



Universidad
Zaragoza

1542

Trabajo Fin de Grado

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN
LA TERAPIA DIALEÁCTICO CONDUCTUAL EN MUJERES
DIAGNOSTICADAS DE ANOREXIA NERVIOSA CON ALTO
RIESGO DE SUICIDIO**

Alumna:

Laura Oliva Lalana

Directora:

Prof^a Adriana Jiménez-Muro

Grado en Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Universidad de Zaragoza

Curso 2015-2016

Índice

1. RESUMEN. ABSTRACT	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	4
4. OBJETIVO PRINCIPAL Y OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	7
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	8
5.1. PARTICIPANTES.....	8
5.2. INSTRUMENTOS.....	8
5.3. LOCALIZACIÓN Y RECURSOS.....	10
6. DISEÑO.....	10
7. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN: GRUPO INTERVENCIÓN.....	11
8. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN: GRUPO CONTROL.....	19
9. LIMITACIONES.....	19
10. CONCLUSIONES.....	20
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
12. ANEXOS.....	23

Resumen

La anorexia nerviosa (AN) es un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) que presenta tasas de comportamientos suicidas y/o autodestructivas más altas que en otros trastornos psiquiátricos (o la población en general) y para las que aún no existe ningún tratamiento eficaz a largo plazo. El objetivo de este programa es prevenir el suicidio en mujeres mayores de 18 años diagnosticadas de anorexia nerviosa con más de cinco años de evolución. Se propone para ello la aplicación de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) de Marsha Linehan (1993). Las participantes del programa serían 30 mujeres diagnosticas de AN con más de cinco años de evolución y alto riesgo de suicidio. Quince de estas mujeres serían tratadas con una terapia cognitivo conductual, a las restantes se les aplicaría la DBT. Para poder evaluar su eficacia como solución a la tasa elevada de suicidio, el programa se realizaría en una situación experimental en la cual se comparará la DBT frente a la Terapia Cognitivo-Conductual.

Palabras claves: Terapia Dialéctico Conductual; anorexia nerviosa; suicidio; mortalidad

Abstract

Anorexia nervosa (AN) is a Eating Disorder whose rates of suicidal behavior in and self-injury are higher than in other mental disorders (or the general population), and for which there isn't effective long-term treatment at the present day. The aim of this program is prevent suicide intervention in women over age 18 diagnosed with AN with five years (or more) of evolution. For that, Dialectical Behavior Therapy (DBT) (Linehan, 1993) would be appropriate. The participants of the program would be 30 women diagnosed with anorexia with five year (or more) of evolution and high risk of suicide. Fifteen of these women would be treated with cognitive-behavioral therapy, the others would apply DBT. In order to evaluate the efficiency of the therapy as a solution to the high rate of suicide, the program would be conducted in a experimental situation in which DBT is compared to the Cognitive-behavioral Therapy.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy (DBT); anorexia nervosa; suicide; mortality

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entre los que se incluye la anorexia nerviosa (AN), constituyen un grupo de enfermedades crónicas que provocan un malestar físico, social, psicológico y emocional. Como afirman Harrington, Jimerson, Haxton y Jimerson (2015), alrededor del 90% de los pacientes con un trastorno alimentario son mujeres. De esta proporción, en torno al 95% comprenden edades entre 12 y 25 años.

La persona que tiene anorexia tiende a no aceptarse a sí misma, a despreciar partes de su cuerpo y a buscar continuamente la aprobación de los demás. Son descritas como personas ansiosas, muy perfeccionistas, poco seguras de sí mismas, con tendencia a la depresión, obsesivas-compulsivas, con muy baja autoestima y que presentan ideación suicida en muchos casos. Las tasas de comportamientos suicidas y/o autodestructivas son más elevadas que las de las personas sanas, y comparable, o mayor, a otras poblaciones psiquiátricas. En 2011, la estimación de las muertes por suicidio de personas con AN estaba aproximadamente entre el 20 y el 40%. (Guillaume et al., 2011).

Su tratamiento consiste en una combinación de rehabilitación nutricional, farmacología y tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales. Pese a la eficacia demostrada de estos tratamientos a corto plazo, el pronóstico a largo plazo no es tan favorable. Un tercio de estos pacientes aún cumple los criterios del trastorno tras cinco años de evolución (Fairburn, Cooper, Doll, Norman y O'Connor, 2000) (Navarro, 2013). Por tanto, sería recomendable un nuevo tipo de tratamiento en el que se combinen los métodos anteriores, que se focalizan en la resolución del problema alimentario y físico, con una nueva terapia que se centre en los problemas psicológicos que este trastorno conlleva, más específicamente, en la ideación suicida. Es en este punto donde la Terapia Dialéctico Conductual (*Dialectical Behavior Therapy, DBT*), ideada por Marsha Linehan (1993), podría presentar buenos resultados.

Justificación teórica

Los TCA son una de las enfermedades crónicas más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes. Se caracterizan por presentar una alteración del patrón de ingesta o

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual

de la conducta sobre el control del peso, produciéndose un deterioro tanto físico como psicosocial. Debido a dicho deterioro, el cuerpo no se nutre adecuadamente, lo que afecta a todo el organismo y a su funcionamiento cerebral, perpetuando así el trastorno.

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria se distingue entre la AN, la bulimia nerviosa (BN) y otros trastornos no especificados. La AN consiste en la pérdida de peso provocada por la propia persona y que lleva a un estado de inanición. Se caracteriza por el temor a aumentar de peso y por la percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que la persona se vea a sí misma físicamente más grande, aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendable. Esa percepción provoca una disminución progresiva del peso a través de la reducción de la ingesta. Se asocia con alteraciones psicológicas graves que provocan cambios de comportamiento y emocionales.

Su aparición se enmarca desde hace más de dos siglos en los países occidentales. Sin embargo, se ha ido originando un aumento cada vez más progresivo de su incidencia y prevalencia, esto se debe a factores sociales y culturales, como son la idealización social sobre la forma del cuerpo y el peso deseados según los cánones de belleza. A pesar de que el estilo de crianza ha sido descartado como una causa primaria de la AN, sí son considerados factores de riesgo. El estrés en el hogar, la continua discordia entre los padres y el énfasis en el éxito y las recompensas externas pueden contribuir a la aparición de la ansiedad y de unos rasgos de personalidad específicos. Asimismo, las consecuencias físicas de la AN (desnutrición, bajo peso) pueden afectar a la personalidad al agravar patrones de conductas desadaptativos resistentes. (Rodríguez, Mata, Moreno, Fernández y Vila, 2007). (Navarro, 2013). Entre estos rasgos de personalidad destaca la dificultad para tolerar la intensidad de las emociones, lo que da lugar a conductas de escape o de evitación del dolor emocional a través de comportamientos impulsivos, autolesivos. Las autolesiones y el comportamiento suicida ocurren con relativa frecuencia en pacientes niños y adolescentes con trastornos de la alimentación, siendo una de las principales causas de muerte en la AN y la BN. (Koutek, Kocourkova y Dudova, 2016).

Más específicamente, y según el estudio de Franko et al. (2013), las tasas de mortalidad son más altas en la AN que en otros trastornos psiquiátricos o que en la población en general, situándose a largo plazo alrededor de un 10%. Esta muerte se

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual

produce por inanición, suicido o desequilibrio electrolítico. Después de 20 años o más de duración del trastorno, la mortalidad es del 18%, predominando entonces el suicidio como principal causa. (DSM-IV-TR, 2002).

