

Trabajo Fin de Grado

TLP y trauma: Diseño de intervención para mujeres con diagnóstico psiquiátrico de largo recorrido

BDP and trauma: Intervention design for women with a long-term psychiatric diagnosis

Autora

Laura Martín Laín

Directora

Adriana Jiménez-Muro Franco

Grado en Psicología

2022



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Índice:

Resumen	3
Metodología.....	6
<i>Localización y destinatarios.....</i>	6
<i>Tamaño muestral y participantes</i>	7
<i>Instrumentos</i>	7
<i>Procedimiento.....</i>	8
<i>Sesiones</i>	9
Grupo experimental	10
Grupo control.....	16
Recursos.....	18
Resultados esperados.....	18
Discusión.....	19
Referencias	21
Anexos.....	25

Resumen

El Trastorno Límite de la Personalidad es un trastorno multidimensional caracterizado principalmente por la inestabilidad emocional, la impulsividad, el deterioro de la imagen propia y la alteración de las relaciones con los demás. Todo ello explicado desde un modelo biopsicosocial en el que el ambiente invalidante es fundamental. El objetivo principal de este programa es resolver el trauma emocional de las participantes a través de la DBT, EMDR y con apoyo tecnológico.

El programa va dirigido a mujeres cuyo diagnóstico inicial deberá ser TLP y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos. El tamaño muestral necesario para demostrar la eficacia de este programa será de 84 mujeres, evaluadas antes y después de la intervención a través de la escala de impulsividad de Barratt versión 11 (BIS-11), la escala de dificultades en la regulación de las emociones (DERS), el cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI) y el inventario de depresión de Beck (BDI). La estructura del programa que se propone se divide en diferentes sesiones en doce semanas, según el grupo al que se designen aleatoriamente a las participantes, grupo experimental o grupo control. El programa integra sesiones para todas las participantes de terapia individual, psicoeducación para el paciente y psicoeducación para los familiares. El grupo experimental se beneficiará de doce sesiones de DBT frente a seis de TCC para el grupo control, además de ocho sesiones de EMDR y el uso de una aplicación móvil. Todo ello supondrá una mejora significativa de los síntomas del TLP en la segunda evaluación en ambos grupos, siendo superior en el grupo experimental.

Palabras clave: **TLP, EMDR, TDC, trauma**

Abstract

Borderline Personality Disorder is a multidimensional disorder characterized mainly by emotional instability, impulsivity, deterioration of self-image and altered relationships with others. The facts mentioned before are explained from a biopsychosocial model in which the disabling environment is fundamental. The main objective of this program is to solve the emotional trauma of the participants through DBT, EMDR and with technological support.

The program is directed towards women whose initial diagnosis should be BPD and who meet the established inclusion criteria. The sample size necessary to demonstrate the efficacy of this program will be 84 women, assessed before and after the intervention through the Barratt Impulsivity Scale version 11 (BIS-11), the Emotion Regulation Difficulty Scale (DERS), the State/Trait Anxiety Questionnaire (STAI) and the Beck Depression Inventory (BDI).

The structure of the proposed programme is divided into different sessions distributed in twelve weeks, according to the group to which the participants are randomly assigned, experimental group or control group.

The program integrates individual therapy sessions for all participants, including psychoeducation for both, the patient and their family members. While the experimental group will benefit from twelve sessions DBT, the control group will only benefit from six sessions of CBT, in addition to eight sessions of EMDR and the use of a mobile application.

As a result, there will be a significant improvement of BPD symptoms in the second evaluation in both groups, being greater in the experimental group.

Key words: **BPD, EMDR, DBT, trauma**

El Trastorno Límite de la Personalidad, en adelante TLP, constituye uno de los síndromes más complejos que surge de la necesidad de categorizar un conjunto de pacientes caracterizados por la inestabilidad emocional; además de la impulsividad, el deterioro de la imagen propia y la alteración de las relaciones con los demás (Lieb et al., 2004). El TLP es un trastorno multidimensional, con una amplia gama de síntomas y comorbilidad, lo que genera problemas con el diagnóstico diferencial (Paris, 2018). El TLP se define por cuatro o más de los siete rasgos patológicos de personalidad (American Psychiatric Association, 2013) incluidos en el anexo 1, que dan como resultado conductas problemáticas y baja capacidad para funcionar a nivel social (Campbell et al., 2020).

El momento de máxima expresión clínica se sitúa en la adolescencia, principios de la edad adulta, se suele realizar el diagnóstico entre los 19 y 34 años (Swartz et al., 1990). Se estima que la prevalencia del TLP oscila entre el 1% y el 2% de la población en términos generales, aumentando en la atención primaria (alrededor del 6%), hasta un 10% entre los individuos que acuden a los centros de salud mental, alcanzando el 20% en los pacientes psiquiátricos hospitalizados (American Psychiatric Association, 2013). Existe gran disparidad sobre la prevalencia debido a problemas con la definición e identificación diagnóstica (Widiger y Weissman, 1991). El DSM-5 establece que el TLP se diagnostica de forma predominante en las mujeres, aproximadamente un 75%. Se habla de una relación 3:1 (American Psychiatric Association, 2013), una proporción de género bastante pronunciada, lo que ha dado lugar a muchas investigaciones (Skodol y Bender, 2003).

La etiología exacta del TLP sigue siendo un misterio. Actualmente se explica desde un modelo biopsicosocial que combina factores biológicos y experiencias tempranas de aprendizaje. En cuanto a factores psicológico-ambientales, se han establecido vínculos entre las experiencias infantiles traumáticas y el desarrollo del trastorno (Kuo et al., 2015). Según Zanarini et al. (2000), el 84% de las personas con TLP recuerdan haber sufrido experiencias traumáticas precoces. El TLP se caracteriza principalmente por la desregulación de las emociones, por lo tanto, aunque existe una base biológica para esta desregulación, el ambiente es esencial para que se produzca dicho trastorno.

Este ambiente invalidante, es perjudicial en la infancia, ya que es un período caracterizado por una alta vulnerabilidad emocional. Uno de estos ambientes que destaca es el abuso sexual, una de las experiencias invalidantes más traumáticas

(Linehan, 1993). Además, el trauma puede extenderse a aquellas situaciones relacionadas con el apego: descuido, falta de atención, situaciones cotidianas que se clasifican como “t” (Mosquera y González-Vázquez, 2012).

En los últimos años se ha demostrado que la Dialectical Behavior Therapy (DBT), en castellano, terapia dialéctica conductual; la Mentalization Based Therapy (MBT), terapia basada en la mentalización y la Transference Focused Psychotherapy (TFP), psicoterapia centrada en la transferencia son igual de eficaces para el abordaje del TLP (Temes y Zanarini, 2019). La evidencia científica sugiere la DBT como la opción terapéutica con mayor apoyo empírico (Lynch et al., 2007). La DBT es un tratamiento basado en principios cognitivo-conductuales desarrollado por la psicóloga Marsha Linehan. El objetivo de la DBT es reemplazar las conductas desadaptativas vinculadas a emociones desreguladas (May, Richardi, y Barth, 2016).

