

# Trabajo Fin de Grado

Programa TULIPÁN:  
Programa de Intervención en Trastorno Límite de la  
Personalidad

Autor/es

Vega Hernández Puerto

Director/es

Sandra Sánchez

Grado en Psicología

2023

## ÍNDICE

Resumen .....	3
Introducción.....	5
Justificación teórica .....	6
Objetivos.....	10
Beneficiarios.....	11
Cronograma .....	11
Metodología.....	12
Participantes .....	12
Instrumentos .....	13
Procedimiento.....	13
Recursos .....	20
Evaluación .....	20
Resultados esperados .....	21
Conclusiones.....	22
Referencias .....	24
Anexos .....	27

## **Resumen**

La presente propuesta de programa de intervención tiene como principal objetivo producir una mejora en la calidad de vida de las personas entre los 25 y los 35 años que padecen Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) a través de un conjunto de sesiones impartidas en un periodo de tres meses.

Cada una de las sesiones está centrada en aspectos que este tipo de pacientes presentan como problemáticas como la impulsividad, la inestabilidad emocional, las dificultades a la hora de mantener relaciones sociales o incluso la ideación suicida o el riesgo autolesivo.

El programa se encuentra dividido en dos grupos de diez personas cada uno. En el grupo experimental se brindarán una serie de pautas y herramientas para que los participantes puedan adquirir y, más adelante, aplicar en sus vidas diarias de forma que puedan mejorar su calidad de vida, así como la de las personas que les rodean. Mientras tanto, el grupo control servirá como referencia para comprobar si el programa realmente ha resultado eficiente.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de Personalidad, intervención, calidad de vida, sintomatología problemática.

## **Abstract**

The present intervention program proposal has as its main objective produce an improvement in the quality of life of people between the ages of 25 and 35 who suffer from Borderline Personality Disorder (BPD) through a series of sessions given over a period of three months.

Each of the sessions is focused on aspects that this type of patient presents as problems such as impulsiveness, emotional instability, difficulties in maintaining social relationships or even suicidal ideation or self-harm risk.

The program is divided in two groups of ten people each. In the experimental group, a series of guidelines and tools will be provided so that the participants can acquire and, later, apply in their daily lives so that they can improve their quality of life, as well as that of the people around them. Meanwhile, the control group will serve as a reference to check if the program has really been efficient.

**Key words:** Borderline Personality Disorder, intervention, quality of life, problematic symptomatology

## **Introducción**

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno perteneciente al clúster B según el DSM-5. Esta agrupación de trastornos mentales caracteriza a las personas que los padecen con un patrón permanente de incumplimiento de las normas sociales, impulsividad a la hora de actuar, una emotividad excesiva y grandiosidad. Además del TLP, en este grupo se incluyen también el Trastorno de la Personalidad Antisocial, Trastorno de la Personalidad Histriónica y Trastorno de la Personalidad Narcisista.

Este grupo de trastornos puede ser considerado el más peligroso ya no sólo para la propia persona que lo padece (debido al riesgo de comportamientos autolesivos) sino también para la propia sociedad en general. Considerando este aspecto, es de suma importancia que se lleven a cabo intervenciones con este tipo de pacientes y que estas resulten eficaces.

El programa de intervención TULIPÁN persigue diversos objetivos, pero entre todos ellos, el principal es brindar a las personas que padecen TLP una mejor calidad de vida. Ofreciéndoles herramientas y estrategias de afrontamiento que puedan resultarles útiles en el día a día, así como a la hora de enfrentarse a situaciones que puedan entrañar cierta complejidad. Para poder alcanzar dicho objetivo, se realizarán un total de 12 sesiones, las cuales tendrán una duración aproximada entre 60 y 90 minutos.

Todas las dinámicas se realizarán de manera grupal, promoviendo así que se realicen puestas en común y que los participantes interactúen unos con otros. De esta forma, el equipo técnico busca hacer visible para los propios participantes que hay más personas que comparten su misma situación y sobre todo la idea de que no están solos.

Los resultados que se espera obtener tras la realización del presente programa de intervención es que los participantes sean capaces de enfrentarse a situaciones complejas, que aprendan a controlar la sintomatología positiva como puede ser la impulsividad, que sean capaces de mantener relaciones sociales, pero principalmente que sean capaces de escucharse a ellos mismos.

Además de beneficiarse ellos mismos de este programa, también lo harán sus propias familias y toda la sociedad en general.

## **Justificación teórica**

El Trastorno Límite de la Personalidad es definido en el DSM-V por la American Psychological Association (2014) como un “patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos”. Se trata de un trastorno que presenta una prevalencia poblacional entre el 1,4% y el 5,9% (Aragonés, Salvador-Carulla, López-Muntaner, Ferrer y Piñol, 2013).

Oldham y Morris (1995) comparan el estilo de personalidad límite con el antagonismo de fuego-hielo, debido a que se trata de personas que son capaces de fluctuar de un estado de ánimo a otro totalmente opuesto y lo mismo puede ocurrirles con las relaciones sociales, es por ello que estas se suelen caracterizar por ser inestables.

Linehan (1993a) plantea que el hecho de que estas personas generen respuestas desadaptativas ante determinadas situaciones ocurre como consecuencia de una interacción temprana y duradera entre un niño emocionalmente débil o vulnerable con un ambiente invalidante, esto da como resultado interferencias con la expresión de emociones de este.

Esta autora propuso la Teoría biosocial para intentar explicar el origen del TLP. Parte de la idea de la existencia de desregulación emocional. Se considera que ésta surge como resultado de la interacción a lo largo del tiempo entre cierta vulnerabilidad biológica y la existencia de un ambiente invalidante.

La vulnerabilidad biológica se caracteriza por altos niveles de sensibilidad hacia los estímulos emocionales (especialmente negativos en el caso del TLP), altos niveles de intensidad a la hora de responder emocionalmente y lentitud para recuperar el estado emocional inicial (Teti, Boggiano y Gagliosi, 2015).

Por otro lado, el ambiente invalidante es definido como aquel en el que la comunicación de los estados internos de las personas es considerada como errónea o inapropiada. De esta forma, la persona crea un patrón de expresividad totalmente inadaptativo y disfuncional.

Se ha encontrado una relación muy cercana entre la presencia de un trauma en la infancia con el desarrollo de un TLP (Herman, Perry y Van der Kolk, 1989), aunque este primero no es suficiente por sí sólo como para provocar que se desarrolle dicho

trastorno, sino que hay muchos más factores a tener en cuenta. Aunque bien es cierto que existe la posibilidad que este trauma afecte en mayor medida a niños con un temperamento vulnerable o aquellos que no han contado con factores protectores a lo largo de su infancia.

Un estudio llevado a cabo por Bradley, Jenei y Westen (2005) acerca de la etiología del TLP encontró tres variables relacionadas estrechamente con este trastorno. Estas fueron: el entorno familiar del paciente, la presencia de psicopatología en los progenitores y el abuso en algún momento de la infancia, provocando más adelante un trauma infantil.

La persona que padece un TLP se caracteriza por tener siempre presente la idea de que aquellas personas que le rodean (familiares, amigos) en cualquier momento le van a abandonar. Es por ello que suelen realizar esfuerzos constantes para evitar este desamparo (el cual puede ser real o simplemente una creencia de ellos mismos).

La impulsividad mencionada anteriormente suele aparecer en áreas de la vida del paciente límite que son especialmente autolesivas. Este tipo de personas suelen tener gran facilidad para desarrollar adicciones por abuso de drogas, gastos en compras compulsivas, mantener relaciones sexuales que conlleven riesgo o incluso desarrollar otros trastornos (muchas veces aparecen presentes los trastornos de comportamiento alimentario).

