente de TLP. - Contribuir a evitar recaídas y abandono del tratamiento. - Informar sobre recursos a su disposición y programas de atención psicológica para familiares. 	<p>Psicoeducación. Clarificar expectativas. Reestructurar ambiente. Entrenamiento en habilidades de comunicación. Pautas de actuación. Ensayo de conductas. Documentación impresa.</p>

4. Discusión/Conclusión

La relevancia de diseñar intervenciones como esta, viene determinada porque, aunque haya diferentes programas ya publicados que están obteniendo buenos resultados, ninguno de ellos es eficaz al 100% para toda la variabilidad sintomática que presentan estas personas. Por ello, el objetivo general de este trabajo ha sido desarrollar una propuesta de intervención desde una orientación integradora que combine técnicas que han demostrado ser eficaces en el TLP como algunas técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso, del *Mindfulness*, de la Terapia de Mentalización y de la Terapia Cognitiva de Esquemas, manteniendo como base la Terapia Dialéctica-Conductual.

Se sigue la estructura básica de la TDC porque es una de las terapias que ha resultado ser más eficaz y por ende con mayor apoyo empírico para este trastorno (Carter, Willcox, Lewin, Conrad y Bendit, 2010; Cuevas y López, 2012; Navarro, Jorquera, García-Palacios y Botella, 2010; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2014; Rizvi *et al.*, 2013). De la misma manera que se le da relevancia en la TDC a la aceptación y validación para posibilitar el cambio (Linehan 1993), en este programa también, esperando así obtener los mismos resultados satisfactorios respecto a este sentido.

Pero como ya se ha mencionado, además de las técnicas correspondientes a la TDC, también se han incluido otras en base a los resultados de eficacia que han obtenido y se exponen a continuación.

Con el objetivo de incidir sobre la evitación experiencial, muy característica en pacientes con TLP (Hayes, Pistorello, y Levin, 2012), se han empleado técnicas desde la orientación de la ACT, fundamentándose en los resultados de mayor eficacia al combinar la TDC y la ACT (Shearin y Linehan, 1994).

Para aumentar la capacidad de comprender los estados mentales propios y de otros se utilizan técnicas de mentalización de la TBM, que también cuenta con estudios en los que se han visto efectos superiores al ser combinada con la TDC (Edel, Raaff, Dimaggio, Buchheim y Brüne, 2017; Lossa, 2015).

Respecto a la modificación de esquemas cognitivos disfuncionales se han empleado técnicas desarrolladas en la TCE, ya que se muestran muy buenos resultados en estudios (Farrell, 2009; Giesen-Bloo *et al.*, 2006; Montgomery-Graham, 2016; NICE, 2009) en los que se tenía como base el reaprendizaje de nuevos esquemas más funcionales (NICE, 2009).

Por último, es imprescindible destacar otro conjunto de técnicas como son las de *mindfulness* porque a pesar de que ya es considerado un componente de la TDC, ACT y la TCE (Baer, 2003; García-Palacios, 2006), en el programa desarrollado en el presente trabajo son habilidades centrales y por tanto fundamentales. Esto es así porque son habilidades que facilitan el correcto aprendizaje del resto de técnicas entrenadas (Baer, 2003; García-Palacios, 2006) y además por ser, también, consideradas eficaces para el TLP (Elices *et al.*, 2016; Seuer y Baer, 2012).

Por tanto, una de las principales ventajas que posee este programa, es esta combinación de técnicas, que por separado han mostrado eficacia terapéutica para el TLP y que, por tanto, se espera que en combinación aumenten aún más esta eficacia y contribuyan a disminuir la sintomatología más resistente del TLP.

A pesar de las ventajas que se han deseado obtener, el trabajo también posee una serie de limitaciones. Y es que hay que tener en cuenta que a la hora de aplicar este programa se debe adaptar a las características sintomatológicas de cada persona y dada la elevada heterogeneidad que se observa entre casos, pasa a considerarse un inconveniente a la hora de imposibilitar un elevado grado de protocolarización

Otro aspecto de limitación, es que algunos de los instrumentos de evaluación seleccionados no presentan hoy en día estudios de fiabilidad y validación en población española. Esto sucede, por ejemplo, en la “Escala de ideación suicida de Beck” (SSI; Beck, Kovacs y Weissman, 1979).

Así como que no se han podido emplear instrumentos específicos para el TLP que evalúen los cambios en este trastorno derivados de la terapia realizada porque tampoco cuentan con estudios de fiabilidad y validación en población española, como por ejemplo en la Escala de Zanarini para la Evaluación del Trastorno Límite de la Personalidad (ZAN-BD; Zanarini, 2003), que en las versiones originales de estas escalas se han obtenido muy buenos resultados psicométricos (GPC, 2011), podría ser una línea futura de trabajo.

Por tanto, sería muy interesante como línea de investigación futura, comenzar a dedicar estudios de fiabilidad y validación de instrumentos de evaluación como los ya comentados en población española. Y, por otro lado, realizar estudios de resultados de los cambios obtenidos como consecuencia de aplicar este programa para comprobar la eficacia de este en el trastorno límite de la personalidad.

5. Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Panamericana.
- Aramburú, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4, 123-140.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 125-143.
- Bailey, A., Mooney-Reh, D., Parker, L. y Temelkovski, S. (2009). Beyond the fragmented self: integrating acceptance and psychodynamic approaches in the treatment of borderline personality. En J. T. Blackledge, J. Ciarrochi y F. Deane (Eds.), *Acceptance and commitment therapy: contemporary theory research and practice* (pp 281-310). Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1562-1569.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structure clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15.
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck depression inventory second edition. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. *Journal Clinical Psychology*, 44, 499-505.

- Bernardo, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los trastornos límite de personalidad (TLP). *Clínica y Salud*, 18 (3), 347-361.
- Biagini, M., Torres, J., Torruco-Salcebo, M. y Carrasco, B. (2009). Estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Salud Mental*, 32 (3), 241-249.
- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E. y Duggan, C. (2006). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 25(1).
- Blizard R. (2008). The role of double binds, reality-testing and chronic relational trauma in the genesis and treatment of borderline personality disorder. En A. Moskowitz, I. Schäfer y M. Dorahy (Eds.), *Psychosis, Trauma and Dissociation* (pp 295-306). New York: John Wiley y Sons.
- Caballo, V. E. (1998). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivos-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9 (3), 579-605.
- Caballo, V. E. y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Revista de Psicología desde el Caribe*, 5, 30-55.
- Caballo, V. E., Gracia, A., López-Gallones, C. y Bautista, R. (2004). El trastorno límite de la personalidad. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp 137-160). Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. e Irurtia, M. J. (2014). Trastornos de la personalidad. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carroble (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp 429-470). Madrid: Pirámide.
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M. y Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behavior therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 162–173.
- Cuevas, C. y López, A. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (1), 97-114.
- De la Vega, I. y Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10, 45-56.

- Delgado, L. C. (2009). *Correlatos psicofisiológicos de Mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades Mindfulness*. Tesis doctoral sin publicar, Universidad de Granada, España.
- Edel, M. A., Raaff, V., Dimaggio, G., Buchheim A. y Brüne, M. (2017). Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder- a pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*, 56, 1-15.
- Elices, M. y Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3, 132-152.
- Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C. y Soler, J. (2006). Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: a randomized trial. *Mindfulness*, 7, 584-595.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A. y Webber, M. A. (2009). A schema focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317–328.
- Feigenbaum, J. (2008). Dialectical behaviour therapy. *Psychiatry*, 7(3), 112-6.
- Feixas, G., Pucurrull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E. y Bados, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): la versión en español. *Revista de psicoterapia*, 23 (89), 51-58.
- Feliu, A. (2014). *Caracterización del trastorno límite de la personalidad y efectos de entrenamiento en mindfulness*. Tesis doctoral sin publicar, Universitat Autònoma de Barcelona, España.
- García, M. T., Martín, M. F. y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de la personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (106), 263-278.
- García-Palacios, A. (2006). *Mindfulness en la terapia dialéctico comportamental*. *Mindfulness y Psicoterapia*, 17, 121-132.
- García-Palacios, A., Navarro, M. V., Guillen, V., Marco, H. y Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 197-216.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T. y Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder:

- Randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–659.
- Girolamo, G. y Dotto, P. (2000). Epidemiology of personality disorders. En M. G. Gelder, J. J. Lopez-Ibor y N. C. Andreasen (Eds), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp 959-964). New York: Oxford University Press.
- Grant, B., Chou, S., Goldstein, R., Huang, B., Stinson, F. y Saha, T. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM IV borderline personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad (GPC) (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'informació, avaluació i qualitat en salut. Recuperado en 5 de abril de 2017 desde http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad.pdf
- Gunderson J. G. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Pistorello, J. y Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40 (7), 976-1002.
- Higgitt A. y Fonagy P. (1992) Psychotherapy in the borderline and narcissistic personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 161 (1), 23-43.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377, 74-84.
- Lenzenweger, M., Lane, M., Loranger, A. y Kessler, R. (2007). Personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553–64.
- Lieb K, Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.

- Linehan, M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. y 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, 757-766.
- López, A. F., Cid, J., Obst, J., Rondon, J. M., Alfano, S. M. y Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). *Ciencias Psicológicas*, 5 (1), 83-115.
- Lossa, L. (2015). *Terapia Dialéctica Conductual Grupal en el Trastorno Límite de la Personalidad: Apego, Alianza Terapéutica y Mejora Sintomática*. Tesis doctoral sin publicar, Universitat Ramon Llul Fundació Privada, Barcelona.
- Luciano, M. C. (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Libro de casos*. Valencia, España: Promolibro.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Marco, J. H., García-Palacios, A., Navarro, M. y Botella, C. (2012). Aplicación de la terapia dialéctica comportamental en un caso de anorexia nerviosa y trastorno límite de la personalidad resistente al tratamiento: un estudio de caso con seguimiento a los 24 meses. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 121-128.
- McMain, S., Korman, L. y Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (2), 183-196.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J., y Mahmud, S. (2000). The spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 301-305.
- Miguel-Tobal, J., Casado, M., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. (2001). *Inventario de expresión de la ira estado-rasgo, STAXI-2*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Millon, T. (1985). *Inventario clínico multiaxial de Millon-II, MCMI-II*. Madrid: TEA.
- Montgomery-Graham, S. (2016). DBT and schema therapy for borderline personality disorder: mentalization as a common factor. *Journal Contemporary Psychotherapy*, 46, 53-60.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/ *Minfulness*. *Revista Internacional de Psicología*, 12 (1), 1-18.