La terapia Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR, siglas que corresponden a desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular, es una terapia orientada al trauma aplicable a distintas patologías. Los síntomas y problemas del paciente diagnosticado con TLP se consideran resultado de experiencias perturbadoras que no fueron procesadas adecuadamente por lo que permanecen almacenadas de una forma disfuncional (Mosquera y González, 2013). El objetivo del tratamiento con EMDR es desensibilizar el malestar causado por los recuerdos traumáticos y así lograr un reprocesamiento e integrarlos en las memorias biográficas normalizadas del paciente (Novo Navarro et al., 2016).

El EMDR fue desarrollado en los años 80 por la psicóloga Francine Shapiro, basándose en el Adaptative Information Processing model (AIP-model) (Solomon y Shapiro, 2008). El tratamiento EMDR comienza, tras haber establecido previamente una buena relación terapéutica, evaluando la historia del paciente. Después de ensayar las diferentes modalidades de estimulación bilateral pasamos a la tercera fase. Se comienza a trabajar con el recuerdo, se evalúan los aspectos primarios y se desensibiliza. Es en la quinta fase cuando se instala la cognición positiva para luego realizar un examen corporal y finalmente cerrar y reevaluar el tratamiento (Hase, 2021).

En los tratamientos psicológicos disponibles aparecen frecuentemente una alta tasa de abandono (Binks et al., 2006). La psicoeducación, considerada como algo longitudinal, es una intervención fundamental en la adherencia del paciente al tratamiento.

Las mujeres muestran menos resistencia a acudir a un profesional de salud mental, psiquiatras y/o psicólogos. En este sentido, la psicoeducación posee la función de reducir las barreras para acceder y mantenerse en tratamiento (Mosquera, Leeds, y Gonzalez, 2016).

A través de la psicoeducación se refuerzan los puntos fuertes, los recursos y la capacidad de los pacientes para lidiar con su condición y evitar recaídas, mostrándole al paciente una perspectiva general del trastorno (Zanarini y Frankenburg, 2008).

Asimismo, la psicoeducación en familiares de pacientes con TLP es fundamental en la disminución de la carga emocional percibida y en la consecución de habilidades de afrontamiento frente al trastorno.

Por todo lo anterior descrito, el objetivo principal de este programa de intervención es resolver el trauma emocional de las pacientes con TLP a través de la DBT, EMDR y con apoyo tecnológico.

Metodología

Localización y destinatarios

El programa se va a llevar a cabo en la ciudad de Zaragoza, más concretamente en la Unidad de Trastorno de la Personalidad (UTP) del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

Este programa va dirigido a mujeres con una edad comprendida entre 30 y 45 años cuyo diagnóstico inicial deberá ser TLP. Este diagnóstico será realizado por el servicio de psiquiatría y justificado con un informe. El recorrido del TLP deberá ser de 8 años o más.

Además, las participantes no deberán ser consumidoras de drogas ilegales. Antes de comenzar el tratamiento, ellas serán sometidas a una comprobación a través de biomarcadores en orina y sangre. Sí que se permitirá que las pacientes consuman drogas legales como tabaco y alcohol.

Las beneficiarias directas serán aquellas pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y que acepten de forma voluntaria la participación en el programa.

Se estima que otros colectivos se beneficiarán de forma indirecta. En primer lugar, los familiares y amigos de ellas, a los que se les proporcionarán las herramientas necesarias para conocer el TLP y mejorar sus relaciones con los pacientes. También, de forma secundaria, se beneficiarán otros investigadores en la materia y la sociedad en general.

Tamaño muestral y participantes

La muestra de pacientes se compone de un grupo de mujeres procedentes de la Comunidad Autónoma de Aragón, seleccionadas en varios Centros de Salud Mental y derivadas a la UTP. Todas las mujeres cumplen los criterios de inclusión: ser mujer, edad comprendida entre 30 y 45 años, diagnóstico inicial de TLP con un recorrido de 8 años o más y no consumidora de drogas ilegales. Además, las participantes han aceptado formar parte del programa voluntariamente.

El tamaño muestral necesario para demostrar la eficacia de este programa de intervención será de 84 mujeres, asignadas aleatoriamente a uno de los dos grupos.

Grupo experimental: formado por 42 mujeres, con edades comprendidas entre 30 y 45 años, con un diagnóstico inicial de TLP con un recorrido diagnóstico de 8 años o más, no consumidoras de drogas ilegales. A las participantes del grupo experimental se les aplicará el programa descrito en este proyecto, formado por psicoeducación familiar e individual, DBT en grupo, EMDR individual para trauma y el uso continuado de una aplicación informática para dispositivos móviles.

Grupo control: formado por 42 mujeres con características sociodemográficas similares a las de los miembros del grupo experimental, con un diagnóstico inicial de TLP con un recorrido diagnóstico de 8 años o más, no consumidoras de drogas ilegales y a las que se les aplicará un tratamiento diferente. Este tratamiento se basa en psicoeducación individual y familiar e individual, terapia cognitivo conductual en grupo y terapia individual según necesidades.

Instrumentos

Para llevar a cabo la evaluación de este programa de intervención, todas las participantes, del grupo experimental y del grupo control, llenarán la siguiente batería de cuestionarios seleccionados en dos momentos temporales, antes (T1) y después de la intervención (T2).

Todos los instrumentos de evaluación han sido probados en estudios previos y presentan adecuados niveles de fiabilidad y validez. En concreto, se evaluará a través de la escala de impulsividad de Barratt versión 11 (BIS-11) (Barratt, 1965), la escala de dificultades en la regulación de las emociones (DERS) (Gratz y Roemer, 2004), el cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI) de Spielberger et al. (1982) y el inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Sanz et al., 2003).

El BIS-11 es un cuestionario de autoinforme que mide el rasgo de impulsividad en una escala Likert de 4 puntos donde es posible identificar tres factores: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planificada (Bozzatello y Bellino, 2020).

La DERS es una medida de 36 ítems compuesto de seis dimensiones que evalúa las dificultades en la regulación emocional: falta de aceptación emocional, interferencia en conductas dirigidas a metas, dificultades en el control de impulsos, falta de conciencia emocional, acceso limitado a estrategias de regulación emocional y falta de claridad emocional.

El STAI se aplicará para evaluar la ansiedad a través de 20 ítems en una escala de tipo Likert. Nos permitirá diferenciar entre ansiedad como estado transitorio y ansiedad como rasgo de la personalidad.

El BDI-II, otorga una mayor importancia a los síntomas cognitivos de la depresión, y en un segundo puesto aparecen los síntomas somático/vegetativo. Es uno de los inventarios para medir depresión más extendidos en población clínica y está formado por 21 ítems.

Procedimiento

La selección de las participantes se llevará a cabo en varios Centros de Salud Mental. Se informará tanto a los trabajadores del centro como a las pacientes, inscribiéndose las interesadas, siempre que cumplan los criterios de inclusión mencionados anteriormente.