En el meta-análisis realizado por Hartmann et al. (2011) se evaluó la eficacia de los diferentes tratamientos psicológicos para la AN, como la terapia basada en la familia, la terapia cognitivo-conductual o la terapia cognitivo-analítica, entre otras. Sin embargo, no encontraron ninguna evidencia de la superioridad de un enfoque de tratamiento sobre otro, teniendo, en general, mejor éxito a corto plazo que a largo plazo.

Actualmente, la AN sigue siendo un trastorno con elevadas tasas de mortalidad y una para la que aún no se ha obtenido un tratamiento eficaz. Dada la falta de evidencia de los tratamientos existentes, se hace necesario el estudio de nuevos enfoques de tratamientos innovadores que pueden ser adecuados para la anorexia nerviosa, en particular para aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio. (Lynch et al. 2013).

Linehan (1993) desarrolló una aproximación dialéctica, la Terapia Dialéctico Conductual “*Dialectical Behavior Therapy*” (DBT) que busca la resolución de las conductas suicidas, consideradas como de evitación emocional. El objetivo básico es que el paciente aprenda a modular esa emocionalidad extrema, reduciendo así las conductas desadaptativas procedentes de su estado anímico. A su vez, se pretende que aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos.

Mientras que la terapia cognitivo-conductual se centra en conseguir la solución de los problemas emocionales a través del cambio conductual y cognitivo. La DBT busca este cambio a partir de la aceptación y validación.

Entre las estrategias terapéuticas de la DBT se incluye la aceptación de las experiencias del paciente (validación de su dolor emocional y sufrimiento) y se ofrecen nuevas estrategias de afrontamiento, entre ellas, la refocalización del significado en su vida y el trabajo en valores del paciente, la exposición a emociones intolerables para él, la prevención del escape emocional y la introducción del enfoque dialéctica (aproximación que valida y reconoce el sufrimiento y el dolor emocional, pero promoviendo el aprendizaje de nuevas y diferentes estrategias para su afrontamiento).

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual

La DBT entiende a las personas como emocionalmente vulnerables, es decir, con reacciones emocionales rápidas, intensas y difíciles de controlar, que buscan soluciones rápidas, muy a corto plazo, a su malestar, aliviándose momentáneamente. Asimismo, su ambiente puede no otorgarle la atención que están requiriendo o no se sienten comprendidos por su entorno, definiéndose entonces para ellos como un ambiente invalidante.

Para concluir, la falta de un tratamiento que sea eficaz a largo plazo para este trastorno hace patente la necesidad de diseñar un programa de tratamiento novedoso e innovador, que suponga una nueva terapia, la cual ya ha demostrado tener una gran eficacia en otros trastornos como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Por razón de que este trastorno presenta comorbilidad con los TCA (29% con la AN) (Bornstein, 2001) (Navarro, 2013), podría ser efectiva utilizar esta terapia en el tratamiento habitual de la AN.

Para poder evaluar su eficacia como nuevo posible tratamiento multimodal de la AN y, más concretamente, como solución a la tasa elevada de suicidio, el programa que aquí se plantea se realizaría en una situación experimental en la cual se comparase la DBT de Marsha Linehan con la Terapia Cognitivo-Conductual, tratamiento más utilizado para la AN en la fecha actual.

Objetivo principal y objetivos secundarios

Por todo lo anteriormente explicado, el objetivo principal de este programa de intervención es prevenir el suicidio en mujeres mayores de 18 años diagnosticadas de AN en las que el trastorno persiste desde hace 5 años o más.

Los objetivos secundarios son:

- Tolerar el malestar intenso y extremo que precede al intento de suicidio, en lugar de solucionarlos de una manera autolesiva.
- Disminuir la vulnerabilidad emocional (excesiva respuesta y reactividad hacia los estímulos exteriores).
- Incrementar las habilidades sociales.

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual

- Mejorar la autoestima y el autoconcepto.

El objetivo al realizar el programa en una situación experimental es el de evaluar la eficacia de la DBT en la consecución de estos objetivo. Por esta razón, se dividirán a los participantes de forma aleatoria en dos grupos, uno en el que se aplicará la DBT, y otra que continuará con el tratamiento habitual y común para la AN. De este modo, tras finalizar el programa y evaluar a las participantes de nuevo, se podrá comprobar si se han cumplido los objetivos propuestos y si ha habido mejores resultados en las pacientes del grupo tratado con DBT.

Materiales y métodos

Participantes

Los destinatarios de esta intervención preventiva serán mujeres mayores de edad legal diagnosticadas de AN que presenten cinco años de evolución y alto riesgo de suicidio. Dichas destinatarias se seleccionarán tras una revisión de sus historiales clínicos en la que el profesional valorará la evolución que ha presentado la participante desde el comienzo del trastorno hasta el momento actual. A su vez, se evaluará el nivel de riesgo de suicidio de cada una, siendo un requisito imprescindible que sea elevado.

El programa de intervención se desarrollará con 30 mujeres que se dividirán en dos grupos de manera aleatoria, pudiendo pertenecer al grupo de intervención o al grupo control. En algunas sesiones se requerirá que esté presente la figura de apego más importante de cada paciente (familiar, pareja, etc.). Se pedirá consentimiento informado previo al comienzo del estudio.

Instrumentos

Para evaluar la ideación suicida de cada participante, se les realizará la *Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)* de A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman (1979) (Anexo 1). Esta escala de 20 ítems mide la actitud ante la vida/muerte, los pensamientos e ideación suicidas, y los intentos de suicidio previos. Presenta alta consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach de 0,89-0,96) y

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual

fiabilidad interjueces de 0,83. Correlaciona con la *Escala de Desesperanza de Beck (BDI)* de 0,25-0,75; y con la *Escala para la Evaluación de Depresión de Hamilton* en 0,30.

Para la evaluación de la autoestima se administrará la *Escala de Autoestima de Rosenberg* (1965) (Anexo 2). Esta escala consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite que la puntuación mínima sea 10 y la máxima sea de 40. Los puntos de corte son: autoestima baja (10-25 puntos), autoestima media (26-29 puntos) y autoestima elevada o normal (30-40). La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,89, y su fiabilidad, de 0,80.

En relación a la vulnerabilidad emocional y el entrenamiento y uso de habilidades que se han adquirido (regulación emocional, Mindfulness, tolerancia al malestar), sería necesaria su evaluación objetiva a través de cuestionarios. Debido a la escasez de métodos de evaluación de la vulnerabilidad emocional, se evaluará la regulación emocional como algo inverso a esta. Para evaluarla se pasará el *Cuestionario de Regulación Emocional (Emotion Regulation Questionnaire)* de Gross y John (2003) (Anexo 3). Este instrumento posee 10 ítems en la que los participantes indican su acuerdo con cada afirmación en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Ha obtenido un coeficiente alfa de 0,79 y 0,73 para sus subescalas (reevaluación y supresión) y una puntuación de 0,79 en el test-retest en ambas subescalas.

Para medir el nivel de Mindfulness se utilizará el Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness (*Five Facets Mindfulness Questionnaire-FFMQ*) de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney (2006) (Anexo 4), el uso de este cuestionario es acertado debido a su estrecha relación con la aproximación que la DBT tiene sobre el Mindfulness. Este cuestionario comprende 39 ítems en escala Likert de cinco grados (entre 1-5). Los cinco factores evaluados son: observación (8 ítems), descripción (8 ítems), no juzgar (8 ítems), no reactividad (7 ítems) y actuar con conciencia (8 ítems). Presenta una buena consistencia interna ($\alpha=0,88$).