A la hora de tratar con este tipo de pacientes se debe tener en cuenta que el riesgo de suicidio suele ser muy alto y en muchas ocasiones pueden llegar a conseguirlo tras muchos intentos. El porcentaje de pacientes que mueren se encuentra entre un 5 y un 10% (Frances, Fyer y Clarkin, 1986). Es por ello que la relación terapéutica es muy importante para intentar conseguir mejoras en el paciente.

Al estar trabajando con este tipo de pacientes también es muy importante tener en cuenta el entorno social que les rodea, como la convivencia dentro del hogar y los círculos sociales de éstos. Muchas veces desde aquí el terapeuta puede recabar información importante y contrastarla con la aportada por el paciente. Además, habitualmente los familiares de una persona con TLP no cuentan con estrategias eficaces para facilitar la convivencia en el hogar o las desconocen, por ello, el papel del psicólogo debe centrarse también en proporcionar este tipo de herramientas, ya que pueden ayudar a producir una mejora sintomática en el paciente.

Se pueden destacar diversas intervenciones que han demostrado ser eficaces para el tratamiento del TLP. Una de las más conocidas es la Terapia Dialéctico-Conductual (Dialectical Behavior Therapy, DBT) desarrollada por Marsha Linehan en el año 1993. Es un tratamiento que cuenta con diversas fases que se van abordando en un orden específico (aunque puede haber excepciones) y en el que hay intervenciones tanto individuales como grupales. La DBT considera que las conductas presentadas en el TLP se mantienen a causa de un ambiente invalidante que rodea al paciente, el cual provoca el reforzamiento de conductas desadaptativas (Pérez-Díaz y Yust, 2012).

Esta terapia está basada en la aceptación del paciente. La propia Linehan consideraba que lo primero que se debía hacer era aceptar a los pacientes tal y como eran y tener en cuenta que se trata de un proceso lento, debido a que es un trastorno complejo de abordar. De hecho, esta autora considera la existencia de seis niveles de validación (Bohart y Greenberg, 1997; Manning, 2011).

1. Prestar atención a todo aquello que el paciente cuente, es muy importante conocer lo que éste piensa y siente.
2. Reflejar aquello que transmite el paciente (pensamientos, emociones, acciones) sin emitir juicios acerca de ello.
3. Profundizar en aquello que comunica el paciente. Muchas veces el psicólogo debe expresar verbalmente emociones o pensamientos que el propio paciente no ha comunicado como tal pero sí que siente. Esto no debe hacerse de forma directa, sino mediante la utilización de supuestos, permitiendo al paciente que se dé cuenta por sí mismo.
4. Aceptación en lo que nos comunica el paciente a nivel de su historia personal: hacerle ver que sus emociones, pensamientos o acciones están dotados de sentido dentro de el aprendizaje que ha recibido.
5. Aceptación en el presente: de forma similar al punto anterior, el terapeuta debe mostrarle al paciente que sus emociones, pensamientos y acciones están dotados de sentido en el momento actual.
6. Autenticidad: el terapeuta cree en el paciente y en conseguir un cambio, es importante tratar a éste como a un compañero más que como a un cliente. De este modo se podrá formar una relación más equitativa.

Estas seis pautas han permitido una mejora dentro de la alianza terapéutica, provocando que los pacientes sientan que hay alguien que les comprende y escucha.

Por otra parte, otras terapias muy utilizadas han sido las cognitivas, las cuales se explicarán a continuación. La Terapia Cognitiva de Beck y Freeman (1990) ha sido una de las que más relevancia ha adoptado en el campo del estudio del TLP. Según estos dos autores, existe una predisposición genética que interactúa con el ambiente interpersonal del individuo. Este cuenta con ciertas características innatas o “tendencias” que pueden resultar acentuadas o disminuidas según las vivencias de la persona (Beck y Freeman, 1990).

El concepto de “*esquema*” es base fundamental dentro de este enfoque. Para Beck se trata de “patrones cognitivos relativamente estables” que funcionan como base a la hora de hacer interpretaciones acerca de la realidad (Beck, 1979). De esta forma, los esquemas guían la forma en la que actuamos las personas. Por ejemplo, si la persona interpreta sus experiencias en función de esquemas de infravaloración pueden aparecer pensamientos como “Finalmente acabarán abandonándome” o “Si supieran cómo soy realmente, no estarían conmigo”.

Según Beck y Freeman (1990), aquellas personas que padecen un TLP suelen contar con tres tipos de creencias básicas: considerarse personas vulnerables, ver el mundo como un lugar peligroso para ellos y creer que son personas inaceptables para el resto. Este patrón de personalidad muestra múltiples distorsiones cognitivas como pueden ser el catastrofismo, la adivinación del futuro o de pensamiento, pensamiento dicotómico, sobre generalización o personalización entre otras (Louw y Straker, 2002).

La Terapia Cognitiva de Beck enfocada hacia pacientes con TLP parte de la premisa de que estos presentan problemas a la hora de ser conscientes de la presencia de creencias y/o esquemas cognitivos erróneos y desadaptativos, tanto para el propio paciente como para el entorno que le rodea. Es por ello que a través de esta terapia se busca enseñar a los pacientes a identificar dichas creencias y esquemas para más tarde ajustarlas a la realidad (Pérez-Díaz y Yust, 2012).

Con respecto al uso de fármacos de cara al tratamiento del TLP, se han realizado múltiples investigaciones y se ha visto la utilidad de algunos de ellos en lo referente a la

reducción de la sintomatología como por ejemplo los antidepresivos o los estabilizadores del estado de ánimo (Peláez, Reyes-Molón y Teijeira-Levet, 2013).

Lo más adecuado para un paciente con TLP sería llevar a cabo un abordaje integral (tanto farmacológico como a través de terapia). Esto dependerá sobre todo de cómo sea el paciente con el que estamos tratando, ya que debemos tener en cuenta que en ocasiones el tratamiento farmacológico o psicológico puede que no tengan éxito o apenas haya cambios en el estado de salud del paciente. Sería el caso por ejemplo de un paciente que presentase deterioro cognitivo, llegaría un punto que con la terapia el psicólogo no podría avanzar más, en ese caso se debería recurrir a la administración de psicofármacos, sobre todo. Aunque siempre será más adecuado inicialmente apostar por un abordaje integral para pacientes con TLP.

A pesar de la gran cantidad de información e investigaciones que se han realizado para abordar el Trastorno Límite de la Personalidad, en España se debe profundizar en programas de intervención para producir mejoras en la calidad de vida de este colectivo.

## **Objetivos**

El objetivo principal de este programa es mejorar la calidad de vida de personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad (TLP) siguiendo los criterios de la American Psychological Association (APA) redactados en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).

Además, este programa persigue alcanzar una serie de objetivos específicos:

- Establecer un buen rapport entre psicólogo y paciente. Esto permitirá una mayor adherencia terapéutica y que el paciente se sienta más cómodo a lo largo de las diferentes sesiones que se plantean a lo largo del presente programa.
- Proporcionar a los pacientes herramientas útiles para conseguir una buena regulación de sus emociones, puesto que este es uno de los grandes problemas que se presenta en el TLP. Hacer ver que sus emociones, pensamientos y acciones son igual de válidos que los de los demás y que no deben sentirse culpables por ello. Además de que aprender a establecer un control sobre ellas.