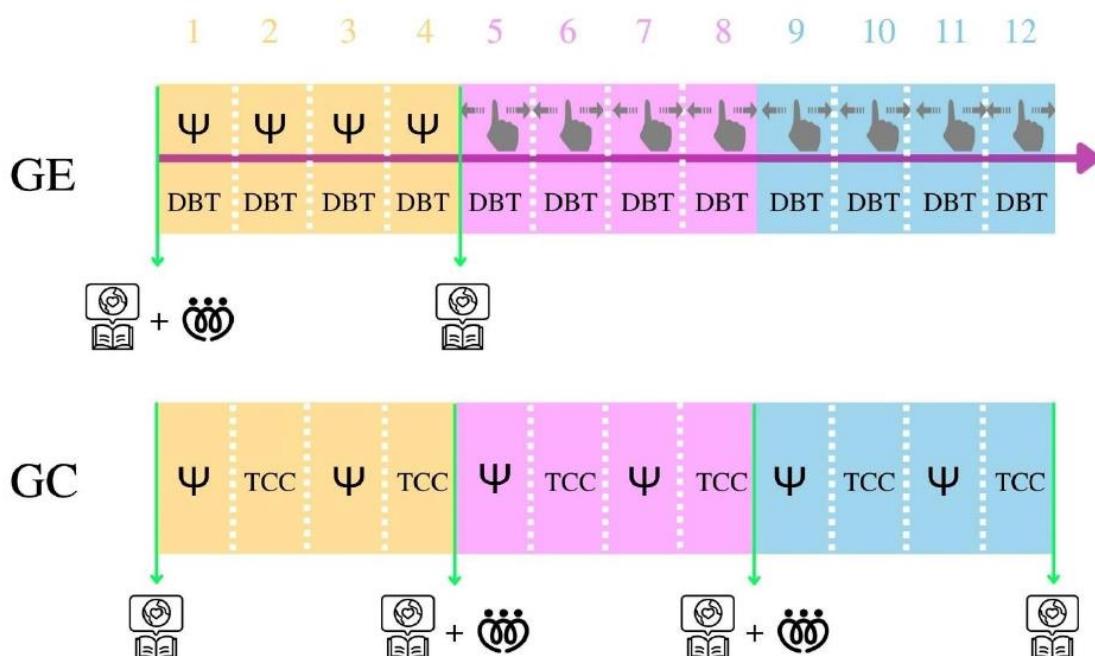
A continuación, se seleccionarán 84 participantes para dividirlas aleatoriamente en dos grupos, el grupo experimental y el grupo control. Cada uno de los dos grupos, formados por 42 personas, se dividirán a su vez en tres grupos de 14 participantes cada uno. El programa se llevará a cabo con un total de 28 participantes, 14 del grupo experimental y 14 del grupo control. El programa se replicará hasta tres veces con el objetivo de alcanzar el tamaño muestral fijado, 84 participantes.

Posteriormente, todas las participantes llenarán la batería de cuestionarios elaborada, que volverán a llenar al acabar el programa de intervención. A las participantes del grupo experimental se les pasarán los cuestionarios en la primera sesión de psicoeducación con sus familias y en la última sesión de DBT. Las

participantes del grupo control llenarán los mismos, la primera sesión de terapia individual y la última sesión de psicoeducación.

Sesiones

La estructura del programa que se propone se divide en diferentes sesiones según el grupo al que se designen las participantes. Todas las sesiones individuales incluidas en el programa tienen una duración de una hora y las grupales de dos horas, repartidas en 12 semanas. A continuación, se muestra el cronograma.



GE: Grupo Experimental

GC: Grupo Control

Psicoeducación

Psicoeducación con familias

Terapia individual

DBT: Terapia Dialéctica Conductual

EMDR individual para trauma

Aplicación móvil

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

El grupo experimental consta de 12 sesiones en grupo de DBT, 4 sesiones de terapia individual, 8 sesiones individuales de EMDR, una sesión de psicoeducación para las pacientes acompañadas de su familia, una sesión de psicoeducación grupal basada en el EMDR para las pacientes y una aplicación móvil disponible las 24 horas del día sin fecha límite de abandono.

Grupo experimental

Aplicación móvil

“CriPsis” es una aplicación para sistema Android/iOS cuya finalidad es que las personas con TLP dispongan de técnicas psicológicas que les ayuden a autogestionar las posibles crisis. Esta aplicación de apoyo terapéutico para el TLP tiene como objetivo ofrecer un soporte terapéutico en un momento de crisis cognitiva, emocional y conductual (anexo 2).

Psicoeducación con familias

Se trata de una sesión de dos horas en la que las pacientes irán acompañadas de, como máximo, tres familiares. El objetivo de esta sesión es la psicoeducación sobre el trastorno, de modo que la familia adquiera una adecuada comprensión de éste y tratar de evitar la sobreprotección a la paciente y la negación de la enfermedad.

En esta sesión se explicarán los aspectos relevantes del programa de intervención, así como el funcionamiento de la app, atendiendo las posibles dudas, tanto de las pacientes como de sus familiares.

Para finalizar, se pasará a las participantes la batería de cuestionarios elaborada.

DBT

Las doce sesiones grupales de DBT consisten en el entrenamiento de cuatro módulos de habilidades: habilidades básicas de conciencia, de efectividad interpersonal, de regulación de las emociones y de tolerancia al malestar. El objetivo es abordar en grupo los déficits de habilidades conductuales que son comunes en las pacientes con TLP, incluido un sentido inestable de sí mismo, relaciones inestables, miedo al abandono, labilidad emocional e impulsividad. Todas las sesiones, incluidos los anexos correspondientes, están basadas en las habilidades interpersonales del manual de tratamiento del TLP (Linehan, 2003).

Módulo 1: Habilidades básicas de conciencia

Sesión 1: Habilidades básicas de conciencia

Las primeras habilidades que se enseñarán son las de conciencia. El objetivo de éstas es desarrollar un estilo de vida de participación con conciencia para aprender a controlar nuestra propia mente, en vez de dejar que la mente nos controle a nosotros.

El control mental se trata de controlar el proceso de atención, e introduciremos este tema siendo conscientes de a qué estamos prestando atención y cuánto tiempo dedicamos a ello. Pediremos a las pacientes que nos den ejemplos de su incapacidad para controlar su atención y cómo ello les causa problemas.

Sesión 2: Habilidades de conciencia “qué”

Las habilidades “qué” incluyen aprender a observar, describir y participar. Animaremos a las pacientes a que lleven a cabo las siguientes actividades, recordando a las pacientes que hay que observarse desde dentro, no desde fuera.

“Siente tu trasero sentado sobre la silla”

“Experimenta tu mano sobre una superficie fría (la mesa o silla) o una cálida (tu otra mano)”

“Presta atención e intenta sentir el estómago, los hombros...”

“Acaríciate el labio superior. Deja de hacerlo y observa cuánto tiempo pasa antes de que no pueda sentirlo”.

“Ten en cuenta los dos primeros pensamientos que aparezcan en tu mente”

Después de observar pasaremos a ponerle palabras a la experiencia, reconocer cuando aparece un sentimiento o una sensación y describirlo. Finalmente practicaremos la participación, actuando intuitivamente. En la sala se escuchará música y las pacientes deberán hacer lo que la ocasión requiere, fundiéndose con la experiencia y dejándose envolver por el momento.