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). *Borderline Personality Disorder: treatment and management*. London: National Collaborating Centre for Mental Health.
- Navarro, M. V., García-Palacios, A., Guillén, V., y Botella, C. (2008). Resultados preliminares de la terapia dialéctico-comportamental en población española: Un estudio de caso. *Fòrum de Recerca*, 13, 95-1007.
- Navarro, M. V., Jorquera, M., García-Palacios, A. y Botella, C. (2010). Terapia dialéctica comportamental en un caso con rasgo de personalidad límite y trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (1), 61-74.
- Navarro-Leis, M. y López, M. (2013). Terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10, 33-44.
- O.M.S. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Orlando, F. y Schoendorff, B. (2014). *La Matrix como estrategia terapéutica en el abordaje de clientes con Trastorno Límite de la Personalidad*. Recuperado el 20 de marzo de 2017 desde https://www.researchgate.net/profile/Fabian_Olaz/publication/272727207_La_Matrix_como_estrategia_terapeutica_en_el_abordaje_de_clientes_con_Trastorno_Limite_de_la_Personalidad/links/54ec75320cf28f3e6533e3e3.
- Paris, J. y Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-487.
- Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C. y Amigo, I. (2014). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Quiroga, E. y Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13, 393-406.
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M. y Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44, 73-80.
- Sánchez, S. y De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*, 10 (1), 21-32.
- Sanislow, C. A., y McGlashan, T. H. (1998). Treatment outcome of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43 (3), 237-250.

- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sarmiento, M. J. (2008). Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31 (1), 149-163.
- Sauer, S. E. y Baer, R. A. (2012). Ruminative and mindful self-focused attention in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3 (4), 433-441.
- Schwecke, L. H. (2009). Childhood sexual abuse, PTSD, and borderline personality disorder. Understanding the connections. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47, 4-6.
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., y Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33, 426–447.
- Shearin, E. N. y Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 61-68.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2*. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spinhoven, P., Geisen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., y Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 667–686.
- Szerman, N., Peris, M.D., Ruiz, A., Ruiz, M., Gunderson, J. G. y Rejas, J. (2005). Linguistic adaptation and validation into Spanish of the Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders-Revised (DIB-R). *Current Medical Research and Opinion*, 21(8), 1251-9.
- Tai, S., y Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 865-873.

- Van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Verheul, R. y Van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (9), 1231-1241.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A. J., Stijnen, T. y Van Den Brink, W. (2003) Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. 12-month, randomized clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Virués, J. (2004). Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, (1), 207-232.
- Wilson, K. G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R. y Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating borderline personality disorders from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R. y Hennen, J. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 17, 233-42.

Anexos

Anexo A. Criterios diagnósticos DSM-5 para el TLP

- 1) Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
- 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
- 3) Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
- 4) Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
- 5) Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
- 6) Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
- 7) Sensación crónica de vacío.
- 8) Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- 9) Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Anexo B. Jerarquía de conductas a intervenir

La jerarquía de conductas a intervenir prioritariamente que se ha establecido para este tratamiento es la siguiente:

- 1) Reducir conductas suicidas y parasuicidas: son aquellas conductas en las que manifiesta deseo de morir, conductas de autolesión, conductas heteroagresivas, imágenes e impulsos suicidas, etc.
- 2) Reducir conductas que interfieran con el funcionamiento de la terapia: no asistencia, no colaboración en sesiones, no realizar las tareas para casa asignadas, acudir bajo los efectos de sustancias tóxicas, conductas que interfieren con otros pacientes en la terapia grupal, establecer relaciones interpersonales con conocidos, etc.
- 3) Reducir conductas que interfieran en la calidad de vida: conductas sexuales de alto riesgo, discusiones con personas cercanas, consumo de sustancias, problemas alimentarios, realizar conductas ilegales, normalizar relaciones sociales disfuncionales, conductas laborales desadaptativas como cambio frecuente de lugar de trabajo, abandono de obligaciones y ausentismo laboral.
- 4) Adquisición de habilidades para aprender nuevos comportamientos adaptativos y así reemplazar comportamientos ineficaces y ayudarles a alcanzar sus objetivos.

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LOS SERVICIOS PSICOLÓGICOS

El presente documento le informa de todas las cuestiones relativas al proceso terapéutico que se dispone a iniciar. Lea atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen con el/la terapeuta asignado/a.