Y, por último, para la evaluación del uso de habilidades se pasará el *DBT- ways of coping check list (DBT-WCCL)* de Neacsiu, Rizvi, Vitaliano, Lynch y Linehan (2010) (Anexo 5). Esta escala está constituida por 59 ítems en escala Likert de cuatro grados (entre 0-3) fue diseñada para poder evaluar el uso de las habilidades enseñadas

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual específicamente en la DBT. Presenta muy buenas propiedades psicométricas con una fiabilidad test-retest de 0,71.

Asimismo, hay que tener presente las evaluaciones que se realizarán en cada sesión a través del diario DBT (véase ejemplo de Diario DB) y las observaciones de los profesionales que, a pesar de no contener un rigor científico objetivo, no pueden ser obviadas (Anexo 7).

Localización y recursos

El programa se llevará acabo en dos salas: un despacho donde se realizarán tanto las sesiones individuales como las sesiones con la figura de apego, y otra más amplia en la que se desarrollarán las sesiones grupales.

En relación a los recursos materiales, únicamente será necesario el mobiliario básico de un despacho y un mínimo de 15 sillas para las sesiones en grupo. Respecto a los profesionales necesarios para el programa, para el grupo de intervención tendrán que ser mínimo dos: uno encargado tanto de las sesiones individuales como las que está presenta la figura de apego, y otro para las sesiones grupales. Ambos tendrán que haber sido formados previamente en DBT. En cambio, para el grupo control solo será necesario un profesional que esté formado en terapia cognitivo-conductual.

Diseño

El programa tendrá una duración total de 18 meses, tanto para el grupo de intervención como para el grupo control. A ambos grupos se les administrarán, en el caso de que así se requiera, la medicación correspondiente en la dosis que el especialista en psiquiatría considere. Asimismo, se pasarán las escalas de evaluación en la primera y última sesión de cada grupo. De este modo, se podrá realizar una evaluación pre-post.

El grupo intervención asistirá dos veces a la semana de forma individual los seis primeros meses. En este período de tiempo, una vez cada mes tendrán una sesión adicional en la que asistirá con ella su figura de mayor apego (padre, madre, hermano, pareja, etc.). A partir del séptimo mes, comenzarán las sesiones en grupo con otras mujeres con AN pertenecientes a este grupo una vez a la semana, las sesiones individuales pasarán a ser una vez a la semana y las sesiones con la figura de apego

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual

serán cada dos semanas. A partir del duodécimo mes hasta el final del programa, las sesiones individuales serán cada dos semanas, y las otras dos (grupales y con la figura de apego) una vez al mes.

El grupo control asistirá una vez a la semana de forma individual los nueve primeros meses. A partir del décimo mes asistirá cada dos semanas. Se va a tratar de un tratamiento cognitivo-conductual individual, por lo que no asistirán a sesiones grupales ni con la figura de apego.

Desarrollo de la intervención: Grupo intervención

En el Anexo 6 se muestra la planificación del programa que se llevará a cabo en 18 meses con el grupo intervención, especificando los objetivos de cada tipo de sesión según la fase en la que se encuentre y las técnicas recomendadas.

La primera sesión (Anexo 6, tabla 1) denominada «pretratamiento», consistirá en una toma de contacto inicial entre terapeuta y paciente (una preparación del escenario de actuación) con el objetivo de comenzar a establecer una relación terapéutica que será fundamental para el buen desarrollo de las posteriores sesiones. Se establecerán las metas de la terapia y se orientará a la paciente hacia la misma. La paciente se presentará y contará cuál es su situación actual y el motivo por el que está ahí. Tras la presentación, se hablará de las metas terapéuticas que se pretenden, para ello el terapeuta le explicará qué son los TCA, qué es y en qué consiste la AN más específicamente, y la eficacia que ha demostrado tener la DBT, en general. Finalmente, se llegará a un acuerdo entre la paciente y el terapeuta. Por la parte de la paciente, esta se comprometerá a asistir a las sesiones y a no realizar conductas suicidas u otras que interfieran con el transcurso de las sesiones. Por su parte, el terapeuta se comprometerá a asistir a las sesiones, ofrecer un número de contacto telefónico que estará disponible en momentos de emergencia, confidencialidad, respeto hacia la paciente y una continua retroalimentación. De este modo, se pretende motivar a las pacientes con la terapia y resolver sus posibles dudas, a la vez que ellas toman conciencia de que son consideradas y respetadas como iguales al llegar a un acuerdo con el terapeuta en lugar de limitarse a seguir las instrucciones.

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual

La paciente contará entonces con el teléfono del terapeuta, que tendrá que ser usado en las situaciones de desbordamiento emocional en la que la paciente esté intentando escapar de lo que siente a través de la autolesión o suicidio. El uso del teléfono conlleva tres reglas: 1) los actos suicidas o autolesivos siempre se analizarán en profundidad, 2) la realización de este tipo de conductas conllevará el no poder llamar al terapeuta en un período de 24 horas, 3) no se le permitirá el manejo de fármacos peligrosos.

El programa en este grupo está dividido en tres fases que presentan diferentes objetivos y duración, siendo un requisito superar la fase en la se está para poder pasar a la siguiente. La fase I tiene una duración completa de un año, la fase II abarca cuatro meses, y la fase III dos meses.

FASE I

El programa comenzará en la fase I (Anexo 6, tabla 2). La terapia se centrará en cumplir las metas principales a través de las sesiones individuales, las sesiones con la figura del apego y, a partir del séptimo mes, con las grupales. Las metas terapéuticas están jerarquizadas de la siguiente manera: 1) reducción de las conductas suicidas, 2) reducción de las conductas que interfieren en la terapia (no asistir o llegar tarde, no colaborar, no realizar las tareas que se mandan para casa), 3) reducción de las conductas que interfieren en la calidad de vida, 4) incremento de las habilidades sociales.

Sesiones individuales

En estas sesiones se trabajará en función de la jerarquía de las metas, así se tendrá un orden preestablecido de los temas a tratar. Por ejemplo, en el caso de que estemos tratando la reducción de las conductas que interfieren en la calidad de vida (tercera meta), si la paciente ha intentado suicidarse (primera meta), se volverá a trabajar en la reducción de las conductas suicidas al ser esta prioritaria.

En cada sesión se usarán tanto estrategias de validación (aceptación) como de solución de problemas (cambio) de un modo equilibrado, para así conseguir integrar estos dos polos opuestos: el de aceptar a la vez que cambiamos. Consiguiendo una solución situada en el punto medio de ambos polos.

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual

Se realizará el diario DBT (Anexo 7). Al principio de cada sesión se revisará el progreso conseguido en la anterior. En el momento en el que las sesiones en grupo hayan comenzado, se comprobará el progreso que se esté obteniendo en esas sesiones poniendo en práctica alguna de las habilidades enseñadas. Como más adelante se explica, en el apartado «sesiones en grupo», la identificación de los obstáculos para el cambio emocional se comenzará a trabajar en las sesiones grupales, pero se desarrollarán más en profundidad en las individuales, para poder así abordar esta identificación de una forma más personalizada.