Para finalizar la sesión, se debatirá con las pacientes qué habilidad “qué” dominan más y cual menos.

Sesión 3: Habilidades de conciencia “cómo”

Esta sesión consistirá en: no emitir juicios, separar las propias opiniones de los hechos; en la unicidad mental, hacer una sola cosa en cada momento; y en la efectividad, concentrarse en lo que funciona.

Módulo 2: Habilidades de efectividad interpersonal

Sesión 4: Mitos acerca de la efectividad interpersonal

En esta sesión propondremos diferentes mitos, incluidos en el anexo 3, acerca de las relaciones interpersonales con la técnica del abogado del diablo, argumentando a

favor de ellos de la manera más extrema, para que posteriormente las participantes cuestionen tales argumentos. Finalmente se llegará a una perspectiva equilibrada.

Sesión 5: Afirmaciones de ánimo para la efectividad interpersonal

En esta sesión trabajaremos el listado de afirmaciones de ánimo para la efectividad interpersonal del anexo 4. A continuación, describiremos una situación con un conflicto interpersonal y pediremos a las participantes que cierren los ojos e imaginen que están en esa situación. Finalmente, se les pedirá que digan una afirmación positiva para sí mismas en voz alta.

Sesión 6: Objetivos y prioridades de las situaciones interpersonales

En esta sesión se explicará la efectividad de las relaciones con el objetivo de: obtener lo que se desea, mantener la relación y mantener el respeto personal. En la segunda parte de la sesión trabajaremos con una de las situaciones cotidianas en las que pidan algo o rechacen una petición. Las participantes deberán llevar a cabo ejercicios de role playing rotando (unas veces pidiendo algo y otras rechazando una petición). Acabado el role playing, las participantes deberán expresar sus sentimientos u opiniones.

Módulo 3: Habilidades de regulación de las emociones

Sesión 7: Identificando emociones

Se trazará una cruz con cinta de color en el suelo, formando un gráfico de coordenadas. El eje de las ordenadas adquiere el significado de intensidad, mientras el eje de abscisas corresponde a su clasificación en positivo o negativo.

Las pacientes pensarán una emoción y se colocarán en el lugar que le corresponda atendiendo a si la emoción pensada es positiva o negativa y a su intensidad. Para finalizar la actividad, pediremos que las pacientes describan un contexto en el que esa emoción puede tener lugar.

Sesión 8: Describiendo emociones

Al inicio se repartirá una ficha con el modelo para describir las emociones. En este modelo se incluye el amor, el goce, la ira, la tristeza, el miedo y la vergüenza. En esta sesión se pedirá a las participantes que piensen acontecimientos que provoquen diferentes emociones. Para ello, les pediremos que una persona plantee una situación,

otra dé una interpretación y una tercera concluya qué emoción se dispara. Se mandan tareas para casa, el diario de las emociones del anexo 5.

Sesión 9: Formación en la regulación de las emociones

Comentaremos la tarea de la semana pasada al inicio de la sesión. A continuación, orientaremos a las participantes a entender las propias emociones, reducir la vulnerabilidad emocional y reducir el sufrimiento emocional.

Pediremos a las participantes que digan cuándo sus emociones les han sido útiles y cuando les han resultado destructivas, que hablen de las emociones que les han dado más problemas. Es importante ser conscientes de que el objetivo de la regulación de emociones no es librarse de ellas, sino reducir el sufrimiento.

Se hablará de las emociones primarias y secundarias, pidiendo a los participantes ejemplos de ocasiones en las que han sentido emociones secundarias a partir de las primarias, preguntando sobre cuáles les suelen causar más problemas y dolor. Finalmente, se les dará un listado de actividades agradables para ir poniendo en práctica, anexo 6.

Módulo 4: Tolerancia al malestar

Sesión 10: Supervivencia a la crisis

Es una sesión meramente expositiva, enseñando las habilidades para tolerar eventos y emociones dolorosas cuando no se puede mejorar la situación: distraerse, relajar cada uno de los cinco sentidos y mejorar el momento.

Sesión 11: Aceptar la realidad

Se iniciará la sesión hablando de los principios básicos para aceptar la realidad y de la buena disposición frente a la terquedad.

En esta sesión se realizarán ejercicios de conciencia. Se deberá empezar concentrando la atención en la respiración, más profundamente de lo normal, a la vez que las participantes se moverán libremente por el espacio con los ojos cerrados. Se pedirá la concentración en la posición del cuerpo y del propósito de esa posición. Luego se concentrará la atención en aquella parte de nuestro cuerpo que está en contacto con un objeto.

En la segunda parte de la sesión se practicará la media sonrisa, con el objetivo de aceptar y tolerar el propio cuerpo. Se pedirá a las participantes que se sienten con la

espalda erguida y sin moverse. Primero, deberán poner una cara sin ninguna expresión y experimentar qué se siente. Después, que relajen los músculos de la cara y que vuelvan a experimentar sus sentimientos. Finalmente les pediremos que hagan media sonrisa y que vuelvan a experimentar. Una media sonrisa consiste en elevar ligeramente las comisuras de los labios con una faz relajada.

Para acabar la sesión se animará a realizar alguno de los ejercicios de conciencia y de la media sonrisa durante la próxima semana (anexo 7)

Sesión 12: Evaluación, pros y contras

En esta sesión se realizará una lista de los pros y contras de tolerar y otra de no tolerar el malestar. Recordando las ocasiones en que el dolor ha finalizado, se animará a que piensen en las consecuencias positivas de tolerar el malestar. Por el contrario, se pedirá que piensen en las consecuencias negativas de no tolerar el malestar, recordando lo que ha sucedido en el pasado cuando se actúa impulsivamente para escapar del momento.

Para finalizar la sesión se pasará la batería de cuestionarios elaborada.

Terapia individual

La finalidad de la terapia individual es sensibilizar al paciente, favorecer la creación de vínculo, lograr compromiso y acuerdo terapéutico. Todo ello, tratando de reducir las conductas que comprometen la integridad física. Además, se analizarán los problemas motivacionales que pueden interferir en la adquisición de habilidades adaptativas en las sesiones de DBT. Se ha de lograr un equilibrio entre la aceptación de las emociones y las conductas y el esfuerzo por lograr su cambio.

A lo largo de las sesiones de terapia individual, se realiza un análisis del caso, identificando los episodios traumáticos y su relación con la sintomatología actual.

Psicoeducación

Esta sesión de dos horas de duración tiene como objetivo ofrecer una revisión sobre qué es el EMDR y en qué consiste su protocolo estándar de aplicación. Se explicará de manera teórica cómo se lleva a cabo la técnica, además de regular las expectativas explicando a las participantes qué pueden esperar durante y después del tratamiento.

EMDR individual para trauma

El protocolo estándar actual del EMDR incluye 8 fases: historial clínico, preparación, evaluación, desensibilización, instalación, exploración del cuerpo, clausura y reevaluación. Tanto el número de sesiones dedicadas a cada fase como el número de fases trabajadas en cada sesión pueden variar de una paciente a otra. Estas sesiones siguen el modelo de Shapiro, (2010).