- Provocar mejoras dentro de las relaciones sociales de los pacientes. Ayudar a la interacción con los familiares más cercanos, así como con amistades consideradas importantes por el paciente. Esto producirá beneficios tanto para el propio paciente como para aquellas personas que forman parte de su día a día.
- Dotar a los pacientes de un sentido de identidad más claro y cambiar aquellas creencias y suposiciones que resultan ser disfuncionales. Centrar el foco de nuestra intervención en cambiar esquemas desadaptativos que ayudan a mantener el TLP como, por ejemplo; el pensamiento dicotómico.

### **Beneficiarios**

El presente programa está dirigido a personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad y con edades comprendidas entre los 25 y los 35 años de edad. Al ser el objetivo de este una mejor calidad de vida para los pacientes, estos serán los principales beneficiarios.

Además, al intentar conseguir una mejora en las relaciones sociales de este tipo de pacientes, se consideran como beneficiarios también tanto familiares como amigos de los participantes. Puesto que en este programa se considera que son un apoyo fundamental para el tratamiento del TLP.

Finalmente, de este programa de intervención se va a ver beneficiada la sociedad en general. Puesto que el tratamiento de cualquier trastorno mental, independientemente de cual sea, supone un beneficio común para todos en lo referente a crear una mejor convivencia.

### **Cronograma**

La duración del programa será de un total de 3 meses y se irá realizando una sesión semanal. El programa tendrá un total de 12 sesiones, siendo la primera de ellas una pequeña sesión de introducción y bienvenida al programa para todos los participantes. El resto de ellas irán enfocadas a aspectos concretos que generan problemática dentro del marco del TLP para que así los pacientes sean capaces de adquirir las herramientas y estrategias pertinentes para poder alcanzar una mejor calidad de vida.

Además, para valorar si el programa ha conseguido lograr los objetivos que se planteaban inicialmente, se volverá a contactar con los participantes para realizar una última evaluación pasados tres meses de la finalización del programa para recibir un feedback por parte de éstos y ver si realmente ha sido útil que asistieran a las sesiones planteadas. También esta segunda valoración servirá para considerar posibles aspectos a mejorar dentro del programa o aportaciones nuevas que los propios participantes quieran hacer, así como sugerencias.

En el Anexo 1 se encuentra el cronograma completo con todas las sesiones y su duración, así como la temática y los contenidos que se abordarán en cada una de ellas.

## **Metodología**

### *Participantes*

Este programa de intervención estará compuesto por un total de veinte personas que hayan sido diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad según los criterios de la última edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) publicado por la APA. El rango de edad establecido se encuentra entre los 25 y los 35 años. El grupo estará dividido en dos subgrupos:

- Grupo experimental: compuesto por diez personas que recibirán tanto la terapia individual correspondiente como las sesiones del programa de intervención.
- Grupo control: compuesto por diez personas con las mismas características del grupo experimental, pero en este caso, estas no recibirán las sesiones del programa de intervención, sino que solamente asistirán a terapia individual.

El objetivo es que todos los participantes finalicen el programa, acudan a todas las sesiones planificadas y tengan una participación activa. Aunque debemos tener en cuenta que estamos tratando con un trastorno caracterizado por su complejidad a la hora de tratarlo y que probablemente algún que otro participante abandone el programa a mitad o incluso antes.

Se han considerado algunos criterios de exclusión a la hora de poder participar en el programa como, por ejemplo, que las personas no hayan sido diagnosticadas con otro trastorno que no sea el TLP. Esto es debido a que el programa planteado no busca abordar comorbilidades con otros trastornos, ya que en ese caso las sesiones deberían

enfocarse de una forma totalmente distinta a la planteada y teniendo en cuenta muchas otras variables. De este modo, el programa de intervención se centra única y exclusivamente en el tratamiento del TLP.

### *Instrumentos*

Como instrumento principal para poder llevar a cabo unas dinámicas eficientes en el programa, se utilizará el Manual de Entrenamiento en Habilidades DBT para el/la consultante de Marsha M. Linehan (2020) revisado y traducido a cargo de Pablo Gagliesi.

Para comprobar que el programa de intervención produce mejoras o, por el contrario, no tiene ningún efecto sobre los participantes, se administrará el siguiente cuestionario tanto al comienzo como al final del programa. Este cuestionario será completado tanto por el grupo experimental como por el grupo control y se tendrá en cuenta que existan diferencias significativas.

- Borderline Symptoms List – 95 (BSL) (Bohus, M., 2009): se trata de una escala compuesta por siete subescalas: autopercepción, regulación afectiva, autoagresión, disforia, aislamiento, intrusiones (sentir presencias) y hostilidad. Este test da como resultado una puntuación general que indica el nivel de gravedad del TLP. En este programa se utilizará la versión corta (BSL-23) compuesta por 23 ítems que se responden a través de escala tipo Likert que puede puntuar desde 1 (poca gravedad) hasta 5 (mucha gravedad). A través de esta escala podremos comprobar si la finalizar nuestro programa de intervención, la gravedad de los síntomas ha disminuido, se ha mantenido igual que al comienzo o si, por el contrario, ha aumentado.

Finalmente, una vez los participantes hayan completado el programa de intervención, se administrará una encuesta para evaluar el nivel de satisfacción que ha generado el programa en ellos. Esta se enviará mediante un enlace de “Google Forms” y permitirá que se hagan sugerencias en cuanto a aspectos a mejorar que serán tenidos en cuenta posteriormente por el equipo técnico.

### *Procedimiento*

Para reunir a la muestra total de veinte participantes que son requeridos para el presente programa de intervención, se contactará con una serie de clínicas y consultas psicológicas dentro de la ciudad de Teruel para que informen a pacientes que acudan

allí con regularidad y presenten un TLP acerca del programa y de los beneficios que éste podrá tener. Se facilitará un número de teléfono para que aquellas personas que estén interesadas se pongan en contacto con el equipo técnico.

Una vez se ponga en contacto con el equipo, se harán una serie de preguntas vía telefónica para considerar si la persona cumple con los criterios necesarios para completar el programa de intervención. Tras esto, se concretará fecha y hora para la primera sesión del programa a modo de reunión inicial y presentación.

El coste del programa TULIPÁN será de 150€ por sesión. Este precio se encuentra exento de IVA por la Ley 37/1992, del 28 de diciembre, del Impuesto sobre el Valor Añadido, en su artículo 20.1.3, ya que los psicólogos que forman parte de este programa trabajan como autónomos.

Además de ello, en algunas sesiones concretas se requerirá de material como, por ejemplo, en el caso de una de las sesiones, un cuaderno para cada participante, aunque estos costes correrán a cuenta del profesional autónomo.

### *Diseño de las sesiones*

Como ya se ha explicado anteriormente, el presente programa va a constar de un total de 12 sesiones grupales en las cuales se irán abordando distintas problemáticas que engloban el TLP. La duración será de 3 meses y se impartirá una sesión por semana.

Las sesiones basadas en manuales han sido moldeadas por los profesionales del programa, adaptándolas para la correcta comprensión de todos los participantes.

### **Sesión 1: ¡Bienvenidos!**

En esta sesión se reunirá a todos los participantes del programa con el objetivo de hacer una breve presentación en la que se explicarán los objetivos del programa, así como posibles beneficios derivados de este. También se mostrará un cronograma en el que se incluirá fecha y hora de las sesiones que se van a ir realizando durante las próximas semanas y los objetivos planteados para cada una de ellas.

Por otro lado, se presentará a cada uno de los profesionales que van a llevar a cabo el programa de intervención para que así los participantes vayan familiarizándose con ellos ya que van a compartir mucho tiempo durante los próximos meses.