En cada sesión, se le preguntará por su estado de ánimo, y se focalizará en lo que está sintiendo en ese momento, sobre todo si está interfiriendo en la terapia. Posteriormente, se evaluará el problema a tratar en la presente sesión (conductas suicidas, conductas que afectan a la calidad de vida como la falta de ingesta de alimentos, el uso de laxantes, etc.). Primero, se definirá el problema descomponiéndolo en: contexto, conductas que ocurren, pensamientos que se tienen, emociones. Además se describirán las conductas a partir del análisis conductual (antecedentes, consecuentes) para así proporcionar información suficiente para formular hipótesis con el fin de poder clarificar su función y el por qué se mantiene. Después, se aplicarán estrategias centradas en la solución de problemas. Por ejemplo, a raíz de cada conducta problema se ayuda a la paciente a que genere y analice soluciones al problema que provoca la conducta y se le orienta a una solución más adecuada. Una vez generada una solución más viable, se generaliza a la vida cotidiana bajo situaciones hipotéticas. Si la paciente no colabora en la modificación de su conducta, se discutirá con ella los objetivos de la terapia, hasta llegar al objetivo de forma democrática, no autoritaria. En el caso de que siga sin cooperar, se le sugerirá que abandone la terapia por un tiempo o se le derivará a otro profesional.

El terapeuta también reforzará las conductas adaptativas, extinguirá las desadaptativas, generará contingencias aversivas y moldeará para reforzar las conductas. Siendo su actitud durante todas las sesiones de aceptación (validación) del paciente. No se le juzgará ni criticará, en su lugar, se le mostrará interés, se adoptará la escucha activa durante todo su discurso, se reflejarán y expresarán los sentimientos, pensamientos, conductas verbales y no verbales; y se le intentará dar una explicación de la conducta del paciente a cuestión para así poder comprender mejor sus problemas. Por ejemplo, la paciente se ha autolesionado como medio de escapar de sus emociones. De

este modo, se valida la dificultad real del paciente, que no es en sí la conducta autolesiva, sino un problema en su regulación emocional.

Se finalizará cada sesión individual con un resumen de lo que se ha trabajado en esa hora, se programarán tareas para casa y se concretará la siguiente cita, dando así una sensación de continuidad.

Sesiones con la figura de apego

La razón de hacer partícipe a la figura de apego más importante para la paciente es por la importancia que tiene el entorno social en este trastorno y el cambio que va a experimentar la paciente. Estas pacientes ya llevan cinco años de evolución y, a pesar de ese tiempo, siguen presentando un riesgo alto de suicidio. Esta actitud no solo les afecta a ella, sino también a su entorno social inmediato. La DBT busca la aceptación de uno mismo antes del cambio, pero las personas anoréxicas, al tener en tanta consideración a su entorno, necesitan sentir que las personas las aceptan. Una paciente con AN no accederá a aceptarse si no percibe que su entorno (considerado para ella como un «ambiente invalidante»), o en su defecto la persona a la que tiene más aprecio y considera su punto de apoyo vital, no lo hace. Por este motivo, es importante involucrar en la terapia también a la persona que la paciente considera su punto de apoyo vital y una guía más para este cambio.

En estas sesiones se trabajará utilizando la validación y la dialéctica mayoritariamente. La figura de apego mostrará validación a través del interés por lo que la paciente le dice, de escucharla y de comprenderla sin juzgarla. Se hará hincapié en el discurso de la paciente hasta que quede manifiesto que el acompañante la respeta, la comprende y no la juzga. Esto no es aceptar lo que la paciente hace, sino ver el sentido que tiene para la paciente, sin juzgarla ni criticándola. Por su parte, la paciente tendrá que comprender también las emociones que el acompañante manifiesta. Se trabajará la empatía en estas sesiones por parte de ambos, intentando ponerse «en el lugar del otro». Ambos expondrán sus emociones abiertamente, comunicándolas en todo momento, identificando el motivo por el que se sienten así y proponiendo soluciones en el caso de que sean displacenteras.

En caso de que surja un conflicto y ambas partes no estén por la labor de solucionarlo por sí mismos, el terapeuta intervendrá subrayando la contradicción

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual

(desequilibrándolos ligeramente de esta manera) o problema que esté ocurriendo. Se usarán metáforas, historias y analogías como técnicas para así invitar a ambos a reflexionar.

Sesiones en grupo

En estas sesiones grupales se tratará de incrementar las habilidades sociales de cada paciente de forma conjunta. Son cuatro los tipos de habilidades que se entrenan en DBT: habilidades de atención plena (*Mindfulness*), de regulación emocional, de tolerancia al malestar y habilidades de eficacia interpersonal.

La meta principal de estas sesiones es la de aprender y aplicar en la vida cotidiana las habilidades con el fin de mejorar los patrones comportamentales, de relación, emocionales y cognitivos que causan malestar y que interfieren en su día a día. Para reforzar estos aprendizajes y conseguir la generalización, en algunas de las sesiones individuales se contextualizarán estas habilidades a través de situaciones hipotéticas que el terapeuta plantea.

Primero se incrementarán las habilidades de atención plena (*Mindfulness*). Estas habilidades son un requisito fundamental para las siguientes que se pretenden entrenar. La meta de este entrenamiento es que las pacientes aprendan a tomar conciencia de sus expresiones (emociones, pensamientos, conductas, etc.). Consiste en tratar de conocer y aceptar estas experiencias, contemplarlas y no realizar un juicio de valor sobre ellas de forma impulsiva o guiada por las emociones. El objetivo de utilizar *Mindfulness*, técnicas basadas en la filosofía oriental Zen, es el de conseguir una actitud de participar con conciencia de nuestras experiencias, observando y experimentando lo que se siente, aceptándolas o cambiándolas si traen problemas.

Las segundas habilidades a entrenar están focalizadas en la regulación emocional, cuyos objetivos son: identificar y etiquetar las emociones (aprender a observar y describir las emociones y su contexto), identificar obstáculos para el cambio emocional, reducir la vulnerabilidad emocional e incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos.

La identificación y etiquetación de las emociones se realizará a través de la psicoeducación sobre qué son las emociones, el análisis de los distintos tipos de emociones y sus cualidades adaptativas. Se pretende enseñar un modelo que ayude a

discriminar las emociones, lo que ocurre cuando se experimenta cada una de ellas y, de este modo, conocerlas. La reducción de la vulnerabilidad emocional se obtiene mediante el cambio de los hábitos disfuncionales (la no ingesta de alimentos, por ejemplo) por unos más saludables que se ponen en práctica en las sesiones. A su vez, se incrementan se programan actividades que les sean placenteras y se trabaja en los valores para así incrementar las emociones positivas. Con respecto a la identificación de los obstáculos para el cambio emocional, este objetivo se realizará en las sesiones individuales complementarias a estas grupales.

Posteriormente, las sesiones en grupo se centrarán en las habilidades de tolerancia al malestar. Estas habilidades están destinadas a manifestarse en los momentos difíciles, como son las crisis emocionales extremas. Se trata de tolerar ese malestar a partir de encontrarle un significado. El malestar es una parte fundamental de la vida, no se puede evitar eternamente, hay que aceptarlo primero como un paso previo para su reducción. El hecho de suprimir la ingesta de alimentos es una consecuencia del sufrimiento que se ha experimentado antes ante la imagen corporal, es una forma de evitar el dolor momentáneamente, del mismo modo que lo es la autolesión cuando las emociones que sientes te desbordan. Pero es una solución momentánea que lleva después a evitar un dolor aún mayor, y así continuamente. Las técnicas de tolerancia al malestar son: la distracción, la confortación a uno mismo, mejorar el momento y el análisis de pros y contras.