Sesión 1:

En esta sesión inicial, se elaborará un plan de tratamiento. Se seleccionarán los recuerdos traumáticos a trabajar siguiendo el esquema temporal pasado-presente-futuro. En la segunda parte de la sesión, se explicará brevemente, de manera individualizada y realista, los efectos del tratamiento.

Sesión 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8:

Al inicio de cada una de las sesiones, se evaluarán los aspectos primarios del recuerdo con el que vamos a trabajar. Se le pide a la paciente que seleccione la imagen que mejor represente ese recuerdo y luego una cognición negativa auto referida, generalizable y enunciada en tiempo presente que tenga asociada a esa imagen. La paciente entonces especifica una cognición positiva que será utilizada más adelante. Esta nueva cognición debe expresar lo que la paciente desearía creer sobre sí misma al pensar en la imagen.

Se registran las puntuaciones iniciales de la validez de la cognición positiva y el grado de perturbación que está sintiendo cuando piensa en la imagen. Para ello se utiliza, respectivamente: la escala Validity of Cognition, VOC, de 7 puntos y la escala Subjective Units of Distress, SUD, puntuada de 0 a 10.

A continuación, para la desensibilización del recuerdo, se solicita a la paciente traer a su mente la imagen traumática junto con la cognición negativa, la emoción asociada y el malestar físico que esta le genera en el momento. Se inicia la estimulación bilateral, en este caso los movimientos oculares. Al finalizar cada tanda de estimulación, la paciente expresa lo que haya pensado o sentido. Las tandas se repetirán hasta el momento en el que no surja material nuevo y la imagen traumática ya no produzca malestar en el presente, obteniendo una puntuación 0 o 1 en la escala SUD.

Se le pide a la paciente que traiga a la mente la cognición positiva y que luego la asocie a la experiencia original. A continuación, se realizan tandas de estimulación

bilateral, con la finalidad de sustituir la cognición negativa por una positiva. Se continúa aplicando las series de movimientos oculares hasta que la paciente califique, en base a lo que siente a nivel visceral, la cognición positiva con un 7 en la escala VOC.

Lo que se pretende es que la paciente asuma y refuerce el hecho de tener control de la situación que la estaba bloqueando. La creencia positiva debe verse como verdad absoluta.

Por último, se solicita a la paciente que cierre los ojos y se concentre en la experiencia original, en la cognición positiva, y que observe su cuerpo mentalmente de arriba abajo. Se le pide que identifique cualquier tensión en forma de sensación corporal.

Si la paciente refiere sensaciones positivas, se hacen estimulaciones bilaterales para reforzarlo y si refiere algo negativo, se reprocesa hasta que desaparezca.

En el cierre de cada una de las sesiones es necesario asegurarse de que la paciente se sienta mejor que al principio.

Se explican los posibles efectos que pueden aparecer tras la sesión de EMDR y se ofrecen recomendaciones sobre lo que se debe hacer en cada caso. Por último, se le pide a la paciente que lleve un registro de cualquiera de estas experiencias relacionadas que puedan surgir.

Al inicio de las sesiones subsiguientes se valorarán los posibles efectos que la paciente haya podido experimentar desde la última sesión y se reevaluará el recuerdo trabajado para comprobar si se ha procesado de forma funcional.

Grupo control

El grupo control consta de 6 sesiones en grupo de TCC, 6 de terapia individual, psicoeducación en grupo la semana 1 y la 12 y psicoeducación para las participantes acompañadas de su familia la semana 5 y la 9.

Psicoeducación

Primera sesión de psicoeducación, semana 1: En esta sesión se explicarán los beneficios y las metas del programa, creando un contexto de confianza.

Segunda sesión de psicoeducación, semana 12: En esta sesión se pasarán los instrumentos de evaluación y se cerrará el programa de intervención sacando conclusiones acerca de este.

Terapia individual

La terapia individual permite mantener o incrementar la motivación de la paciente y el vínculo terapéutico. El objetivo de estas sesiones es dedicar un tiempo de forma individual a cada participante para que exprese sus experiencias acerca de la TCC de la semana correspondiente.

En la primera sesión de terapia individual se preguntará sobre sus expectativas y sensaciones sobre el programa. Además, se pasará la batería de cuestionarios elaborada.

TCC

Sesión 1: Técnicas de mindfulness

El objetivo de esta sesión es disminuir la confusión acerca del yo y el vacío a través de técnicas de conciencia plena.

Sesión 2: Habilidades interpersonales

En esta sesión, a partir de varias descripciones de situaciones interpersonales, se analizan los factores que contribuyen a la efectividad interpersonal y, por el contrario, los factores que la dificultan.

Sesión 3: Emociones

En esta sesión se mostrarán diferentes videos y se pedirá a las participantes que identifiquen las diferentes emociones expresadas por las protagonistas.

Sesión 4: Tolerancia al malestar

En esta sesión las participantes deberán contar una situación personal conflictiva ocurrida en los últimos días. Seguidamente se les animará a que disminuyan esa sensación de malestar emocional agarrando una almohada y lanzándola fuertemente contra el suelo.

Sesión 5: Solución de problemas

El objetivo de esta sesión será fomentar la adquisición de habilidades para la solución de problemas a través del role playing.

Sesión 6: Distorsiones cognitivas

En esta sesión se explicarán los diferentes errores de pensamiento. Se entregará a cada una de las participantes un ejemplo de pensamiento automático y cada una de ellas deberá proponer dos pensamientos alternativos además de identificar el tipo de error de pensamiento con la colaboración del grupo.

Psicoeducación con familias

Primera sesión, semana 5: El objetivo de esta sesión es sugerir habilidades interpersonales para que las participantes las pongan en práctica durante el mes siguiente. En cuanto a sus familiares, se explicarán habilidades que les permitan actuar como elementos facilitadores del cambio, suponiendo un apoyo en las situaciones que sean de especial dificultad como lo pueden ser las habilidades interpersonales que las pacientes deberán practicar próximamente.

Segunda sesión, semana 9: El objetivo de esta psicoeducación es afianzar los conocimientos adquiridos en las sesiones grupales anteriores, obteniendo feedback de los familiares. En la segunda parte de la sesión, se darán pautas para mejorar la comunicación con el familiar, poniendo ejemplos de situaciones cotidianas.

Recursos

Los recursos materiales, instrumentales y personales están descritos en base al presupuesto total del programa de intervención en el anexo 8. El coste por paciente será de 965 euros aproximadamente.

Resultados esperados

Para asegurar el cumplimiento de los objetivos propuestos, se analizarán los resultados de las evaluaciones realizadas antes y después de la intervención a través de un psicólogo que no tenga relación con la intervención. El objetivo de la evaluación externa es disminuir el riesgo de variables extrañas. Además, el programa se evaluará internamente por los psicólogos implicados en el programa a través de informes de seguimiento.

En base a la biografía existente sobre el tema, se espera que, en la primera evaluación (T1), las participantes de cada uno de los dos grupos obtuviesen resultados similares en las variables evaluadas. Sí, como se espera, este programa de intervención resulta eficaz, se observarían mejoras en los resultados esperados en la segunda evaluación (T2) en ambos grupos a la finalización del programa.