Esta primera sesión no se estima que dure más de una hora, de forma que sea una reunión amena y no suponga una carga excesiva de información a los participantes.

## **Sesión 2: ¿Qué es el Trastorno Límite de la Personalidad?**

Esta segunda sesión contará con una parte más enfocada a la teoría de en qué consiste el TLP y la sintomatología que se presenta. El objetivo es hacer conscientes a los participantes del trastorno que padecen en el momento actual y que sean capaces de ver con perspectiva que no se trata de algo negativo y sin solución, sino que con paciencia y con una serie de pautas que les serán administradas a lo largo del presente programa de intervención, serán capaces de llevar su día a día de una manera mucho más cómoda, mejorando al mismo tiempo su calidad de vida.

Además de la presentación más teórica, se hará una puesta en común de cara al final de la sesión para que todos los participantes tomen la palabra durante unos minutos y expliquen sus sensaciones y experiencias con respecto a este complejo trastorno mental. Con ello nuestro objetivo es que el resto de participantes se sienta identificando con lo que van hablando los demás y así se cree un sentimiento grupal que proporcione un mayor acercamiento entre ellos. Consideramos importante que el paciente no se sienta aislado y observe que hay más personas que también padecen TLP, esto puede motivarlo hacia el cambio y hacia una participación activa de cara a las próximas sesiones planteadas.

La duración de esta sesión será alrededor de los 90 minutos, la finalidad es otorgar más importancia a la puesta en común, ya que es lo que realmente llamará la atención de los participantes. A pesar de ello, la presentación teórica también es considerada una parte crucial dentro de la sesión.

## **Sesión 3: Emociones = compañeras**

El objetivo de esta tercera sesión es generar un acercamiento por parte de los participantes hacia sus emociones, que sean capaces de identificarlas correctamente y conocer las funciones que estas desempeñan. También se explicarán algunas estrategias que pueden resultar útiles a la hora de regular las emociones en situaciones complejas.

Con regulación emocional hacemos referencia a aquellas estrategias que tienen como objetivo mantener, aumentar o eliminar un estado afectivo en curso (Silva, 2005).

Para ello, el equipo profesional se apoyará en unas fichas del Manual de Entrenamiento en Habilidades para el consultante de Marsha Linehan (2020).

La primera parte de la sesión irá enfocada a que los participantes entiendan y sean capaces de nombrar sus propias emociones, para ello se utilizará la ficha de “regulación emocional 1” (Linehan, 2020) que se encuentra en el Anexo I. Los profesionales se encargarán de ir leyendo la ficha mientras los participantes la completan y plantean dudas que les puedan surgir a lo largo del proceso. La finalidad de esta parte de la sesión es que, en los apartados denominados “Otros” cada participante añada algo para después ponerlo en común con el resto del grupo.

En la puesta en común de esta primera ficha, los participantes irán leyendo sus propuestas personales para así ir comparándolas con las del resto del grupo. De esta forma se podrán observar distintos puntos de vista. La duración de esta actividad será de 60 minutos.

Una vez los participantes hayan ido familiarizándose con sus emociones, se utilizará la ficha de “regulación emocional 3” (Linehan, 2020) situada en el Anexo 2. Los participantes deberán escoger una emoción actual o reciente y responder a una serie de preguntas. Esta actividad se pondrá en común en la próxima sesión, para que así los participantes puedan tener un tiempo suficiente para reflexionar acerca de sus emociones y la forma en que les afectan. De esta forma también propiciamos que el programa no se base solamente en las sesiones realizadas, sino que los participantes también sean activos por sí mismos en sus hogares.

#### ***Sesión 4: Todas las emociones son igual de válidas***

El objetivo de esta sesión será retomar la actividad que se dejó preparada el último día. Los participantes traerán completada la ficha que se les repartió y formarán un círculo entre todos, para vernos de frente y poder establecer un mejor contacto visual. A continuación, uno a uno, los participantes irán explicando la emoción que escogieron y el por qué de ello.

Después, entre todos los participantes, irán proponiendo alternativas para cambiar esa emoción que ha provocado diferentes reacciones en cada uno de ellos, por otra más adaptativa o positiva. En el primer ejemplo, el equipo ayudará a los participantes aportando ellos también alguna idea y a partir de ahí ya serán los participantes quienes tomen la palabra. La duración aproximada será entre 60 y 90 minutos, aunque esto dependerá de cómo de activos se muestren los participantes.

De este modo, promoveremos una participación activa dentro del grupo, así como empática, buscando ayudar al resto de participantes.

### **Sesión 5: Escúchate a ti mismo**

El objetivo de esta sesión será conseguir que los participantes consigan alcanzar un estado de “atención plena”, conocido también por el nombre de *mindfulness*. Se han realizado estudios en los que se ha demostrado que la utilización de esta técnica en pacientes de TLP puede resultar útil en lo referente a que las personas aprendan a ser conscientes de sus emociones y sensaciones. Es por ello que en este programa de intervención hemos considerado importante que una de las sesiones estuviese centrada en este concepto. Para esta sesión, utilizaremos una ficha que se encuentra en el anexo 3 y la duración será entre 60 y 90 minutos, ya que, al tratarse de ejercicios de relajación, cada participante decidirá la forma en la que quiere repartir el tiempo.

La palabra *mindfulness* ha sido definida por muchos autores a lo largo del tiempo. Bishop et al. (2004) dan una definición bastante completa de este concepto, explicando que es una “forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal y como es”.

### **Sesión 6: Las relaciones sociales**

Debido a las dificultades que presentan las personas que padecen TLP a la hora de mantener relaciones con otras personas (independientemente del tipo que sean), el objetivo de esta sesión será realizar una dinámica en la que los participantes se planteen varias preguntas a sí mismos acerca del tipo de relaciones que quieren tener en sus vidas para más tarde, por parejas, realizar un pequeño debate y/o puesta en común con otro compañero del grupo.

La duración estimada para esta sesión será de unos 60 minutos. Para realizar esta actividad utilizaremos la dinámica denominada “VIDA” de “Entrenamiento en habilidades basadas en la DBT” de Del Valle y Rojas (Anexo 4).

### **Sesión 7: ¡Puedes controlar tu malestar!**

Otro de los aspectos que caracteriza a las personas que sufren un TLP es la incapacidad para tolerar el malestar correctamente, por ello el objetivo de esta sesión es focalizarnos en esa frustración que se genera cuando aparece el malestar para

convertirlo en una respuesta más adaptativa. De este modo, los participantes sabrán cómo actuar de manera eficaz ante situaciones similares en el futuro.

Para esta actividad, nos basaremos en la hoja de trabajo de tolerancia al malestar 4b (Anexo 5) de Linehan (2020). La duración aproximada de la dinámica será de 60 minutos aproximadamente.

### ***Sesión 8: ¿Cómo afrontar la impulsividad?***

Tras haber trabajado anteriormente la tolerancia al malestar, esta sesión se centrará de forma más específica en el manejo de la impulsividad. El objetivo de esta sesión será mostrar a los pacientes que hay distintas formas de responder ante situaciones difíciles dentro de nuestras vidas y que hacerlo de forma impulsiva no suele ser lo más adecuado. Debemos recordar que las personas con TLP se caracterizan por esa impulsividad a la hora de actuar, por eso es un aspecto importante a tratar. Para ello, utilizaremos una dinámica de Del Valle y Rojas que encontraremos plasmada en el Anexo 6.