Por último, las habilidades de eficacia interpersonal. Como se ha dicho anteriormente, la anorexia es un trastorno no solo físico, sino que también tiene un componente social muy importante. Las personas que la padecen suelen sentirse muy inseguras, tanto sobre sí mismas como sobre lo que los demás piensan de ellas, atribuyéndoles pensamientos críticos sobre su aspecto. Este tipo de pensamientos distorsionados más los intentos de suicidio, o su ideación, llevan a que se relacione incorrectamente con su entorno social, afectando a sus relaciones personales. El entrenamiento de estas habilidades está enfocado a poner a evaluación las expectativas negativas que los pacientes tienen sobre su entorno, los demás y sobre sí mismos. Se trabaja en equilibrar los deseos y las obligaciones, construir la dignidad personal, conocer tus prioridades y tus demandas, etc. Para eso se utiliza la asertividad y el manejo de conflictos interpersonales (solución de problemas, ensayos de conductas).

FASE II

Tras un año terapia en el caso de que, tras la revisión global del diario DBT, se considere que ya puede pasar cada paciente a la fase II (Anexo 6, tabla 3), esta tendrá comienzo.

Sesiones Individuales

En esta fase usualmente la DBT trabajaba con el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Este programa, en cambio, se centrará en la experimentación de las emociones displacenteras sin necesidad de evadirse, evitarlas o desarrollar síntomas que puedan ser traumáticos a largo plazo. Las pacientes deberán tener un control sobre su conducta como consecuencia de haber pasado con éxito la fase anterior, pero no sabrán cómo manejárla adecuadamente; estarán tranquilas conductualmente a la vez que desesperadas emocionalmente. Para eso, durante cuatro meses, el terapeuta le enseñará a experimentar las emociones, sean positivas o negativas, sin negarlas y permitiendo que la orienten y conduzcan, valorando después la conducta aprendida que sea más adaptativa para esa situación, en lugar de escapar de ella.

Sesiones con la figura de apego

Se mantendrán en la misma línea de validación y dialéctica que en la Fase I. Ambos seguirán trabajando la empatía y el control de las emociones, siendo la figura de apego el apoyo que la paciente necesita. Como se explicará en el siguiente apartado (véase, «sesiones en grupo»), se utilizará la técnica de exposición en vivo con el grupo. También se utilizará una técnica parecida a esta con la figura de apego que tendrán la tarea para casa de realizar alguna de las actividades propuestas, e informar en la siguiente sesión de cómo lo hicieron, cómo se sintieron; analizando y focalizando en las emociones percibidas y su significado.

Sesiones en grupo

Se pasarán a realizar exposiciones en vivo con el grupo de anoréxicas. El terapeuta propondrá una actividad y vigilará su cumplimiento. Posteriormente, cada una contará cómo se ha sentido (demostrando su capacidad de reconocer y controlar sus emociones), mientras que las demás escucharán como lo haría un grupo de apoyo, manteniendo un continuo clima de respeto, confianza y sin juicio alguno.

FASE III

Por último, se dará comienzo a la fase III (Anexo 6, tabla 4) que tendrá una duración de dos meses.

Sesiones Individuales

Se trabajarán los problemas cotidianos, como los conflictos matrimoniales o de pareja, la insatisfacción laboral, aspiraciones profesionales, etc. Además se analizarán los problemas «existenciales» que puedan tener las pacientes. Puede que, a pesar de tener claros sus problemas, saber cómo detectarlos y resolverlos, se sientan vacíos o incompletos. A partir de ese punto, es imprescindible tener en cuenta las metas vitales del paciente, que tendrán que ser realistas y en diferentes áreas de su vida (trabajo, familia, pareja, etc.). Se le realizarán ejercicios de aumento de la autoestima también, para que valore el cambio que ha presentado en estas sesiones hasta conseguir que esa atribución del cambio sea interna.

En la última sesión, se volverán a pasar las evaluaciones realizadas en la sesión «pretratamiento», para poder así realizar una comparación y valoración del progreso. Finalmente, se les animará a realizar sus metas vitales realistas, a atribuir los logros de una manera más adaptativa, dando por finalizada la terapia.

Sesiones con la figura de apego

Se comentarán los progresos obtenidos, tanto en las sesiones individuales como en las grupales, y se continuará en la misma línea de validación y dialéctica que en la Fase I. Si la paciente lo considera oportuno, se hablarán del contenido de las sesiones individuales de esta fase en la que expresará las metas vitales que tiene y se pondrán en conjunto, buscando que el acompañante pueda ayudarla a cumplirlas.

Sesiones en grupo

Las pacientes contarán sus inquietudes y experiencias como si de un grupo de apoyo se tratase. El terapeuta las coordinará y controlará que haya un clima de respeto, tolerancia, sin juicio alguno entre ellas, como se ha ido enseñando a lo largo de todas las sesiones anteriores.

Desarrollo de la intervención: grupo control

Para el grupo control se aplicará terapia cognitivo-conductual. En las primeras sesiones se le explicará a la paciente los principios básicos del peso corporal (mantenimiento del peso, consecuencias físicas y psicológicas de la mala nutrición), los métodos incorrectos para controlarlo (laxantes, por ejemplo), las consecuencias de purgarse o del seguimiento de dietas sin control médico. Asimismo, se pesará a la paciente mínimo una vez al mes para comprobar que sigue en el peso adecuado. Se establecerá un diario de comida, en la que la paciente deberá anotar todo lo que come. A su vez, se realizará otro diario de pensamientos en la que la paciente tendrá que escribir cada pensamiento disfuncional que tenga, junto a cuando ocurre, qué siente y qué hace.

Cuando la paciente muestra buena colaboración y la relación entre ambos se afiance, se proseguirá tratando de provocar un cambio de actitudes y creencias sobre uno mismo y sobre su vida, mejorando tanto su autoestima como su autoconcepto. Se revisa su autoconcepto con técnicas cognitivas y sus patrones perfeccionistas que conllevan juicios críticos sobre sí misma. También se trabajarán las formas interpersonales que tienen para resolver sus problemas y comunicarse con los demás. El terapeuta podrá usar tanto técnicas conductuales y/o cognitivas que considere necesarias.

Finalmente, se buscará que la paciente realice atribuciones internas a los resultados obtenidos del programa, se focalice en metas hacia el futuro, muestre motivación y entusiasmo, y una actitud más positiva y firme ante la vida.

En la primera y última sesión se pasarán de nuevo las escalas para valorar el progreso obtenido.

Limitaciones

Para este programa se han propuesto un total de 30 participantes (15 destinados al grupo intervención y 15 al grupo control). Esta cantidad es la indicada para las terapias en grupo que aconsejan no más de 15 participantes por grupo. Por este motivo, se aconseja este número de participantes para la realización del programa. Sin embargo, debido a la alta prevalencia de la ideación suicida en las mujeres mayores de edad con AN, y en vista a obtener resultados significativos, se recomendaría un tamaño muestral mayor para poder establecer así diferencias significativas.

A día de hoy se está observando un incremento cada vez mayor de la prevalencia de AN en hombres. Por esta razón, y en vistas a líneas futuras, se podría plantear la realización de este programa con grupos mixtos, abarcando de esta forma no solo a las mujeres, sino también a los hombres con AN.