1. Derechos del cliente:

- Recibir la más alta calidad en los servicios contratados.
- Utilizar su tiempo de sesión como mejor le parezca, preguntar cualquier duda o evitar ciertas técnicas.
- Revisar sus datos objetivos.
- Expresar inquietudes, dudas o descontentos sobre el proceso.
- Negarse a que la información sea registrada electrónicamente
- Derecho legal a acceder a la documentación de la historia clínica (no a las apreciaciones profesionales).
- A que todo servicio otorgado sea absolutamente confidencial (salvo las siguientes excepciones que se presentan a continuación).
- La comunicación a otras personas de cualquier aspecto, requiere consentimiento expreso del cliente.
- A los familiares y allegado se le proporcionará la información estrictamente necesaria, siempre con la autorización previa del cliente.
- El fallecimiento de un cliente no libera del secreto profesional.
- Se mantendrá bajo condiciones de seguridad la historia clínica y documentos del cliente.

2. Excepciones del derecho de confidencialidad:

- La persona representa un peligro para sí misma.
- La persona representa un riesgo inminente para la sociedad u otra persona.
- La persona revela datos sobre un maltrato a menores o ancianos.
- La persona autoriza por escrito que se pueda compartir información confidencial.
- La información es requerida por instancias legales.

3. Información acerca del tratamiento psicológico:

El profesional que le ha sido asignado para la terapia individual es con número de colegiado y el profesional que le ha sido asignado para la terapia grupal es con número de colegiado , que ambos cuentan con años de experiencia en las técnicas que se van a emplear en su caso.

El tratamiento tiene una duración de 40 sesiones en la modalidad individual con una duración de hora y media y una periodicidad semanal. La modalidad grupal consta de 35 sesiones de dos horas y también tendrá una periodicidad semanal.

4. Normas de la terapia individual y grupal.

- Acudir a terapia: si se dan cuatro faltas de asistencia sin justificar, se considerará abandono de la terapia.
- Puntualidad: se exige acudir con puntualidad. Si no fuera posible excepcionalmente, se debe avisar con antelación de la no asistencia o el retraso.
- Terapia individual + Terapia grupal: es obligatorio acudir a ambas modalidades de terapia. El abandono de una de ellas, repercute en el abandono de la otra.
- No acudir bajo los efectos de cualquier sustancia tóxica: si se acude a cualquier modalidad de terapia bajo los efectos de alcohol o drogas, no se permitirá el acceso y se considera como una falta de asistencia no justificada. A las cuatro faltas, no podrá continuar con esta terapia.
- No temas individuales: en el grupo no se hablará de temas individuales que hayan sucedido en el pasado. Eso se tratará en terapia individual.
- Es obligatorio pedir ayuda, si la necesitas, dentro de tu entorno: personas de apoyo o cercanas, tu terapeuta individual, centro de salud mental, urgencias del hospital.
- Confidencialidad: en terapia grupal nos comportamos como co-terapeutas, por lo que estamos obligados a preservar la confidencialidad de todo lo que se hable durante las sesiones y de las personas que lo integran. Solo existe una excepción y es si está en riesgo la salud o vida de alguno de los compañeros y se pedirá ayuda a los recursos anteriormente citados.
- Respeto: se exige respetar a todos los integrantes del grupo y a los terapeutas.
- Relaciones fuera del grupo: solo se permiten las relaciones con integrantes del grupo con el previo permiso de los terapeutas y con la participación de todos los miembros y no de relaciones al margen del tratamiento.
- Fuera de la sesión no se permite tratar con los compañeros de grupo aspectos relacionados con conductas suicidas o de autolesión.

5. Confidencialidad en los grupos de tratamiento:

- Solo utilizar el nombre propio de los integrantes.
- No contar nada de lo que se trata durante la terapia sobre otras personas.
- No se permiten encuentros de miembros del grupo fuera del contexto de terapia.
- Se dará por concluido el tratamiento grupal del cliente si intenta transgredir alguna norma de confidencialidad.

6. Condiciones de uso de la modalidad de llamada telefónica al terapeuta:

- Ajustarse a las circunstancias y límites de las llamadas que han sido comunicados en consulta, así como los horarios disponibles.
- Si el motivo de la llamada es la aparición de una crisis, solo se puede realizar momentos antes de la conducta problema (ideación suicida, autolesión, consumo sustancias, etc.).
- Si ya se ha realizado la conducta problema, no podrá haber contacto telefónico hasta pasadas mínimo 24 horas.
- La única excepción para la norma de las 24 horas, es si el paciente requiere ayuda médica urgente. Si fuese el caso, el terapeuta instruye de forma breve cómo conseguir ayuda médica y tras esta llamada, se reanuda la regla de las 24 horas
- Realizar llamadas excesivas, amenazas durante la llamada, llamar por motivos no permitidos (hablado en consulta) serán motivo para suspender este servicio provisionalmente hasta que el terapeuta lo decida y sea tratado en terapia.

