



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

**EFFECTOS DE LA TERAPIA DE DESENSIBILIZACIÓN Y
REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTOS OCULARES (EMDR)
EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO COMÓRBIDO DE
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Tesis para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

Presenta:

Andrea Carolina Avalos Quizhpi

Médico Residente de Psiquiatría

Asesora:

Dra. Janet Jiménez Genchi



CIUDAD DE MÉXICO, JULIO DE 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

Me siento muy afortunada de haber sido seleccionada para realizar mi residencia en esta sede, mi querido Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, el cual me permitió formarme como psiquiatra, y el agradecimiento primero a Dios, por cada persona que puso en mi camino en estos cuatro años. Son muchas las personas que hoy dejan huellas; gracias por lo vivido, me quedo con los mejores recuerdos.

Como no agradecer a la persona que me compartió su sueño de hacer una especialidad juntos en México, mi amigo y esposo, el Dr. Álvaro Jiménez Cagua, ha sido loable lo que hemos recorrido, contra viento y marea, luchando desde siempre por hacer realidad nuestros sueños profesionales. Gracias por ser el mejor guerrero y por hacerme ver la vida con ojos de esperanza.

A mi hija, la niña de mis ojos, Constanza Amelie, quien desde el vientre materno me infundía motivación y fortaleza para no rendirme, para continuar luchando cada día, y así fui superando obstáculos en el camino; porque es la persona más importante en mi vida a quien dedico mis logros.

A mi familia, conformada por mis padres: Wladimir Avalos y Betty Quizhpi; mis hermanas y hermano: Betty, María Fernanda, Katherine y Jesús Wladimir Avalos Quizhpi; infinitas gracias por ser y estar siempre, los amo demasiado, gracias por animarme, por brindarme apoyo en los momentos difíciles y celebrar unidos los pequeños logros.

A mis suegros: Álvaro Jiménez y Rosa Cagua, por todo el apoyo que nos han brindado para seguir adelante con nuestros sueños, es algo significativo y que valoro para siempre.

A la Dra. Teresa, mi psiquiatra y terapeuta en estos años de especialidad, sin su ayuda habría sido más difícil lograrlo, infinitas gracias por su tiempo y apoyo, valoro mucho su presencia en mi vida, me ayudó a descubrirme y sacar mi potencial.

A mi tutora, Dra. Janet Jiménez Genchi, por su disposición para explicarme y enseñarme con paciencia y generosidad, su apoyo ha sido invaluable.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ANTECEDENTES	8
MARCO TEÓRICO	11
TERAPIA DE DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTOS OCULARES (EMDR)	11
LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y SU RELACIÓN CON EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	14
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA ENTRE TLP y TEPT o TEPTC	16
CONSIDERACIONES DE LA TERAPIA EMDR EN PACIENTES CON TLP	18
JUSTIFICACIÓN	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
Pregunta de investigación:	21
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
Objetivo general:	21
Objetivos específicos:	22
HIPÓTESIS	22
DISEÑO DEL ESTUDIO	22
Criterios de inclusión:	23
Criterios de exclusión:	23
Criterios de eliminación:	23
Muestreo:	23
Procedimiento:	26
INSTRUMENTOS	27
Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI)	27
Lista de síntomas límite - Versión corta (BSL-23)	28
Escala de Experiencias Disociativas (DES-II)	29
Cuestionario Internacional del Trauma (ITQ)	30
Escala de Impacto de Evento - Revisada (EIE-R)	31
Lista checable de trastorno de estrés postraumático para DSM-5 (PCL-5).	31
Escala de Autocuidado	33
Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)	34
ANÁLISIS DE DATOS	35
RESULTADOS	35
DISCUSIÓN	61
ALCANCES Y LIMITACIONES	63
CONCLUSIÓN	63
BIBLIOGRAFÍA:	65
ANEXOS	80

ÍNDICE DE TABLAS:

TABLA 1: RESUMEN DE LAS 8 FASES DE LA TERAPIA EMDR	13
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEPTC EN COMPARACIÓN CON EL TEPT	17
TABLA 3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEPTC EN COMPARACIÓN CON EL TLP	18
TABLA 4. EXPOSICIÓN DE LAS VARIABLES	24
TABLA 5. PUNTAJES PROMEDIO DES EN INVESTIGACIÓN	30
TABLA 6. DESCRIPCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LA INFANCIA (EAI).....	36
TABLA 7. ESTADÍSTICOS PORCENTAJE DE CAMBIO CLÍNICO DE ESCALAS BSL-23 Y DE ITQ	37
TABLA 8. ESTADÍSTICOS PORCENTAJE DE CAMBIO CLÍNICO DE ESCALAS PCL-5, IES-R, DES-II Y AUTOCUIDADO	37
TABLA 9. RESULTADOS DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4)	60

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES:

ILUSTRACIÓN 1. CUASI EXPERIMENTO DE UN GRUPO, ANTES Y DESPUÉS.....	22
ILUSTRACIÓN 2. DIAGRAMA DE PARTICIPACIÓN	27
ILUSTRACIÓN 3. EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN EN ESCALAS BLS-23, ITQ, PCL-5, IES-R, DES-II Y AUTOCUIDADO	38
ILUSTRACIÓN 4. RESULTADOS DE ESCALA BSL-23.....	39
ILUSTRACIÓN 5. RESULTADOS DE ESCALA ITQ - TEPT	39
ILUSTRACIÓN 6. RESULTADOS DE ESCALA ITQ - AAO	39
ILUSTRACIÓN 7. RESULTADOS DE ESCALA PCL-5.....	40
ILUSTRACIÓN 8. RESULTADOS DE ESCALA IES-R	40
ILUSTRACIÓN 9. RESULTADOS PRE-POS TEST DE ESCALA DES-II	41
ILUSTRACIÓN 10. RESULTADOS DE ESCALA DE AUTOCUIDADO	41
ILUSTRACIÓN 11. RESULTADOS DE BSL-23.....	42
ILUSTRACIÓN 12. RESULTADOS DE ESCALA ITQ - TEPT	43
ILUSTRACIÓN 13. RESULTADOS DE ESCALA ITQ - AAO	43
ILUSTRACIÓN 14. RESULTADOS DE ESCALA PCL-5.....	44
ILUSTRACIÓN 15. RESULTADOS DE ESCALA IES-R	44
ILUSTRACIÓN 16. RESULTADOS DE ESCALA DES-II	45
ILUSTRACIÓN 17. RESULTADOS DE ESCALA DE AUTOCUIDADO	45
ILUSTRACIÓN 18. RESULTADOS DE ESCALA BSL-23.....	46
ILUSTRACIÓN 19. RESULTADOS DE ESCALA ITQ - TEPT	46
ILUSTRACIÓN 20. RESULTADOS DE ESCALA ITQ - AAO	47
ILUSTRACIÓN 21. RESULTADOS DE ESCALA PCL-5.....	47
ILUSTRACIÓN 22. RESULTADOS DE ESCALA IES-R	48
ILUSTRACIÓN 23. RESULTADOS DE ESCALA DES-II	48
ILUSTRACIÓN 24. RESULTADOS DE ESCALA DE AUTOCUIDADO	49
ILUSTRACIÓN 25. RESULTADOS DE ESCALA BSL-23.....	49
ILUSTRACIÓN 26. RESULTADOS DE ESCALA ITQ - TEPT	50
ILUSTRACIÓN 27. RESULTADOS DE ESCALA ITQ - AAO	50
ILUSTRACIÓN 28. RESULTADOS DE ESCALA PCL-5.....	51
ILUSTRACIÓN 29. RESULTADOS DE ESCALA IES-R	51
ILUSTRACIÓN 30. RESULTADOS DE ESCALA DES-II	52