Los participantes deberán pensar en una emoción que sientan cuando les ocurren situaciones molestas o desagradables (por ejemplo: discutir con un amigo) y a partir de esa emoción y el impulso a actuar que la sigue, convertir dicho impulso en su opuesto para así generar una respuesta más adaptativa. La duración de esta sesión será de unos 60 minutos aproximadamente.

### ***Sesión 9: Diario de síntomas***

En la sesión anterior se les habrá explicado el funcionamiento de este diario para que, en la presente sesión, se haga una puesta en común y uno a uno vayamos analizando la sintomatología de cada participante y dándoles a éstos posibles soluciones.

El objetivo de esta sesión es que los pacientes sean capaces de escucharse “a sí mismos” y a las sensaciones y sentimientos que van teniendo a lo largo del día, anotándolas en un cuaderno que les habremos facilitado. Haciendo que todos los días durante unos minutos al terminar el día, se paren a observar las anotaciones que han ido realizando. La dinámica planteada se encuentra en el Anexo 7.

La duración será entre una hora u hora y media. Dependerá principalmente de cuántos síntomas hayan ido anotando los participantes. En caso de que la sesión se

alargue hasta la hora y media, pasados los primeros 45 minutos se realizará un pequeño descanso.

### **Sesión 10: Actuemos “como si”**

El objetivo de esta décima sesión es que los participantes sean capaces de utilizar la asertividad, así como la empatía con el resto de compañeros del grupo mediante la técnica de *role-playing*. La dinámica aparecerá explicada detalladamente en el Anexo 8. De esta forma, se permite ayudar a los participantes a entrenar habilidades que pueden resultar complicadas de obtener en casos de TLP.

Según Arenas, Viduani y Araujo (2022) la utilización de juegos de rol puede ser un instrumento complementario muy útil dentro de la terapia psicológica. Aunque según estos mismos autores, todavía se deben realizar más investigaciones acerca de aplicar esta técnica dentro del ámbito de la salud mental.

La duración aproximada de esta sesión será de 60 minutos, permitiendo que se realicen varias escenas distintas para poder realizar el role play.

### **Sesión 11: Acéptate tal como eres**

El objetivo de esta sesión antes de finalizar en programa es dar a los participantes una serie de pautas importantes acerca de la aceptación ya que muchas veces dentro de su vida diaria no podrán cambiar aquello que les esté sucediendo, sino que deberán aprender a aceptarlo y ser capaces de afrontarlo de la manera más adaptativa posible.

Para esta dinámica se utilizará el manual de “Entrenamiento en habilidades basadas en la DBT” de Del Valle y Rojas. La duración de esta sesión será de unos 90 minutos. En el Anexo 9 aparece reflejada la ficha que se utilizará para la sesión.

Al final de la sesión se hará una puesta en común entre todos los participantes para que expliquen si se han encontrado alguna vez ante una situación similar y cómo la han afrontado.

### **Sesión 12: ¡Hasta pronto!**

En esta última sesión se reunirá a todo el equipo técnico para despedir a todos los participantes del programa. Se pedirá un pequeño feedback grupal de forma que todos los participantes tomen la palabra durante unos minutos y expliquen brevemente

cómo se han sentido a lo largo de todo el programa y si consideran que ha sido útil para sí mismos. La duración estimada de esta sesión será de 60 minutos.

En esta sesión también se pedirá a todos los participantes que completen una pequeña encuesta con varias preguntas de respuesta corta para que el equipo técnico pueda tener un feedback registrado y así, más adelante, poder analizar todas las respuestas para establecer mejoras y evaluar de forma general el programa a través de la opinión personal de quienes lo han recibido.

Se dará las gracias a todos los participantes por haber confiado en los profesionales que los han acompañado a lo largo de estas semanas, así como por su activa participación a lo largo de las sesiones. También se recordará que pasados 3 meses el equipo técnico se volverá a poner en contacto con ellos para realizar una breve evaluación.

## **Recursos**

### *Recursos humanos:*

- Equipo profesional del programa formado por 4 psicólogos: dos para cada grupo.

### *Recursos materiales:*

- Cuadernos para realizar el diario de síntomas de los participantes.
- Papel y bolígrafos para las distintas fichas planteadas a lo largo de las sesiones.
- Mesas.
- Sillas.

## **Evaluación**

La evaluación del programa estará repartida a lo largo del programa en tres ocasiones, también pasados tres meses de la finalización de éste, se realizará una cuarta evaluación para comprobar si se ha conseguido eficacia a largo plazo.

La primera de las evaluaciones se realizará antes de comenzar con la implantación del programa: el equipo técnico hará una evaluación general de las distintas sesiones planteadas y se podrán realizar propuestas de mejora si resulta pertinente, además de asegurar que los objetivos planteados son alcanzables y que la

temporalización es adecuada. De esta forma, se intenta asegurar que el programa se ajuste plenamente a la mejora de calidad de vida de los participantes.

La segunda evaluación se realizará a lo largo del programa, aproximadamente cuando ya se hayan cumplimentado la mitad de las sesiones. Se pretenderá evaluar si el programa está cumpliendo con los objetivos y si se están viendo mejoras en los distintos participantes (para esto último será importante que el equipo tenga un contacto directo con ellos y les pregunte acerca de cómo se encuentran dentro del programa y si están satisfechos hasta el momento). Además, también será importante evaluar el ambiente que se ha creado conforme han ido realizándose las sesiones y que este sea positivo.

La tercera evaluación se llevará a cabo una vez el programa haya sido completado. Para ello se pedirá feedback por parte de los participantes en una encuesta que se encargará de pasar el equipo técnico. De esta forma, se podrán tener en cuenta posibles mejoras planteadas por los participantes, así como condicionantes que hayan podido presentarse a lo largo de las distintas sesiones. Esto ayudará a que el equipo técnico pueda realizar futuros cambios en el programa.

Finalmente, la última evaluación, como se ha comentado anteriormente, se realizará pasados tres meses de la finalización del programa. El equipo técnico se pondrá en contacto con cada uno de los participantes para hacerles una serie de preguntas acerca de cómo se encuentran actualmente y de si todavía presentan dificultades en algún aspecto relevante dentro de sus vidas (como, por ejemplo; el manejo de emociones). Todo esto será tenido en cuenta para realizar mejoras dentro del programa y cambios si se considerasen pertinentes.

Por otro lado, para comprobar que el programa ha resultado útil desde un punto de vista objetivo y ha cumplido con las finalidades planteadas se realizará una comparación de los resultados iniciales y finales de los participantes en el Borderline Symptoms List – 95 (BSL).

## **Resultados esperados**

El principal resultado que se espera del presente programa de intervención es conseguir el objetivo que se planteó inicialmente: mejorar la calidad de vida de los participantes. Se debe tener en cuenta que son muchas personas y, por ende, muchas personalidades distintas, por lo que seguramente haya participantes que presentarán

grandes mejoras y otros que no tanto. Lo importante es que, aunque sea mínimo, se hayan producido cambios a mejor.

Como se ha comentado en el apartado anterior, también se espera que los participantes hayan reducido su puntuación inicial en el Borderline Symptoms List – 95, debido a que esta ha sido la escala que se ha utilizado como referencia objetiva del nivel de gravedad que presentaba el Trastorno Límite de la Personalidad en cada uno de los participantes.

## **Conclusiones**

El Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por ser un problema mental complejo de abordar puesto que la sintomatología que presentan este tipo de pacientes es amplia, así como en ocasiones muy peligrosa para ellos mismos. El riesgo de suicidio es uno de los síntomas más graves del TLP y es por ello que se debe realizar todavía mucha investigación para poder abordar de la mejor forma posible este trastorno.