Por la presente, confirma haber recibido toda la información necesaria respecto al tratamiento que va a iniciar.

En, a de de 20.....

Firmado:

El cliente Don/Doña..... con DNI

El terapeuta Con nº de colegiado.....

Anexo D. Sesiones del programa de intervención

Sesiones individuales:

Sesión 1 y 2. Evaluación.

Los pacientes incluidos tienen ya un diagnóstico claro de Trastorno límite de la personalidad, por lo que en estas sesiones se procede a realizar una evaluación pre-tratamiento para conocer el estado actual, la gravedad y distintos aspectos de gran relevancia para poder diseñar un programa adaptado a las diferencias individuales de cada persona.

Para ello, se realiza una entrevista clínica al paciente, en la que se incluye toda la historia de su vida, se administra la Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite-Revisada (DIB-R), se rellena el 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) y, por último, se realiza un análisis funcional de las conductas o emociones que se quieren modificar y en el que se tendrán en cuenta los antecedentes, los desencadenantes, las respuestas cognitivas, motoras, fisiológicas, emocionales y afectivas y las consecuencias, para poder adaptarlo a las necesidades del paciente, seleccionando las técnicas más apropiadas en función de cada conducta específica. Todos los resultados de estas pruebas, serán introducidos en el historial clínico del paciente.

Estas dos sesiones se consideran de toma de contacto para comenzar a crear una alianza terapéutica positiva, que tenga como pilares básicos el compromiso y la confianza, para ello es muy importante que el terapeuta muestre una actitud de escucha activa e intente socializar con el paciente. Todo ello con el objetivo de ir preparándole para una futura intervención, por lo que mantiene una postura activa haciéndole preguntas abiertas que le animen a mostrar sus necesidades y sentimientos, por ejemplo, haciendo preguntas como: ¿tienes algún otro pensamiento al respecto? ¿qué es lo que sientes mientras hablamos sobre esto? ¿qué es lo que quisiste hacer cuando ocurrió aquello? ¿qué te hubiese gustado decir?, etc.

El terapeuta mostrará comprensión hacia todo lo que el paciente le cuenta y validará las emociones que le surjan para evitar continuar con el ciclo de autocensura que puede estar ejerciendo. El empleo de autorrevelaciones es una de las técnicas que se usará para fortalecer esta relación terapéutica y validar la experiencia del paciente, pero solo se hará uso de esta técnica en momentos puntuales en los que tenga utilidad transmitir una manera de afrontamiento de la problemática en cuestión.

Sesión 3 y 4. ¿Qué me pasa y qué vamos a hacer?

El imprescindible que en estas sesiones y abarcando al resto de la intervención, continuamente se vaya fortaleciendo la alianza terapéutica que ya se comenzó a desarrollar en las sesiones anteriores.

En primer lugar, se devuelve al paciente los resultados o conclusiones extraídas de las sesiones de evaluación y se comienza a hacer un abordaje psicoeducativo sobre qué es el TLP, los síntomas que se manifiestan, su posible origen y factores de mantenimiento.

La psicoeducación se va a emplear como mecanismo de cambio, en el sentido de que, no solo vamos a aportarle conocimiento sobre el trastorno, sino que se trata de proveerle de habilidades de aceptación del problema, de identificación de las manifestaciones y factores que lo desencadenan o mantienen, por lo que en cierto modo, se le enseña reconocer patrones disfuncionales en su comportamiento, lo que sirve para ayudar a prever sus reacciones y desarrollar afrontamiento sobre estas al ser reconocidas como patológicas por él mismo. La conclusión es que se busca empoderar al paciente y facilitar así el cambio.

Posteriormente se le plantea y explica en qué va a consistir el procedimiento de intervención que se recomienda en su caso particular, la evidencia científica que lo avala, se explica cada una de las modalidades del programa: psicoterapia individual, terapia de grupo para el entrenamiento de diferentes habilidades y grupo de psicoeducación para familiares; y por último, se tratan las cuestiones relacionadas con la duración, frecuencia, horario, estructura de las sesiones, etc.

Además, se proporciona toda la información o recursos necesarios para incrementar la adhesión al tratamiento psicológico y, si lo hubiera, al farmacológico y lograr convencer al paciente de los beneficios de iniciar y mantenerse en la terapia, que le permitirá contar con un repertorio de respuestas mucho más amplio y por ende un mayor bienestar.

Para fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico se realiza psicoeducación: informar sobre los efectos secundarios tanto de continuar el tratamiento como de abandonarlo o no seguir el régimen prescrito estrictamente, de la función que cumplen estos fármacos en los pacientes, el efecto a nivel psicológico que tienen y reconocer señales que indiquen que la dosis o esa medicación está siendo contraproducente y cómo actuar. Toda esta información también se proporcionará referida al tratamiento psicológico con el objetivo de favorecer la adherencia también a este.