En cuanto a la impulsividad, se esperan puntuaciones menores en el BIS-11 en ambos grupos. Todas las participantes trabajarán la reducción de conductas impulsivas y desadaptativas presentes en el TLP; el grupo control mediante la TCC y el grupo experimental a través de la DBT. Sin embargo, se espera una mejoría significativa del

control de impulsos en las pacientes del grupo experimental, ya que el módulo de habilidades de conciencia plena de la DBT permite tener una conciencia más clara del contexto de su experiencia, lo cual prevendrá la puesta en marcha de conductas impulsivas desadaptativas como pueden ser las autolesiones o conductas suicidas.

En segundo lugar, se logrará una mejoría en tolerancia al dolor emocional y con ello reducir el afecto negativo de todas las participantes. No obstante, se espera una diferencia significativamente mayor a favor del grupo experimental. A partir de resultados observados en estudios previos, la resolución del trauma emocional es posible a través del empleo de habilidades planteadas en la DBT y la TCC de este programa. Además, las participantes del grupo experimental se beneficiarán del EMDR, que disminuirá la fuerza de los recuerdos episódicos de la situación traumática y del afecto negativo asociado a tales recuerdos. El resultado se podrá comprobar a través de puntuaciones menores en la SUD, que suponen menor intensidad subjetiva de la perturbación experimentada por el individuo y puntuaciones más altas en la VOC tras cada una de las sesiones de EMDR.

En comparación con la primera evaluación (T1), en la segunda (T2), se esperan puntuaciones más bajas en la DERS. Cuanto menor sea la desregulación emocional, menor será la evitación experiencial, la hostilidad, la somatización, la comparación negativa de sí mismo con otros, la impulsividad, la autolesión sin intención suicida, la desesperanza y los sentimientos de desamparo. En adicción, la disminución de las puntuaciones en la DERS supondrá una mejora en la sintomatología depresiva y ansiosa evaluadas a partir del STAI y el BDI.

Discusión

El programa de intervención propuesto persigue resolver el trauma emocional de las pacientes con TLP, así como una mejora de los síntomas de todas las participantes. Tras la aplicación de dicho programa, las participantes del grupo experimental adquirirán las habilidades necesarias para mejorar su gestión y control, fomentando de esta manera la recuperación del bienestar emocional.

Con la finalidad de conseguir los objetivos propuestos, el presente programa de intervención integra terapia individual, para mantener la motivación y la adherencia al tratamiento (Fernández, 1996). Además, estas cuatro sesiones anticipan la preparación de las sesiones de EMDR posteriores, mejorando la relación terapéutica (Norcross y Lambert, 2011). Es a través de las sesiones EMDR donde se reducirá el malestar

emocional asociado a los recuerdos de la situación traumática, procesando y codificando de manera adaptativa esas experiencias invalidantes las cuales son factores clave en el desarrollo del TLP (Shapiro, 2001)

Además, las sesiones de DBT también influirán en esta vulnerabilidad emocional controlando las emociones internas y facilitando la tolerancia de situaciones complicadas (Navarro-Haro et al., 2018). En adicción, a través de las sesiones de DBT, se entrenarán habilidades interpersonales, generalizándolas a las situaciones específicas de la vida de las pacientes.

El programa presente también trabajará con la sobrecarga emocional de los familiares de las pacientes, reduciéndola a través de la psicoeducación familiar, lo que conlleva a reducir de forma significativa los niveles de ansiedad que estas presentan (Flynn et al., 2017).

A pesar de ser un trastorno con alta intensidad de malestar, las personas con TLP presentan un pronóstico mejor de lo esperado y muestran una mayor mejoría de los síntomas al completar un tratamiento adecuado como lo es este programa de intervención (Biskin, 2015).. Sin embargo, aquellas personas que no reciben un tratamiento tienden a recaer en crisis continuas lo que conlleva una estigmatización en el sistema de salud mental (Zaheer et al., 2008).

La aplicación desarrollada en el programa supondrá un apoyo continuo en situaciones en las que las pacientes deberán hacer frente a un momento de crisis, incluso cuando el programa de intervención haya finalizado.

Es relevante destacar la importancia de las investigaciones realizadas hasta el momento acerca del TLP y su tratamiento, así como la eficacia del EMDR y de la DBT (Snoek et al., 2020).

Por último y en relación al programa tan completo que aquí se ha presentado, se estima que cuando se lleve a cabo y se demuestre su eficacia y viabilidad, se habrá conseguido cumplir el objetivo principal de este trabajo. Si no se cumple el fin último de este programa, se prolongará el tratamiento el tiempo necesario para resolver el trauma de las pacientes, aumentando el número de sesiones de EMDR. No obstante, el número reducido de sesiones planteadas tiene como finalidad disminuir la probabilidad de que las participantes abandonen prematuramente el programa sin llegar a finalizarlo, lo que se podría considerar una limitación. Desafortunadamente, aunque existan resultados de eficacia, se observa un abandono del tratamiento muy alto en comparación con otros trastornos (Carmona et al.,2018).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Barratt, Ernest S. (1965). *Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety.*, 16(2), 547–54. doi:10.2466/pr0.1965.16.2.547
- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD005652. doi:10.1002/14651858.CD005652
- Biskin, R. (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 60(7), 303-308.
<https://doi.org/10.1177/070674371506000702>
- Bozzatello, P., Bellino, S. (2020). *Interpersonal Psychotherapy as a Single Treatment for Borderline Personality Disorder: A Pilot Randomized-Controlled Study*. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 578910-. doi:10.3389/fpsyg.2020.578910
- Campbell, K., Clarke, K., Massey, D., & Lakeman, R. (2020). *Borderline personality disorder: To diagnose or not to diagnose? that is the question* Wiley.
doi:10.1111/inm.12737
- Carmona i Farrés, C., Pascual, J. C., Elices, M., Navarro, H., Martin-Blanco, A., y Soler, J. (2018). Factores predictores de abandono prematuro de terapia dialéctica conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 46(6), 226-233.
- Fernández, B. A. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología conductual*, 4(7), 723-140.
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Herley, S., y Suarez, C. et al. (2017). Family Connections versus optimised treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: non-randomised controlled study. *Borderline Personality Disorder And Emotion Dysregulation*, 4(1).
<https://doi.org/10.1186/s40479-017-0069-1>.
- Gratz K.L., Roemer L. (2004). *Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the*

- Difficulties in Emotion Regulation Scale.* 26(1), 41–54.
doi:10.1023/b:joba.0000007455.08539.94
- Hase, M. (2021). The structure of EMDR therapy: A guide for the therapist. *Frontiers in Psychology*, 12, 660753. doi:10.3389/fpsyg.2021.660753
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S. & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147–155.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM y Bohus M (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 181-205. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229
- May, J. M., Richardi, T. M., & Barth, K. S. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *The Mental Health Clinician*, 6(2), 62-67. doi:10.9740/mhc.2016.03.62
- Mosquera, D., & González, A. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 85-96. doi:10.5944/ap.10.1.7036
- Mosquera, D., & González-Vázquez, A. (2012). *Supplemento alla rivista di psichiatria*
- Mosquera, D., Leeds, A. M., & Gonzalez, M. A. (2016). La aplicación de la terapia EMDR en el trastorno límite de la personalidad. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(3), 115-132. doi:10.1891/1933-3196.10.3.E115
- Navarro-Haro, M., Pérez-Hernández, N., Serrat, S., y Gasol-Colomina, M. (2019). Efectividad y aceptabilidad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica comportamental para familiares de personas con trastorno de