La investigación realizada hasta el momento demuestra con fiabilidad que el tratamiento psicológico resulta crucial en el tratamiento del TLP. Bien es cierto que en determinados casos combinar este junto con farmacología puede arrojar mayores mejoras en el paciente. A pesar de que un abordaje integral puede resultar verdaderamente útil, se debe guardar mucha precaución en lo que al consumo de fármacos respecta. Debemos tener en cuenta que el perfil del Trastorno Límite puede resultar muy proclive hacia el consumo abusivo de fármacos y/o drogas de diseño, por lo que este tipo de tratamiento debe ser supervisado siempre por un profesional.

El presente programa va dirigido a personas entre los 25 y los 35 años de edad, pues en ese rango de edad es donde puede empezar a aparecer el TLP de forma agravada. A pesar de esto, el papel de los progenitores puede resultar crucial en la adolescencia de sus hijos a la hora de detectar mínimos cambios que pueda presentar el adolescente a nivel de impulsividad, agresividad, inestabilidad emocional o en casos extremos, ideaciones suicidas.

En lo referente a la responsabilidad parental, no debe considerarse aisladamente como un factor protector para TLP, sino para cualquier problema que pueda englobar la salud mental de las personas. La adolescencia se caracteriza por ser una etapa vital bastante complicada y es por ello que debe prestarse mucha atención incluso a aspectos

que puedan aparentemente parecer pequeños detalles sin importancia. Una intervención profesional a tiempo puede cambiar por completo la trayectoria de muchas personas.

Este programa ha procurado ajustarse en la medida de lo posible a abordar las principales problemáticas que puede presentar una persona que padece TLP. Es evidente que el número de sesiones establecidas no es suficiente para que una persona esté completamente rehabilitada, pero se debe recordar que el objetivo principal planteado inicialmente era brindar una mejora en la calidad de vida de las personas que recibiesen esta intervención. De esta forma no solamente se beneficiará el propio paciente, sino que también lo hará su entorno como la sociedad.

A lo largo de los últimos años y concretamente tras la pandemia mundial provocada por el COVID-19, la psicología ha empezado a cobrar mayor importancia y parece que lentamente está empezando a dejarse de lado de concepción de que “atención psicológica” implica necesariamente “tabú”, aunque todavía queda mucho por avanzar y, sobre todo, normalizar. La sociedad actual sigue primando la salud física antes que la mental y es algo en lo que estamos muy equivocados.

Dentro de las posibles limitaciones que pueden ser consideradas en este programa de intervención, es relevante mencionar la dificultad de que los participantes se mantengan dentro del programa de inicio a fin. Es posible que algunos de ellos abandonen en algún momento del programa, pero es algo que los profesionales no pueden evitar, ya que se trata de un programa de intervención voluntario. Es importante volver a recalcar que se trata de personas con muy poca adherencia a tratamientos e intervenciones.

El presente programa pretende visibilizar la importancia del tratamiento de los trastornos mentales, así como fomentar que se lleven a cabo más intervenciones, concretamente en el caso del TLP. A día de hoy hay gran cantidad de bibliografía y revisiones teóricas, así como estudios de caso, pero esto no permite cubrir la verdadera necesidad de actuaciones a nivel profesional y, sobre todo, psicológico.

## Referencias

- Aragonès, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M., & Piñol, J. L. (2013). Prevalencia registrada del trastorno límite de personalidad en las bases de datos de Atención Primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 171-174.
- Arenas, D. L., Viduani, A., & Araujo, R. B. (2022). Therapeutic use of role-playing game (RPG) in mental health: A scoping review. *Simulation & Gaming*, 53(3), 285-311.
- Badenes-Sastre, M., Navarro Haro, M. V., & Díaz-García, A. (2016). Estrategias en la regulación emocional en la comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos alimentarios.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Belloch, A., Bonifacio, S. y Ramos, F. (2020). *Manual de Psicopatología*. (3<sup>a</sup> ed., Vol. 1). McGraw-Hill.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230.
- Bohart, A., & Greenberg, L. (1997). Empathy reconsidered: New directions in theory research and practice.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., ... & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39.
- Bohus, M., Limberger, MF, Frank, U., Chapman, AL, Kühler, T. y Stieglitz, RD (2007). Propiedades psicométricas de la lista de síntomas límite (BSL). *Psicopatología* , 40 (2), 126-132.
- Bradley, R., Jenei, J., & Westen, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(1), 24-31.

Caballo, V. E., Gracia, A., López-Gollonet, C., & Bautista, R. (2004). El trastorno límite de la personalidad. *Manual de Trastornos de la Personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*, 137, 160.

Cackowski, S., Neubauer, T., & Kleindienst, N. (2016). The impact of posttraumatic stress disorder on the symptomatology of borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1-7.

Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. *Buenos Aires. Recuperado de* [\*http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf\*](http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf).

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495.

Del Valle, S. y Rojas, G. Entrenamiento en habilidades basadas en la DBT.

Fernández, B. A. (1996). LATERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. *Psicología conductual*, 4(7), 723-140.

Frances, A., Fyer, M. y Clarkin, J. F. (1986). *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 281-2934.

Herman, J. L., Perry, J. C., & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*.

Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.

Linehan, M. M. (2020). *Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el/la consultante* (2<sup>a</sup> ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata.

Louw, F., & Straker, G. (2002). Borderline pathology: An integration of cognitive therapy and psychodynamic therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2), 190.

Manning, S. Y. (2011). *Loving someone with borderline personality disorder: How to keep out-of-control emotions from destroying your relationship*. Guilford Press.

Oldham J. & Morris L. (1995). Autorretrato de la Personalidad. España: Tikal.  
pp. 20-308.

Peláez, J. C., Reyes-Molón, L., & Teijeira-Levet, C. (2013). ¿Necesitamos el tratamiento farmacológico en el trastorno de personalidad? *Acción psicológica*, 10(1), 97-108.

Pérez-Díaz, Á. G. L., & Yust, C. C. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *international Journal of psychology and psychological Therapy*, 12(1), 97-114.

Silva, C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209.

Teti, G., Boggiano, J., y Gagliosi, P. (2015). Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Rev. Arg. de Psiquiatr*, 26, 57-64.

Usandizaga, C. G. D. 13. Abordaje psicoterapéutico de las conductas suicidas a través de Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Gil-Díez, C., González, E., y Sanguino, A. Abordaje psicoterapéutico de las conductas suicidas a través de Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118.