Todas las creencias erróneas que le vayan surgiendo o expectativas que no se corresponden con la realidad o con el tratamiento en sí y puedan interferir negativamente en el transcurso de la intervención, se irán clarificando, para evitar futuros malentendidos.

En estas sesiones también se dedica tiempo a incrementar la motivación del paciente como medio para estimular la adherencia al tratamiento terapéutico y para disminuir las conductas disfuncionales. Para lograrlo, es imprescindible que el paciente se sienta involucrado en el proceso como un paciente activo, para lo que el terapeuta puede hacerle cuestiones como ¿para ti qué sería importante tratar durante la sesión y por qué? o ¿qué logros importantes te gustaría alcanzar en las primeras semanas de tratamiento?

Otra actividad que se hace para generar la motivación necesaria, es elaborar una lista en la que paciente y terapeuta incluyen ventajas y desventajas de iniciar o continuar con el proceso terapéutico. Es importante hacer énfasis en que el objetivo último de todo el trabajo y esfuerzo que se va a realizar, es construir con la ayuda del terapeuta una vida que valga la pena ser vivida, lo que consigue aumentar más la motivación por esforzarse.

Para establecer las metas del proceso terapéutico, se debaten y negocian los objetivos a alcanzar que recomienda el terapeuta en función de la evaluación realizada y los que son de mayor importancia para el paciente, siempre teniendo en cuenta la jerarquía de conductas a intervenir prioritariamente (véase anexo B). Por tanto, estos objetivos terapéuticos serán completamente individualizados y se llegará a un compromiso para alcanzarlos conjuntamente.

Se instruye al paciente en la cumplimentación de autorregistros, ya que la principal la tarea para casa a lo largo de todas las sesiones del siguiente módulo consiste en una ficha de autorregistro diaria (véase anexo E), que llamaremos diario de autorregistro y en el que el paciente hace un registro de ideas suicidas, autolesiones, consumo de drogas y conductas agresivas y si se ha empleado alguna de las habilidades aprendidas en terapia. Esta ficha se revisa junto al paciente al inicio de cada sesión y se determina así el objetivo de la sesión en función de lo que hay apuntado sobre la semana anterior y la jerarquía de conductas establecida.

Se realiza junto al paciente un “contrato conductual” para recoger por escrito todos los compromisos y responsabilidades que asume el paciente para lograr los objetivos del tratamiento, pero también, los compromisos que asume el terapeuta asignado. Este contrato debe recoger, además, el compromiso imprescindible de acudir a terapia todas las semanas durante al menos 6 meses, no cometer conductas suicidas o de autolesiones en el tiempo que

dure la terapia y también incluirá el compromiso de realizar todas las tareas para casa que se propongan. Para lograr convencer al paciente de que acepte estos compromisos se pueden emplear técnicas como analizar pros y contras, hacer de “abogado del diablo”, etc.

Por otro lado, se establece el protocolo a seguir en caso de surgirle al paciente un periodo de crisis, que empleará entre otros recursos, la opción de la llamada telefónica al terapeuta y se le explica el funcionamiento y límites de este servicio. Se acuerda con el paciente, que si en algún momento cree que va a tener o está teniendo una crisis, utilizará la modalidad de contacto telefónico con el terapeuta en ese mismo instante y así se facilitará el afrontamiento de ese momento de crisis.

Se le informa sobre que únicamente puede hacer uso de este servicio cuando se encuentre en esta situación, sino es así, cualquier aspecto que quiera comunicar, lo escribirá en una hoja y se la entregará o leerá en la próxima sesión.

El terapeuta debe seguir rigurosamente el procedimiento durante la llamada (véase anexo F) y cumplimentar un registro de esta (véase anexo G). En el supuesto de que el paciente acuda a la sesión en medio de una de estas crisis, el terapeuta debe actuar teniendo muy en cuenta una serie de recomendaciones (véase anexo H).

Una vez el paciente esté de acuerdo e informado de todo, se le entrega un documento de consentimiento informado (véase anexo C) en el que se incluyen una serie de informaciones y normas sobre diferentes aspectos como las llamadas telefónicas, confidencialidad, normas de la terapia individual y grupal, etc.

Al final de la sesión, se le da una copia del “Programa psicoeducativo dirigido a personas con desorden límite de la personalidad, sus familiares y allegados” (<http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo44.pdf>) y se explica que la tarea para casa es, además de cumplimentar el diario de autorregistro, leerse este programa y en una hoja aparte, escribir:

- Todas las dudas, ideas o reflexiones que le surjan.
- Aspectos en los que no esté de acuerdo.
- Aspectos con los que más se identifique y con los que menos.

Se le recuerda que será muy importante hacer esta tarea para poder trabajarlo en la próxima sesión. Además, preparará un archivador que únicamente destinará a guardar todos los documentos que se le vayan dando a lo largo de la intervención y debe ser conservado,

porque en cualquier momento durante las sesiones pueden necesitarse documentos ya vistos o incluir nuevos.