- personalidad límite. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 23(3), 201. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21907>
- Norcross, J. C., and Lambert, M. J. (2011). “Evidence-based therapy relationships,” in *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness*, ed. J. C. Norcross (Oxford University Press), 3–21. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0001
- Novo Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., . . . Amann, B. L. (2016). 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 11(2), 101-114. doi:10.1016/j.rpsm.2015.12.002
- Paris, J., MD. (2018). Differential diagnosis of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 575-582. doi:10.1016/j.psc.2018.07.001
- Sanz, J., Perdigón, A.L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del Inventory para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2^a Ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2010). *EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. Editorial Pax México.
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). *Why are women diagnosed borderline more than men?* Springer Science and Business Media LLC. doi:10.1023/a:1026087410516
- Snoek, A., Beekman, A. T., Dekker, J., Aarts, I., van Grootenhuis, G., Blankers, M., . . . & Thomaes, K. (2020). A randomized controlled trial comparing the clinical efficacy and cost-effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and integrated EMDR-Dialectical Behavioural Therapy (DBT) in the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and comorbid (Sub) clinical borderline personality disorder: study design. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-18.

- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing ModelPotential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315-325. doi:10.1891/1933-3196.2.4.315
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L., y Lushene R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of personality disorders*, 4(3), 257-272.
- Temes, C. M., & Zanarini, M. C. (2019). *Recent developments in psychosocial interventions for borderline personality disorder* F1000 Research Ltd. doi:10.12688/f1000research.18561.1
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 42(10), 1015-1021. doi:10.1176/ps.42.10.1015
- Zaheer, J., Links, P. y Liu, E. (2008). Evaluación y manejo de emergencias del suicidio en los trastornos de la personalidad. *Clínicas psiquiátricas de América del Norte*, 31 (3), 527- 543. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.007>
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA y cols. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Pers Disord*. 2000; 14: 264-73.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2008). A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 284-290. doi:10.1521/pedi.2008.22.3.284

Anexos

Anexo 1: Criterios diagnósticos propuestos

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

1. Identidad: autoimagen marcadamente pobre, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada a un exceso de autocritica; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés.
2. Autodirección: inestabilidad en las metas, aspiraciones, valores o planes de futuro.
3. Empatía: capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociada a la hipersensibilidad interpersonal (con tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerables.
4. Intimidad: relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad y la preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario; las relaciones íntimas son vistas dicotómicamente entre la idealización y la devaluación, que conlleva a la alternancia correspondiente entre sobre implicación y distanciamiento.

B. Cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser (5) impulsividad, (6) la toma de riesgos, o (7) hostilidad:

1. Labilidad emocional (un aspecto de la afectividad negativa): experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa y/o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.
2. Ansiedad (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.

3. Inseguridad de separación (un aspecto de la afectividad negativa): temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía.
4. Depresión (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos frecuentes de estar hundido, de ser miserable y/o no tener esperanza; dificultad para recuperarse de este tipo de estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima; ideación y comportamiento suicida.
5. Impulsividad (un aspecto de la desinhibición): actuar en el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos, actuando de forma repentina y sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias, dificultad para trazar o seguir los planes; sentido de urgencia y comportamiento autolesivo en virtud de la angustia emocional.
6. Asunción de riesgos (un aspecto de la desinhibición): implicarse en prácticas peligrosas, de riesgo, y actividades potencialmente dañinas para sí mismo, innecesariamente y sin atender a las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones, y negación de la realidad del peligro personal.
7. Hostilidad (un aspecto del antagonismo): sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.

Anexo 2: Desarrollo de la aplicación

En primer lugar, la paciente deberá elegir entre seis opciones:

1. Miedo al abandono, sentimientos de vacío
2. Autoimagen y sentido del yo
3. Pérdida de contacto con la realidad
4. Relaciones interpersonales
5. Control de impulsos, conductas autodestructivas
6. “Nombre de la paciente”

La elección dependerá de los síntomas que la paciente reconozca en el momento de la crisis. Si sus síntomas en la crisis actual se parecen a los síntomas que suele percibir en otras crisis, la paciente elegirá la opción número 6, la opción que lleva su nombre. Esta opción es individual para cada paciente, será programada y ajustada según las características y síntomas prevalentes de cada usuario a partir de la terapia individual. La opción estará disponible a partir de la semana 5.

Al entrar en la app, los usuarios podrán leer un mensaje recordándoles la importancia de aceptación del programa terapéutico y la involucración en el desarrollo de éste.

Cada una de las opciones tienen tres objetivos generales: cognitivos, emocionales y conductuales. Para lograr estos objetivos, en cada una de las opciones se les proporcionarán herramientas y técnicas a seguir.

Para lograr los objetivos cognitivos, ayudaremos a reconstruir la autoimagen inestable característica de los pacientes con TLP, modificaremos los pensamientos automáticos y dicotómicos, produciendo cambios en sus creencias equívocas. Además, motivaremos a las pacientes a perseguir objetivos concretos, contribuyendo a su sentido del yo.

El segundo objetivo de “CriPsis” es el descenso de la intensidad y la variabilidad de los estados emocionales. Para ello, la app proporcionará información acerca de las diferentes emociones y sus orígenes, técnicas de relajación y entrenamiento en empatía y asertividad.

Por último, la app está centrada en la conducta. El objetivo principal es la disminución o eliminación de la conducta autolítica. Para ello, la app proporciona estrategias de afrontamiento.

Anexo 3: Mitos acerca de la efectividad interpersonal

1. No soporto que la gente se enfade conmigo
2. Si me dicen que no, “me da algo”
3. No me merezco lo que quiero o necesito
4. Soy una persona débil si pido algo
5. Si no puedo arreglarme yo solo, debo ser un incompetente
6. Antes de pedir algo, necesito saber si van a responder que “si”.
7. Pedir es de gente maleducada
8. Da igual; en realidad, no me importa
9. Si pensase de otra manera no tendría que molestar a todo el mundo, por lo tanto, el problema está en mi cabeza.
10. Decir que “no” a una petición es siempre muy egoísta
11. Es obligatorio estar dispuesto a sacrificarme por los demás