## Anexos

### Anexo 1

SESIONES	TEMÁTICA	DURACIÓN	CONTENIDOS
<b>SESIÓN 1: ¡Bienvenidos!</b>	Presentación del programa	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de los profesionales</li> <li>• Programación y fechas de las sesiones</li> </ul>
<b>SESIÓN 2: ¿Qué es el TLP?</b>	Normalizar el TLP y toma de contacto entre participantes	90 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breve exposición del TLP y su sintomatología</li> <li>• Puesta en común para hablar del TLP</li> </ul>
<b>SESIÓN 3: Emociones = compañeras.</b>	Regulación emocional	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acercamiento hacia las emociones</li> <li>• Estrategias para regular emociones ante situaciones complejas</li> </ul>
<b>SESIÓN 4: Todas las emociones son igual de válidas.</b>	Regulación emocional	60-90 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar de las emociones descritas por cada uno (sesión anterior)</li> <li>• Proponer alternativas para cambiar las emociones expuestas por los compañeros</li> </ul>
<b>SESIÓN 5: Escúchate a ti mismo.</b>	Mindfulness	60-90 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcanzar un estado de “atención plena”</li> <li>• Ser conscientes de emociones/sensaciones</li> </ul>
<b>SESIÓN 6: Las relaciones sociales.</b>	Efectividad interpersonal	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plantear qué tipo de relaciones quiere cada uno en su vida</li> <li>• Debate</li> <li>• Puesta en común por pares</li> </ul>
<b>SESIÓN 7: ¡Puedes controlar tu malestar!</b>	Tolerancia al malestar	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focalización en la frustración</li> <li>• Producir respuestas adaptativas</li> </ul>
<b>SESIÓN 8: ¿Cómo afrontar la impulsividad?</b>	Impulsividad	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrontar situaciones difíciles</li> </ul>
<b>SESIÓN 9: Diario de síntomas</b>	Sintomatología	90 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de la sintomatología</li> </ul>
<b>SESIÓN 10: Actuemos “como si”</b>	<i>Role playing</i>	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de la assertividad y empatía</li> </ul>
<b>SESIÓN 11: Acéptate tal como eres</b>	Aceptación	90 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pautas para utilizar la aceptación</li> </ul>
<b>SESIÓN 12: ¡Hasta pronto!</b>	Despedida y cierre del programa	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agradecimientos y cierre</li> </ul>

## Anexo 2

### DINÁMICA: IDENTIFICACIÓN Y FUNCIONES DE LAS EMOCIONES ENTENDER QUÉ ESTÁN HACIENDO LAS EMOCIONES POR MÍ

Nombre	
Fecha de entrega y fecha de comienzo	

#### OBJETIVOS DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL

<b>Entiende y nombra tus propias emociones</b>	<b>Disminuye la frecuencia de emociones no deseadas</b>
<input type="checkbox"/> Identifica (observa y describe) tus emociones. <input type="checkbox"/> Comprende qué hacen las emociones por ti. <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Evita, en primer lugar, que las emociones no deseadas comiencen. <input type="checkbox"/> Cambia las emociones no deseadas una vez que comenzaron. <input type="checkbox"/> Otro:
<b>Disminuye la vulnerabilidad emocional</b>	<b>Disminuye el sufrimiento emocional</b>
<input type="checkbox"/> Disminuye la vulnerabilidad a la mente emocional. <input type="checkbox"/> Aumenta tu capacidad de recuperación, tu aptitud para hacer frente a cosas difíciles y las emociones positivas. <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Reduce el sufrimiento cuando las emociones dolorosas te superan. <input type="checkbox"/> Maneja las emociones extremas para que no empeores las cosas. <input type="checkbox"/> Otro:

## Anexo 3

### **DINÁMICA 2: ENTENDER QUÉ ESTÁN HACIENDO LAS EMOCIONES POR MÍ**

**Nombre:**

**Fecha:**

#### **Instrucciones:**

- Selecciona una emoción actual o reciente y completa esta hoja detalladamente.
- Si el evento desencadenante para la emoción en la que estás trabajando es otra emoción previa (por ejemplo, sentir miedo desencadenó enojarte contigo mismo/a) entonces completa una segunda hoja de trabajo para la primera. Utiliza la ficha de regulación emocional 6 para obtener ideas. Escribe en otra página en blanco si necesitas más espacio.

**Nombre de la emoción:** \_\_\_\_\_

**Intensidad (0-100):** \_\_\_\_\_

<b>Describe el evento desencadenante</b>  ¿Qué provocó esta emoción?	
<b>Describe la motivación para la acción</b>  ¿Para hacer qué cosa me estaba motivando y preparando mi emoción? (¿Hubo un problema que me estaba haciendo resolver, superar o evitar?) ¿Qué función u objetivo cumplió esa emoción?	
<b>Describe la comunicación con los demás</b>  ¿Cuál fue mi expresión facial? ¿Postura? ¿Gestos?  ¿Palabras? ¿Conducta?	

<p>¿Qué mensaje envió mi emoción a los demás (incluso si no tenía la intención de enviar ese mensaje)?</p>	
<p>¿Cómo influyó mi emoción en los demás (incluso si no tenía la intención de influir en ellos)?</p>	
<p>¿Qué hicieron o dijeron los demás como resultado de mis expresiones o acciones emocionales?</p>	
<p><b>Describe la comunicación contigo mismo/a</b></p> <p>¿Qué me dijo mi emoción?</p>	
<p>¿Qué hechos podría verificar para asegurarme de que el mensaje que me enviaban mis emociones era correcto?</p>	
<p>¿Qué hechos verifiqué?</p>	

## Anexo 4

# MINDFULNESS

Recuerda: observar es  
llevar a tu mente sus  
propias sensaciones y las  
de tu cuerpo

### OBSERVA CON TUS OJOS



- Recuéstate en el suelo y observa las nubes del cielo
- Camina lentamente, parando en algún lugar que te parezca bonito; observa las flores y la naturaleza
- Recoge una hoja, una flor o una pequeña piedra. Mírala de cerca, intentando ver cada detalle.

### OBSERVA SONIDOS

Imagina que estás en medio del bosque...

- Detente a escuchar el sonido del agua que corre por un riachuelo
- Escucha durante unos minutos el canto de los pájaros
- Para a escuchar el viento mientras roza las hojas de los árboles



### OBSERVA EL TACTO Y SENSACIONES DE TU PIEL



- Toca algo: la pared, una tela, una mesa, una persona. (Observa la textura, nota las sensaciones en tu piel)
- Focaliza tu atención en un lugar de tu cuerpo donde te sientas tenso
- Focaliza tu atención en un lugar de tu cuerpo donde te sientas relajado.

### OBSERVA TU RESPIRACIÓN

Respira de manera uniforme y suave, focalizando tu atención en:

- El movimiento de tu abdomen mientras se hincha y se deshincha
- Las pausas en tu respiración
- Las sensaciones en tu nariz al inhalar y exhalar



## Anexo 5

# VIDA



Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

# V

Valores es mantener tu postura sin perder el respeto por ti mismo ni por el otro, sin caer en la complacencia.



¿QUÉ TIPO DE RELACIONES QUIERO EN MI VIDA?

¿QUÉ CUALIDADES QUIERO QUE TENGAN ESAS RELACIONES?

¿QUÉ ES IMPORTANTE PARA TI EN LAS RELACIONES?

# I

Imparcial, actuar de forma justa. Valida tus deseos y emociones de igual manera que los de otras personas



# D

Disculparse mucho no ayuda, hacerlo en exceso puede dañar tus relaciones, reduce efectividad y tu dominio sobre las relaciones



# A

Muéstrate hacia los demás Auténtico, no te victimices ni tampoco exageres



## Anexo 6

**TOLERANCIA AL MALESTAR**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**Evento desencadenante**

Relacionado con emociones agobiantes  
 En el que deseas trabajar para reducir tus reacciones emocionales

**¿Qué debo decirme?**

¿Cuáles son tus interpretaciones / pensamientos sobre el evento que causa malestar y activación?  
Ejemplos: "No puedo hacerlo", "Soy incapaz"