Por último, se le dan escritas en ese mismo programa varias páginas webs recomendadas por si quiere indagar más en profundidad desde fuentes de información fiables:

1. usuarios.discapnet.es/border/tlpstart.htm
2. www.acai-tlp.com

Sesiones 5 a 20. Dejamos de lado las conductas desadaptativas y adquirimos las adaptativas.

El principal objetivo de estas quince sesiones es la reducción de todas las conductas desadaptativas que presenta el paciente, pero basándose en la jerarquía de conductas a intervenir (anexo B), por lo que, a partir de la primera sesión de este módulo, el procedimiento a seguir consiste en revisar la tarea para casa, determinar el objetivo de la sesión y aplicar la resolución de problemas. A continuación, se explica detalladamente.

En primer lugar, se revisa la tarea de la sesión anterior y se repasa el autorregistro, que si se han traído, se empleará un reforzador social para motivarle a seguir haciéndolas y reconociendo el esfuerzo realizado.

Tras la revisión del diario de autorregistro, se establecen en función de este los objetivos para la sesión y se emplea la estrategia de solución de problemas, porque todos los síntomas, incluso los más graves, se consideran problemas a resolver. Para ello se utilizan dos subtécnicas: el análisis conductual, para que aprenda a identificar variables mantenedoras que dificultan el avance y defina y acepte el problema tratado; y el análisis de soluciones, como herramienta para buscar formas o soluciones alternativas de resolver los problemas funcionalmente.

Dependiendo del tipo de conducta que sea, las técnicas se emplean de la siguiente manera:

- Reducción de las conductas suicidas: dado que los pacientes suelen considerar el suicidio como una solución, se trabaja para que pase a considerarse un problema más con muchas consecuencias negativas. Por ello, el objetivo es emplear formas eficaces de solucionar los problemas que les surgen y eliminar la manera desadaptativa de solucionarlo, por lo que se discute conjuntamente sobre qué otras conductas alternativas y adaptativas podríamos emplear en ese caso determinado, se focaliza sobre los efectos negativos consecuentes a la conducta desadaptativa, se refuerzan conductas adaptativas

que haya planteado o realizado, siempre validando las emociones negativas que han llevado al paciente a realizar esa conducta y por último se realiza un análisis conductual en el que se tendrán en cuenta los antecedentes y consecuencias y así prevenir su reiteración en esa conducta. El terapeuta transmitirá que es buena opción asumir los acontecimientos aversivos como pruebas para poner en práctica las habilidades que aprenden en terapia grupal.

- Reducción de las conductas que interfieren en el proceso de terapia: el procedimiento es hacer explícitas las conductas y tratarlo como un problema más que puede afectar a la terapia y al que se le puede encontrar una solución. Por ello, primero se define la conducta, se realiza un análisis conductual y, por último, se elabora y adopta una estrategia para solucionarlo y sustituirlos por una conducta más adecuada.
- Reducción de las conductas que interfieren en la calidad de vida: puede aplicarse el mismo procedimiento anterior, excepto si lo que está interfiriendo en la calidad de vida es de tanta relevancia que se podría considerar una terapia previa con esta conducta.

Tras el análisis de soluciones alternativas, el terapeuta debe valorar en qué nivel se encuentra el paciente y en función de eso, aplicar diferentes estrategias para practicar las soluciones alternativas. Si el paciente no dispone de las habilidades necesarias, se hace un entrenamiento en habilidades conductuales, si las conductas desadaptativas están siendo reforzadas, se emplea la estrategia de manejo de contingencias, si el problema es que las conductas funcionales están siendo inhibidas, se emplea la exposición y si la inhibición es causa de creencias erróneas, la estrategia de elección es la modificación cognitiva.

Para practicar las habilidades conductuales y de afrontamiento adquiridas en terapia grupal, se requiere feedback del terapeuta y realizar entrenamiento de estas con prácticas encubiertas o en vivo en situaciones reales del paciente donde haya surgido el conflicto, para así reforzar sus puntos débiles y facilitar que pueda generalizarlo. Para saber qué habilidades se entrenan, se sigue lo siguiente:

- Habilidades de *mindfulness*: cuando el paciente muestra altos niveles de confusión sobre sí mismo o sus emociones. Una actividad que se puede realizar por ejemplo es salir a dar una caminata con el paciente para observar y describir el paisaje.
- Habilidades de tolerancia al malestar: para centrarse en conductas impulsivas de ideación suicida o autolesión.

- Habilidades de regulación emocional: cuando lo que destaque en la sesión o durante la semana previa sea la inestabilidad emocional.
- Habilidades de efectividad interpersonal: en las circunstancias en las que los conflictos interpersonales causan malestar.

Con el objetivo de buscar el equilibrio entre la aceptación y la necesidad de cambio, se emplean estrategias de validación (anexo I), lo que el terapeuta debe hacer es comunicarse con el paciente de tal forma que le transmita que sus comportamientos o respuestas tienen sentido y son comprensibles teniendo en cuenta el contexto y la situación que le llevó a eso, por lo que se caracterizan como un intento por enfrentarse a las intensas emociones experimentadas. No se trata pues, de darle la razón o estar de acuerdo, sino transmitir la aceptación y lo razonable que son sus emociones en función de su visión y sentimientos en ese mismo instante. Por tanto, no validaremos conductas, sino las emociones sentidas (Sarmiento, 2008) con una actitud de interés y escucha activa.