Conclusiones

El objetivo principal de este trabajo es el de elaborar un programa de intervención destinado a prevenir el suicidio en las personas con AN que, a pesar de llevar más de 5 años de evolución, presentan un alto riesgo de cometerlo. Esta propuesta de intervención se basa en la actual necesidad de encontrar un tratamiento terapéutico a largo plazo para las personas con AN que, aunque su cuerpo se encuentre en un peso adecuado, presentan problemas psicológicos, como la ideación suicida.

Para conseguir esta disminución del suicidio, se proponen una serie de objetivos más específicos (disminuir el malestar intenso, incrementar las habilidades sociales, mejorar la autoestima, etc.), destinados a conseguir que cada paciente obtenga una vida que «valga la pena ser vivida».

Se espera que los resultados tras la segunda evaluación (la realizada al finalizar el programa) muestre una mayor reducción de la ideación suicida en el grupo intervención (grupo en el que se aplica DBT) que en el grupo control. Demostrando así una mejor eficacia de este tipo de terapia en las mujeres con AN con más de 5 años de evolución que aún presentan alto riesgo de suicidio. Asimismo, se espera que las pacientes aprendan a tolerar el malestar intenso y extremo que sienten de una forma adaptativa, y no con técnicas de escape o evitación, disminuyan su vulnerabilidad emocional, aprendan a usar las habilidades sociales enseñadas en las sesiones grupales en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana y mejoren la autoestima y el autoconcepto que tienen de sí mismas.

En el caso de que estos resultados sean los que aparecen, se debería proponer la aplicación de esta terapia como un complemento al tratamiento ya existente. Mejorando, por tanto, el tratamiento existente y convirtiéndolo en uno más moderno, actualizado y que aborda más aspectos que su predecesor.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association, APA. (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of Mindfulness. *Assessment, 13*, 27- 45.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J. Consult Clin Psicol.*, 47, 343-352.
- Bornstein, R.F. (2001). A meta-analysis of the dependency-eating-disorders relationship: Strength, specificity, and temporal stability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*, 151-162.
- Fairfurn, C. G., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P. y O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry, 57*, 659-665.
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K.T., Krishna, M., Davis, M.C., Keel, P.K. y Herzog, D.B. (2013). Do Mortality Rates in Eating Disorders Change over Time? A Longitudinal Look at Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry, 170*, 917-925.
- Gillaume, S., Jaussent, I., Olié, E., Genty, C., Bringer, J., Courtet, P. y Schmidt, U. (2011). Characteristics of Suicide Attempts in Anorexia and Bulimia Nervosa: A Case-Control Study. *Plos One, 6*
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Harrington, B.C., Jimerson, M., Haxton, C. y Jimerson D.C. (2015). Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Am Fam Physician, 91*, 46-52.
- Hatmann, A., Weber, S., Herpetz, S., Zeeck, A. y The German Treatment Guideline Group for Anorexia Nervosa. (2011). Psychological treatment for anorexia

- Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual nervosa: a meta-analysis of standardised mean change. *Psychother Psychosom*, 80, 216-226.
- Koutek, J., Kocourkova, J. y Dudova, I. (2016). Suicidal behavior and self-harm in girls with eating disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 787-793.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: The Guilford Press
- Lynch, T. R., Gray, K. L.H., Hempel, R.J., Titley, M., Chen, E.Y. y O'Mahen, H.A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13:293.
- Navarro, M. V. (2013). Eficacia de la Terapia Dialéctica Comportamental en el tratamiento de pacientes con comorbilidad entre los trastornos límite de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria. Universitat Jaume I. Departament de Psicologia Básica, Clínica i Psicobiología
- Neacsu, A., Rizvi, S., Vitaliano, P., Lynch, T., y Linehan, M. (2010). The dialectical behavior therapy ways of coping checklist: development and psychometric properties. *Journal Of Clinical Psychology*, 66, 563-582.
- Rodríguez, S., Mata. J.L., Moreno, S., Fernández, M.C. y Vila, J. (2007). Mecanismos psicofisiológicos implicados en la regulación afectiva y la restricción alimentaria de mujeres con riesgo de padecer bulimia nerviosa. *Psicothema*, 19, 30-36.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent selfimage*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Anexo 1

Escala de Ideación Suicida (1979)

CUESTIONARIO ESCALA DE PENSAMIENTO SUICIDAS

NOMBRE _____

EDAD _____ Fecha _____

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTIVIDADES HACIA LA VIDA/MUERTE

1. Deseo de vivir. ()

0. Moderado a fuerte.

1. Poco (Débil).

2. Ninguno (No tiene).

2. Deseo de morir. ()

0. Ninguno (No tiene).

1. Poco (Débil)

2. Moderado a fuerte.

3. Razones para Vivir/Morir. ()

0. Vivir supera a morir.

1. Equilibrado (Es igual).

2. Morir supera a vivir

4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ()

0. Ninguno (Inexistente).

1. Poco (Débil).

2. Moderado a fuerte.

5. Deseo pasivo de suicidio. ()

0. Tomaría precauciones para salvar su vida.

1. Dejaría la vida/muerte a la suerte

2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración. ()

0. Breves, períodos pasajeros.

1. Períodos largos.

2. Continuos (Crónicos), casi continuos.

7. Frecuencia. ()

0. Rara, ocasionalmente.

1. Intermitente.

2. Persistentes y continuos.

8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ()

0. Rechazo.

1. Ambivalente, indiferente.

2. Aceptación.

9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ()

0. Tiene sentido de control.

1. Inseguridad de control.

2. No tiene sentido de control.

10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar). ()

0. No lo intentaría porque algo lo detiene.

1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.

2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.

11. Razones para pensar/desar el intento suicida. ()

0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza

1. Combinación 0-2.

2. Escapar, acabar, salir de problemas.

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO.

12. Método. Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ()

0. Sin considerar.

1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.

2. Detalles elaborados / bien formulados.

13. Método. Disponibilidad/opotunidad de pensar el intento. ()

0. Método no disponible, no oportunidad.

1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.

2. Método y oportunidad disponible.

2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento. ()

0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.

1. No está seguro de tener valor.

2. Está seguro de tener valor.

15. Expectativa/anticipación de un intento real. ()

0. No.

1. Sin seguridad, sin claridad.

2. Sí.

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO.

16. Preparación real. ()

0. Ninguna.

1. Parcial (guardar pasillas, conseguir instrumentos).

2. Completa.

17. Nota suicida. ()

0. Ninguna.

1. Solo pensada, iniciada, sin terminar.

2. Escrita. Terminada.

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual

18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).()

0. No.

1. Solo pensados, arreglos parciales.

2. Terminados.

19. Encubrimiento de las ideas de realizar el intento suicida.()

0. Revela las ideas abiertamente.

1. Revela las ideas con reservas.

2. Encubre, engaña, miente.

20. Intento de suicidio anteriores.()

0. No.

1. Uno.

2. Más de uno.

Anexo 2

Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo.

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Anexo 3

Cuestionario de Regulación Emocional de Gross y John (2003)

Nombre: _____ Fecha: _____

Nos gustaría que respondieras a algunas preguntas relacionadas con tu vida emocional, en particular cómo controlas o cómo manejas y regulas tus emociones. En este sentido, estamos interesados en dos aspectos principales: por un lado tu experiencia emocional, o cómo sientes las emociones; y por otro la expresión emocional o como muestras las emociones en tu forma de hablar o de comportarte. Aunque algunas de las siguientes preguntas pudieran parecer similares, difieren en aspectos bastante importantes.