Anexo 4: Afirmaciones de ánimo para la efectividad interpersonal

1. No hay nada malo en desear o necesitar algo de alguien
2. Puedo pedirle a alguien lo que quiero y necesito
3. No obtener lo que deseo o necesito es soportable
4. Si alguien me responde que “no” a una petición, no significa que no tenía que haberlo pedido
5. El hecho de no cumplir mis objetivos no es necesariamente porque no lo intentase como debía
6. Defender las “pequeñas” cosas que quiero y necesito puede ser tan importante como las “grandes” cosas para los demás
7. Defender mis derechos no me convierte en una mala persona
8. Tengo el derecho de hacerme valer, aunque esto pueda molestar a otras personas en algunas ocasiones
9. El hecho de que los demás no sean tan asertivos no significa que yo no lo tenga que ser
10. Puedo comprender y aprobar a los demás mientras pido lo que quiero
11. Ninguna ley dice que las opiniones de los demás son más válidas que la mía
12. Dar, dar y dar no es el único propósito en la vida. Yo también soy una persona importante en este mundo
13. Si me niego a hacerle un favor a alguien, es muy probable que lo entienda
14. Ante la petición de un favor, no tengo la obligación de decir que “sí”
15. Decir “no” a alguien no me convierte en una persona egoísta
16. Si digo que “no” a la gente y se enfadan, eso no significa que debería haberles dicho que “sí”
17. Aunque alguien se enfade conmigo, todavía me puedo sentir bien

Anexo 5: El diario de emociones

Nombre:

Anota las emociones (desde la más fuerte del día, la más larga, la más dolorosa o la que nos ha dado más problemas) más importantes del día. Después, analízalas.

El diario de emociones

	Emoción	Evento	Función de la emoción
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Anexo 6: Actividades agradables

1. Darse un largo baño en la bañera.
2. Planear la carrera profesional.
3. Pagar las deudas y librarse definitivamente
4. Coleccionar cosas (monedas, conchas, etc.).
5. Ir de vacaciones.
6. Pensar en el inicio de las vacaciones
7. Reciclar objetos antiguos.
7. Tener una cita (y acudir a ella).
8. Relajarse.
9. Ir a ver una película un día laborable.
10. Correr, caminar.
11. Escuchar música.
12. Comprar complementos para la casa.
13. Tomar el sol
14. Reír.
15. Pensar en antiguos viajes realizados.
16. Escuchar a los demás.
17. Leer revistas o periódicos.
18. Pasar una noche con viejos amigos.
19. Planear las actividades del día.
20. Conocer a gente nueva.
21. Recordar un paisaje maravilloso.
22. Ahorrar dinero.
23. Volver a casa andando desde el trabajo.
24. Comer.
25. Practicar kárate, judo o yoga.
26. Pensar en la jubilación.
27. Reparar cosas de la casa.
28. Trabajar en el coche (o en la bicicleta).
8. Recordar las palabras y buenas acciones de la gente a la que amamos.
29. Llevar prendas sexualmente atractivas.
30. Tener tardes-noches tranquilas.
31. Cuidar de las plantas.
32. Comprar y vender cosas.
33. Ir a nadar.
34. Dibujar o hacer garabatos.
35. Hacer ejercicio.
36. Ir a una fiesta.
37. Hacer volar cometas.
38. Tener debates con los amigos.
39. Tener reuniones familiares.
40. Practicar el acto sexual.
41. Ir de acampada.
42. Cantar por la casa.
43. Ir a la playa.
44. Pensar que se es una buena persona.
45. Dedicar un día a no hacer nada.
46. Viajar
47. Cocinar
48. Ir a ver monumentos
49. Besarse
50. Hacer fotografías

Anexo 7: Ejercicios de observación de la respiración y de media sonrisa

Observar la respiración

- Respiración profunda: tumbarse y respirar centrando la atención en el movimiento del estómago. Inspirar y permitir que nuestro estómago se expanda de manera que entre el aire en la parte baja de los pulmones. La espiración debe ser más larga que la inhalación.
- Medir la respiración mediante los pasos, respirar con normalidad. Determinar la longitud de la respiración, la inspiración y la espiración, mediante el número de zancadas que damos.
- Contar la respiración: A medida que se inhala, prestar atención al proceso y pensar “Estoy inspirando, 1”. Cuando se espira, estar atentos a que “Estoy espirando, 1”. Continuar hasta 10, siempre que se pierda la cuenta volver al 1.
- Observar la respiración mientras se escucha música: hacer respiraciones largas, suaves y regulares. Observar la respiración siendo conscientes del sentimiento de la música al mismo tiempo.

Media sonrisa: practicar la media sonrisa mientras se inhala y se exhala, relajando el cuerpo.

- Media sonrisa cuando nos acabamos de despertar por la mañana
- Media sonrisa durante los ratos libres
- Media sonrisa mientras escuchamos música
- Media sonrisa cuando nos enfadamos
- Media sonrisa estando sentados
- Media sonrisa mientras contemplamos a la persona a la que más odiamos o despreciamos

Anexo 8: Presupuesto para el programa de intervención

Gastos fijos del programa de intervención: Total 2.350 euros

Gastos fijos del programa de intervención

	Total (unidades)	Precio por unidad	Coste total (euros)
Biomarcadores en orina y sangre	84	20	1.680
Material de oficina (fotocopias, carpetas, folios, bolis, cinta adhesiva color)	1	300	300
Almohadas	14	5	70
Desarrollo de la aplicación	1	300	300

Alquiler: Total 4.080 euros al trimestre

Sala para 60 personas (con proyector, pantalla y ordenador)

	Psicoeducación familiar (GE)	Psicoeducación familiar (GC)	Total	Precio la hora (euros)	Coste total (euros)
Horas	2	4	6	50	300

Sala para 20 personas (con proyector, pantalla y ordenador)

	DBT (GE)	TCC (GC)	Psicoeducación (GE)	Psicoeducación (GC)	Total	Precio la hora (euros)	Coste total (euros)
Horas	24	12	2	4	42	30	1.260

Despacho (equipado con dos sillones, ordenador y capacidad para aproximadamente cuatro personas)

	Terapia individual (GE)	Terapia individual (GC)	EMDR (GE)	Total	Precio la hora (euros)	Coste total (euros)
Horas	56	84	112	252	10	2.520

Personal: Total 22.160 euros al trimestre

Psicólogo con acreditación de Clínico EMDR

	Terapia Individual (GE)	EMDR (GE)	Psico-educación Familiar (GE)	Psico-educación (GE)	Oficina	Total	Precio la hora (euros)	Coste total (euros)
Horas	56	112	2	2	24	196	60	11.760

Psicólogo especializado en habilidades sociales de la DBT

	DBT (GE)	Oficina	Total	Precio la hora (euros)	Coste total (euros)
Horas	24	24	48	50	2.400

Psicólogo íntegro para el grupo control

	Terapia Individual (GE)	TCC (GE)	Psico-educación Familiar (GC)	Psico-educación (GC)	Oficina	Total	Precio la hora (euros)	Coste total (euros)
Horas	84	12	4	4	24	128	50	6.400

Psicólogo que llevará a cabo el análisis de resultados

Se llevará a cabo el análisis de resultados por un psicólogo externo al programa.

Trabajará un total de 80 horas, a 20 euros la hora. Esto supone un coste total de 1.600 euros.

Presupuesto total del programa de intervención

	Total (euros)
Gastos fijos del programa de intervención	2.350
Alquiler	12.240
Personal	66.480
Total (euros)	81.070

Coste por paciente (en euros) 965,11.