**Reconsidera la situación y su significado**

Contrarresta pensamientos que te provoquen estrés y emociones agobiantes

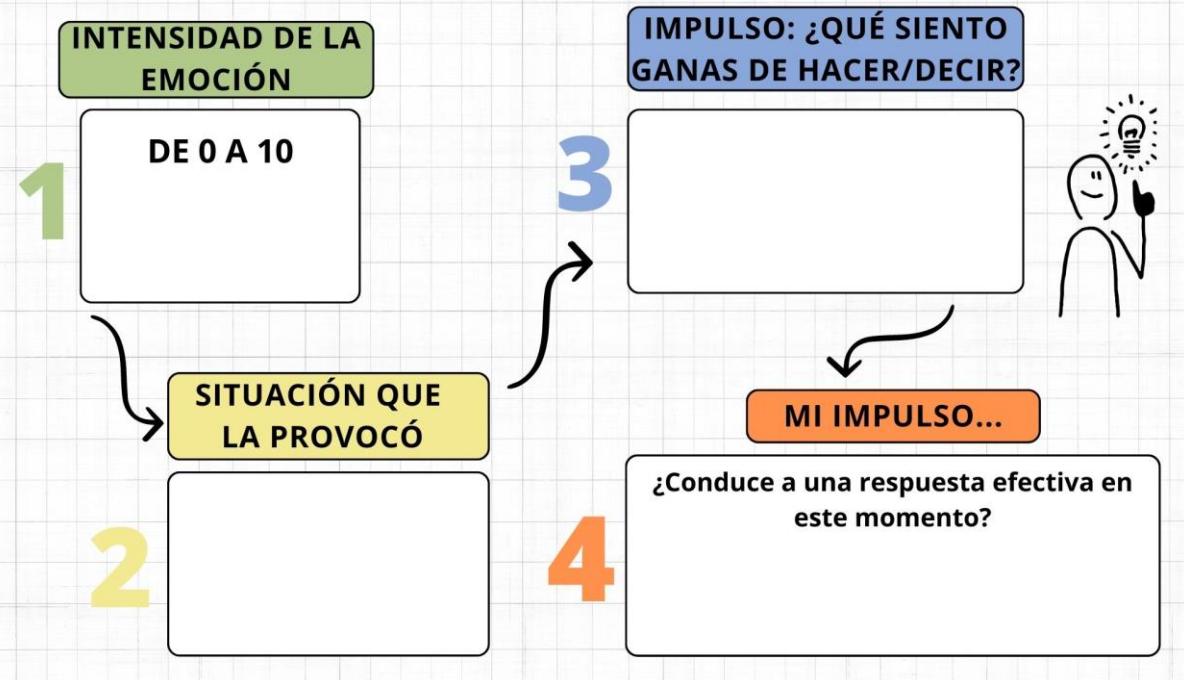
Al repensar la situación desencadenante, escribe tantos **pensamientos efectivos** como se te ocurran para reemplazar a los estresantes:

 **NOTA:** Cuando no te encuentres ante el evento desencadenante, practica imaginándolo:  
a) Mientras lo haces, inspira lentamente y dite a ti misma una afirmación efectiva para sobrellevar esa emoción  
b) Al exhalar, di "Relájate" mientras destensas intencionalmente todos tus músculos

### Anexo 7

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

## ACCIÓN OPUESTA



## **Anexo 8**

### **Dinámica “Diario de síntomas”**

Basándonos en la Terapia Cognitivo Conductual hemos considerado relevante aportar esta dinámica de sesión. Para realizar esta actividad será necesario que cada participante disponga de un cuaderno y un bolígrafo.

En esta actividad, los participantes tienen como tarea, de una sesión a otra (sesión 8 a 9), completar un pequeño cuaderno. En él deberán escribir aquellos síntomas que vayan presentando a lo largo de la semana. Los síntomas pueden ir desde aquellos negativos (sentimientos de tristeza, ansiedad, impulsividad, etc...) hasta otros que sean positivos (alegría, responsabilidad acerca de algo...).

Además de escribir los síntomas, al lado de estos deberán añadir por qué se produjeron estos. Por ejemplo, si escriben como sentimiento la alegría, que justifiquen por qué en ese momento se encontraban así (“*Mi hermano me trajo una caja de bombones para celebrar que fue su cumpleaños*”).

De esta forma, a la hora de ir poniendo en común los síntomas y sentimientos que han ido presentando a lo largo de la semana, ellos mismos podrán observar que a pesar de que a veces nos pueden ocurrir cosas negativas, también hay detalles que, por pequeños que sean, pueden ser positivos para uno mismo. Así buscamos que los participantes vean poco a poco por sí mismos que, por un lado, la sintomatología de tipo negativo se puede solucionar y que, por otro, también hay cosas buenas.

A lo largo de la puesta en común, la terapeuta hará uso del “*método socrático*” defendiendo por Beck para conseguir cambios cognitivos en el paciente. Se irán dando alternativas a esos sentimientos o aspectos negativos que cada participante haya anotado mientras que se van formulando preguntas en lo referente a ellos. Al ser en grupo, todos podrán tomar nota si se sienten así en un futuro para poder aplicar soluciones.

Los participantes deberán seguir completando este diario hasta la finalización del programa. De esta forma el equipo técnico podrá contar con un pequeño seguimiento de la sintomatología de los participantes.

## **Anexo 9**

### **Dinámica “Role playing”**

Para realizar esta dinámica se formarán cinco parejas dentro del grupo, las cuales irán rotando a lo largo de la sesión. De esta forma permitiremos que todos los participantes interactúen unos con otros y no solamente con la pareja que se les asigne inicialmente.

Previamente, el equipo técnico habrá creado una urna en la que se habrán introducido una serie de papeles describiendo el rol que cada participante deberá adoptar en cada interacción. Estas interacciones en pareja tendrán una duración de unos 10 minutos. Al comenzar, cada participante se acercará a la urna y sacará un papel que designará su rol durante la primera interacción.

Una vez se hayan repartido todos los papeles, así como asignado las parejas, el equipo técnico describirá a cada pareja la situación en la que se encuentran y que deben escenificar a continuación. Un ejemplo de situación que podría describirse podría ser la siguiente: “Acabas de realizar uno de los exámenes más complicados de tu carrera como profesional y has salido muy desanimado de este. Te encuentras con un muy buen amigo tuyo al salir de clase por la calle y te pregunta qué tal estás”. En este caso

Los roles que aparecen dentro de la urna han sido supervisados previamente para que puedan ser congruentes con cualquiera de las situaciones a plantear. De esta forma, ningún participante obtendrá un rol que no pueda ser aceptable en la situación que se le plantee.

Algunos de los roles planteados dentro de la urna podrían ser los siguientes: desanimado, alentador, egoísta, pesimista, empático, preocupado u optimista.

A través de esta dinámica se busca conseguir que los participantes sean capaces de cambiar su punto de vista y verlo desde diversas perspectivas, teniendo que adaptarse a situaciones aparentemente “complejas” de resolver y procurando cooperar con su compañero de la mejor manera posible.

## Anexo 10

# ACEPTACIÓN



**IMAGINA QUE TE ENCUENTRAS ANTE UNA SITUACIÓN QUE, HAGAS LO QUE HAGAS, NO PUEDES CAMBIAR DE NINGUNA FORMA**

- 1) Di en voz alta aquello que tienes que aceptar una y otra vez, en un tono que te transmita confianza y seguridad 
- 2) Permítete aceptar los pensamientos que tienes en  ese momento y atiende a tus sensaciones físicas
- 3) Relaja tu cuerpo conforme vas aceptando la situación sin solución a la que te enfrentas 
- 4) Imagina aquello que harías si la situación que estás intentando aceptar ya hubieses sido capaz de aceptarla 
- 5) Escenifica en tu mente aquello que harías al aceptar la realidad tal y como es
- 6) Permítete a ti mismo sentir tristeza o desilusión, ¡es parte del proceso!

¿Se te ocurre alguna situación de tu vida en la que podrías haber utilizado la **aceptación** y no lo hiciste? ¡Compártela con el grupo!