Por favor, responde cuan de acuerdo o en desacuerdo estas con cada una de las preguntas que se hacen a continuación usando la siguiente escala de respuestas:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7		
Totalmente en desacuerdo	Neutral	Totalmente de acuerdo

1. _____ Cuando quiero sentir una emoción positiva con mayor intensidad (por ejemplo, más alegría), modifico lo que pienso para hacerlo.
2. _____ Mantengo ocultas mis emociones (las guardo sólo para mí).
3. _____ Cuando quiero sentir una emoción negativa con menor intensidad (por ejemplo, menos tristeza), modifico lo que pienso para hacerlo.
4. _____ Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.
5. _____ Cuando hago frente a una situación estresante, me obligo a pensar en ella de una manera que me ayude a mantener la calma.
6. _____ Controlo mis emociones no expresándolas.
7. _____ Cuando quiero sentir una emoción positiva con mayor intensidad, cambio mi manera de pensar sobre la situación que generó la emoción.
8. _____ Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar sobre la situación en la que me encuentro.
9. _____ Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.
10. _____ Cuando quiero sentir una emoción negativa en menor intensidad, cambio la manera de pensar sobre la situación que generó la emoción

¹ Traducción y adaptación autorizada de James Gross, versión original de Gross J.J. & John O.P. (2003).

Anexo 4

Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney(2006)

Por favor, califica cada una de las siguientes afirmaciones según la escala propuesta.

Marca con una "X" la frecuencia que describe de la mejor manera tu opinión sobre cuán cierto es cada afirmación para ti.

1 = Nunca o muy rara vez cierto

2 = Rara vez cierto

3 = Algunas veces cierto

4 = A menudo cierto

5 = Muy a menudo o siempre cierto

Afirmación	1	2	3	4	5
1. Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo en movimiento					
2. Soy bueno en encontrar palabras para describir mis sentimientos					
3. Me critico por tener emociones irrationales o inapropiadas					
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos					
5. Cuando hago algo, mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente					
6. Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo					
7. Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas					
8. No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto, andar preocupado, o distraído de alguna otra manera					
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos					
10. Me digo a mí mismo que no me debería estar sintiendo como me estoy sintiendo					
11. Me doy cuenta de cómo alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones					
12. Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando					
13. Me distraigo fácilmente					
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de tal manera					
15. Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro					
16. Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas					
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos					
18. Se me hace difícil mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente					
19. Cuando experimento pensamientos o imágenes mentales perturbadoras, me "detengo" y soy consciente del pensamiento o la imagen sin dejar que estos se apoderen de mí					
20. Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros, o el pasar de los autos					
21. En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente					
22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla, pues no puedo encontrar las palabras indicadas					
23. Parece que actúo en "piloto automático", sin mayor conciencia de lo que estoy haciendo					
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales perturbadoras, recobro la calma poco después					
25. Me digo a mí mismo que no debería estar pensando como estoy pensando					
26. Percibo los olores y aromas de las cosas					
27. Incluso cuando me siento terriblemente alterado, soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras					
28. Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas					
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales perturbadoras, soy capaz de observarlas sin reaccionar					
30. Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas, y que no debería sentir las					
31. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra					
32. Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras					
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes aflictivas, puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir.					
34. Realizo deberes o tareas de manera automática sin ser consciente de lo que estoy haciendo					
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental					
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y comportamiento					
37. Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado					
38. Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestarles atención					
39. Me desapruebo cuando tengo ideas irrationales					

Anexo 5**DBT- Ways of Coping Checklist (2010)****DBT – WAYS OF COPING CHECKLIST**

Los artículos debajo representan maneras que usted puede haber usado para enfrentar eventos estresantes en su vida. Estamos interesados en el grado en que usted ha usado los siguientes pensamientos o comportamientos para manejar problemas y momentos estresantes.

Piense en el **ÚLTIMO MES** de su vida. Después marque el número apropiado dependiendo si el pensamiento/comportamiento es: usado nunca, usado raramente, usado a veces, o usado regularmente (por ejemplo, al menos 4 o 5 veces por la semana). No conteste en la base de si parece trabajar para reducir estrés o solucionar problemas. Solamente si Usted usa o no usa el comportamiento de afrontamiento. Use estas opciones de respuesta. Trate de valorar cada artículo separadamente en su mente de los demás. Haga sus respuestas lo más verdaderas PARA USTED de lo que pueda.

0**1****2****3****NA**

Usado Nunca Usado Raramente Usado a veces Usado regularmente No Aplica

Yo (me) he:

1. Negociado o he hecho un compromiso para conseguir algo positivo de la situación	0	1	2	3	NA
2. Contado mis bendiciones.	0	1	2	3	NA
3. Culpado a mí mismo/a.	0	1	2	3	NA
4. Concentrado en algo bueno que pueda salir de toda la situación.	0	1	2	3	NA
5. Reservado mis sentimientos para mí mismo/a.	0	1	2	3	NA
6. Asegurado que estoy respondiendo de un modo que no aleje a los demás.	0	1	2	3	NA
7. Encontrado a quien culpar.	0	1	2	3	NA
8. Tenido esperanza de que suceda un milagro.	0	1	2	3	NA
9. Tratado de centrarme antes de tomar acción.	0	1	2	3	NA
10. Hablado con alguien sobre cómo me he sentido.	0	1	2	3	NA
11. Mantenido firme y he luchado por lo que he querido.	0	1	2	3	NA
12. Negado que eso había pasado.	0	1	2	3	NA
13. Premiado a comer algo muy sabroso.	0	1	2	3	NA
14. Criticado o sermoneado yo mismo/a.	0	1	2	3	NA
15. Desquitado con otros.	0	1	2	3	NA
16. Construido unas soluciones diferentes para mi problema.	0	1	2	3	NA