Lo principal es tratar al paciente como una persona con el mismo valor que cualquier otra, que merece respeto y tiene capacidad de cambiar. También es útil intentar encontrar y explicar las causas y los aspectos positivos de las acciones que llevó a cabo para mitigar su dolor. Con esta estrategia también se busca incrementar la auto-validación, imprescindible para que el paciente empiece a reducir emociones negativas y la necesidad de estar siendo aprobado por el resto.

Sin embargo, si aparecen por ejemplo respuestas de autolesiones o consumo de sustancias, no es recomendable validar estas conductas porque realmente son inválidas para su bienestar; para contrarrestar esto y no llegar a invalidar a la persona, se actúa de forma que una respuesta desadaptativa puede resultar validable, ya que validar no es lo mismo que estar de acuerdo. Por ejemplo, la autolesión puede resultar válida o comprensible como una función comunicativa o de regulación emocional pero que a la vez es inválida para alcanzar objetivos importantes del paciente. Y para lograr que el paciente deje de manifestar un pensamiento dicotómico, se emplean estrategias dialécticas (anexo J).

En la última sesión de este módulo, se resume todo lo visto a lo largo de este tiempo y se da apoyo y motivación para continuar poniendo en práctica todas las habilidades aprendidas en su contexto y con las personas que le rodean.

Sesión 21. Evaluamos la mejora.

Esta sesión se emplea en administrar al paciente el Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (STAXI II). Y en recabar información para que el terapeuta pueda rellenar correctamente la escala de ideación suicida de Beck (SSI).

Además, también se le hacen preguntas abiertas sobre hospitalizaciones hasta el momento desde que se inició la terapia y sobre algunos otros aspectos que el terapeuta considere relevantes para actualizar el historial clínico del paciente.

El objetivo de volver a cumplimentar estos instrumentos es porque es recomendable comprobar si se está reduciendo sintomatología y en función de los resultados de esta evaluación, se introducen cambios para poder actualizar y mejorar el programa para cada paciente, ya que se ha de tener en cuenta la individualidad y que para cada persona se hacen diferentes adaptaciones en función de sus necesidades específicas.

Sesión 22-36. Nos centramos en lo más cognitivo.

El principal objetivo de estas quince sesiones es la identificación y posterior modificación de los esquemas disfuncionales y los estilos de afrontamiento desadaptativos que el paciente tiene instaurados, aumentar la mentalización de este y trabajar la evitación experiencial.

En el supuesto de observar que el paciente acude con una alta intensidad emocional, se recomienda iniciar la sesión con un ejercicio breve de *mindfulness*, con el objetivo de que centre la atención en lo que se va a trabajar.

A partir de la primera sesión de este módulo, el procedimiento a seguir consiste en seguir revisando el diario de autorregistro por si siguiese apareciendo alguna conducta desadaptativa y así proceder a focalizarse en ella y en el supuesto de que no haya que trabajar sobre estas, pasaríamos a determinar el objetivo de la sesión en función de los objetivos antes mencionados de este módulo. A continuación, se explica detalladamente cada uno de estos objetivos.

En primer lugar se proporciona psicoeducación para que el paciente comprenda en qué se basa la TCE, qué son los esquemas disfuncionales, los orígenes que los pueden estar causando, los factores que los están manteniendo y que cuando se activan esquemas disfuncionales a su vez estos derivan en sesgos cognitivos a la hora de procesar la información, lo que lleva a interpretaciones que provocan reacciones emocionales o conductuales que no se corresponden con la realidad, pero que, sin embargo, en personas

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 repetirlos 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 mandarían 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.

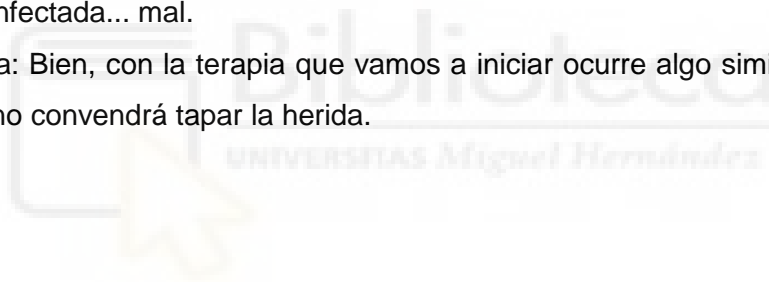
- a) Favorecer la mentalización: el terapeuta mantiene una posición “mentalizadora”, en la que reflexiona sobre la relación entre lo externo (lo que el paciente dice, o hace), los estados mentales internos que pueden deducirse de estos y sobre su propio estado interno.
- b) Tender puentes entre los vacíos: 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.