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual

17. Deseado que fuera una persona más fuerte –más optimista y más tenaz.	0	1	2	3	NA
18. Aceptado mis sentimientos fuertes pero no los he dejado interferir mucho con otras cosas.	0	1	2	3	NA
19. Enfocado en las buenas cosas de mi vida.	0	1	2	3	NA
20. Deseado que pudiera cambiar la manera en que me he sentido.	0	1	2	3	NA
21. Encontrado algo bello que mirar para sentirme mejor.	0	1	2	3	NA
22. Cambiado algo de mí mismo/a para poder confrontar mejor la situación.	0	1	2	3	NA
23. Enfocado en los aspectos buenos de mi vida y dado menos atención a los pensamientos y sentimientos negativos.	0	1	2	3	NA
24. Enfadado con las personas o cosas que causaron el problema.	0	1	2	3	NA
25. Sentido mal por no poder evitar el problema.	0	1	2	3	NA
26. Tratado de distraerme siendo activo/a.	0	1	2	3	NA
27. Estado consciente de lo que se tiene que hacer, así que he estado duplicado mis esfuerzos para hacer que las cosas funcionen.	0	1	2	3	NA
28. Pensado que otros han sido injustos conmigo.	0	1	2	3	NA
29. Tranquilizado/a con una fragancia agradable.	0	1	2	3	NA
30. Culpado a otros.	0	1	2	3	NA
31. Escuchado o tocado música que encuentro relajante.	0	1	2	3	NA
32. Continuado como que nada había pasado.	0	1	2	3	NA
33. Aceptado la próxima cosa más de lo que he querido.	0	1	2	3	NA
34. He dicho que las cosas pueden estar peor.	0	1	2	3	NA
35. Ocupado mi mente con otra cosa.	0	1	2	3	NA
36. Hablado con alguien que pudiera hacer algo concreto para solucionar el problema.	0	1	2	3	NA
37. Tratado de hacerme sentir mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando medicación, etc.	0	1	2	3	NA
38. Tratado de no actuar muy precipitadamente o seguir mi propio sentido de la intuición.	0	1	2	3	NA
39. Cambiado algo para que las cosas salieran bien.	0	1	2	3	NA
40. Dado un capricho.	0	1	2	3	NA
41. Evitado a la gente.	0	1	2	3	NA
42. Pensado las cosas me van mejor que a otros.	0	1	2	3	NA
43. He hecho las cosas paso por paso.	0	1	2	3	NA
44. Hecho algo para sentir una emoción totalmente diferente.	0	1	2	3	NA
45. Deseado que las situaciones desaparecieran o terminaran de una forma.	0	1	2	3	NA
46. Escondido de otros lo mal que están las cosas realmente.	0	1	2	3	NA
47. Enfocado mi energía ayudando a otros.	0	1	2	3	NA
48. Enterado que otra persona fue responsable.	0	1	2	3	NA
49. Asegurado de cuidar mi cuerpo y mantenerme sano/a para así ser menos emocionalmente sensible.	0	1	2	3	NA
50. Dicho lo que ya he logrado.	0	1	2	3	NA

Diseño de un programa de intervención basado en la Terapia Dialéctico Conductual

51. Asegurado responder en un modo en que, después, yo todavía pudiera respetarme.	0	1	2	3	NA
52. Deseado poder cambiar lo que ha sucedido.	0	1	2	3	NA
53. Hecho un plan y lo he seguido.	0	1	2	3	NA
54. Hablado con alguien para enterarme de la situación.	0	1	2	3	NA
55. Evitado mi problema.	0	1	2	3	NA
56. He reflexionado y tratado de ver las cosas por como son realmente.	0	1	2	3	NA
57. Comparado con otros menos afortunados.	0	1	2	3	NA
58. Incrementando el número de cosas agradables en mi vida para así tener una perspectiva más positiva.	0	1	2	3	NA
59. Tratado de no quedar mal, pero dejar las cosas un poco abiertas.	0	1	2	3	NA

Anexo 6**Tabla 1.** Planificación del grupo intervención. Sesión «pretratamiento».

Tipo de sesión	Objetivos	Técnicas recomendadas
Individual	<ul style="list-style-type: none"> ·Establecer una relación terapéutica ·Establecer metas terapéuticas y su jerarquización ·Orientar al paciente a la terapia ·Acuerdo entre paciente y terapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> ·Escucha activa ·Transmisión de la información solicitada por la participante ·Contrato

Tabla 2. Planificación del grupo intervención. FASE I.

Tipo de sesión	Objetivos	Técnicas recomendadas
Individuales	<p>Actuación según las metas jerárquicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Reducción de la conductas suicidas · Reducción de las conductas que interfieren en la terapia · Reducción de las conductas que interfieren en la calidad de vida · Incremento de las habilidades sociales (junto a las sesiones grupales) 	Validación <ul style="list-style-type: none"> · Aceptación · No juzgar ni criticar · Escucha activa · Interés · Reflejo Solución de problemas <ul style="list-style-type: none"> · Análisis conductual · Análisis de soluciones · Orientación a nuevas soluciones Diario DBT Refuerzo Uso de contingencias Moldeamiento Dialéctica Feedback Resumen
Con la figura de apego	<ul style="list-style-type: none"> · Hacer partícipe a la figura de apego de la terapia y de los cambios que la paciente va a afrontar · Reforzar la empatía y la comprensión en ambos 	Validación Dialéctica
Grupales	<ul style="list-style-type: none"> · Aprender y aplicar en la vida cotidiana las habilidades con el fin de mejorar los patrones comportamentales, de relación, emocionales y cognitivos que causan malestar · Incremento de las habilidades sociales: · Habilidades de atención plena · Habilidades de regulación emocional · Habilidades de tolerancia al malestar · Habilidades de eficacia interpersonal 	Mindfulness Psicoeducación sobre qué son las emociones Análisis de las emociones Cambio de hábitos disfuncionales Programación de actividades placenteras Aceptación Distracción Confortación a uno mismo Análisis de pros y contras Asertividad Manejo de conflictos interpersonales (solución de problemas, ensayo conductual)

Tabla 3 – Planificación del grupo intervención. FASE II.

Tipo de sesión	Objetivos	Técnicas recomendadas
Individuales	·Experimentar emociones displacenteras sin sentir la necesidad de evadirse, escapar o el desarrollo de síntomas	Psicoeducación de las emociones Información Instrucciones Valoración
Con la figura de apego	·Mejora de la empatía y control de las emociones ·Mejorar la capacidad de experimentar situaciones que sean positivas para ambos participantes	Validación Dialéctica Exposición en vivo
Grupales	·Mejorar la capacidad de experimentar situaciones fuera del grupo de terapia que sean placenteras y positivas ·Control y reconocimiento de las emociones	Exposición en vivo Feedback

Tabla 4 – Planificación del grupo intervención. FASE III.

Tipo de sesión	Objetivos	Técnicas recomendadas
Individuales	·Aclarar las metas vitales de la paciente y animar a su realización	Validación Dialéctica Escucha activa
Con la figura de apego	· Mejora de la empatía y control de las emociones ·Mejorar la capacidad de experimentar situaciones que sean positivas para ambos participantes	Validación Dialéctica Escucha activa
Grupales	·Ser capaces de informar al grupo de sus inquietudes y experiencias de forma activa, sin huir de ellas	Escucha activa Feedback

Anexo 7

Ejemplo Diario DBT

DIARIO				Iniciales: Nº:		¿Cumplimentado en sesión? SI NO		¿Cuántas veces has llenado el diario? - A diario - 4-6 veces - 1 vez		Fecha inicio:	
Día de la semana	Impulso a:		Puntuación			Uso de sustancias		Conductas			
	Suicidarse	Hacerse daño	Tomar drogas emocional	Malestar físico	Alegria	Alcohol	Drogas	Medicación prescrita S/N	Medicación no prescrita	Cortar me	Sexo
LUN											
MAR											
MIER.											
JUE											
VIER											
SAB											
DOM											

Notas del análisis conductual:

Utilización de habilidades:

4= Intentar utilizadas, hacerlo pero no me ayudan
 5= Intentar utilizadas, hacerlo y me ayudan
 6= Utilizarlas sin esfuerzo pero no me ayudan
 7= Utilizarlas sin esfuerzo y me ayudan

0 = No pensar en utilizarlas
 1 = Pensar en ellas, no utilizarlas y no querer utilizarlas
 2= Pensar en ellas, no utilizarlas pero querer hacerlo
 3= Intentar utilizarlas pero no poder hacerlo

Impulso 2:
(0-5)

Allegar a terapia

Capacidad de controlar (-+)

Allegar a terapia

Dejar la terapia

Emociones

Tomar drogas

Conductas

Suicidarse

Pensamientos

Cambios en la medicación:

Behavioral Research and Training Clinic, University of Washington 2004 (Trad. A. García-Palacios)