ILUSTRACIÓN 31. RESULTADOS DE ESCALA DE AUTOCUIDADO	52
ILUSTRACIÓN 32. RESULTADOS DE ESCALA BSL-23.....	53
ILUSTRACIÓN 33. RESULTADOS DE ESCALA ITQ - TEPT	53
ILUSTRACIÓN 34. RESULTADOS DE ESCALA ITQ - AAO	53
ILUSTRACIÓN 35. RESULTADOS DE ESCALA PCL-5.....	54
ILUSTRACIÓN 36. RESULTADOS DE ESCALA IES-R	55
ILUSTRACIÓN 37. RESULTADOS DE ESCALA DES-II	55
ILUSTRACIÓN 38. RESULTADOS DE ESCALA DE AUTOCUIDADO	56
ILUSTRACIÓN 39. RESULTADOS DE ESCALA BSL-23.....	56
ILUSTRACIÓN 40. RESULTADOS DE ESCALA ITQ - TEPT	57
ILUSTRACIÓN 41. RESULTADOS DE ESCALA ITQ - AAO	57
ILUSTRACIÓN 42. RESULTADOS DE ESCALA PCL-5.....	58
ILUSTRACIÓN 43. RESULTADOS DE ESCALA IES-R	58
ILUSTRACIÓN 44. RESULTADOS DE ESCALA DES-II	59
ILUSTRACIÓN 45. RESULTADOS DE ESCALA DE AUTOCUIDADO	59
ILUSTRACIÓN 46. RESULTADOS DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4).....	60

ABREVIATURAS

HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez

EMDR: acrónimo en inglés de “Eye Movement Desensitization and Reprocessing”, Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares

TP: Trastorno de Personalidad

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

TEPTC: Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

TDHA: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

ITQ: acrónimo en inglés de “International Trauma Questionnaire”, Cuestionario Internacional del Trauma

BLS-23: acrónimo en inglés de “Borderline Symptom List 23”, Lista de Síntomas Límite, 23

CRES-4: acrónimo en inglés de “Consumer Reports Effectiveness Scale”, Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, décima edición

OMS: Organización Mundial de la Salud

APA: Asociación Psiquiátrica Americana

EMDRIA: acrónimo en inglés de “EMDR international association”, EMDR asociación internacional

ISTSS: acrónimo en inglés de “International Society for Traumatic Stress Studies”, Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático

DBT: acrónimo en inglés de “Dialectical Behavior Therapy”, Terapia Dialéctica Conductual

TAU: acrónimo en inglés de “Treatment As Usual”, Tratamiento Habitual

ECA: Ensayo Controlado Aleatorio

NIMH: acrónimo en inglés de “National Institute of Mental Health”, Instituto Nacional de Salud Mental

AAO: Alteraciones en la Autoorganización

PAI: Procesamiento Adaptativo de la Información

SPSS-26: acrónimo en inglés de “Statistical Package for the Social Sciences”, Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, versión 26.

EAI Experiencias Adversas en la infancia

TA Falta de tolerancia al afecto positivo

PA Problemas para dejarse ayudar

R Resentimiento por no reciprocidad

NN No atender las propias necesidades

AD Conducta autodestructiva

NP No actividades positivas

RESUMEN

Introducción: La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), es reconocida por organizaciones internacionales como una terapia de primera elección para el trastorno de estrés postraumático (TEPT); que, además, puede resultar beneficiosa para pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) con antecedente de importancia de eventos adversos infantiles (EAI). La terapia EMDR cambia la memoria (Maxfield, 2019), y los subproductos establecidos de la transformación de la memoria son: la reducción/eliminación de los diagnósticos de TEPT y los síntomas presentes, los afectos negativos, las conductas problemáticas y las cogniciones erróneas (Maxfield, 2019). En la actualidad son pocas publicaciones sobre el efecto de la terapia EMDR en la población con TLP y la mayoría de los estudios han sido realizados en muestras pequeñas. Por tal motivo, decidimos estudiar el efecto de la terapia EMDR en pacientes de la consulta externa del HPFBA con diagnóstico de TEPT en comorbilidad con TLP o Acentuación de rasgos de la personalidad límite. **Objetivo:** Reducir significativamente la gravedad de los síntomas de TEPT y de los síntomas límite de la personalidad, en una muestra de pacientes de la consulta externa del HPFBA, que cuenten con antecedente de negligencia o abuso en la infancia. **Material:** Se emplearon varios instrumentos entre cuestionarios y/o escalas, en su versión breve, autoaplicable: Cuestionario de Experiencias Adversas Infantiles, Lista de Síntomas Límite, Cuestionario Internacional del Trauma, Escala de Impacto de Evento Revisada, Lista checable de trastorno de estrés postraumático para DSM-5, Escala de Autocuidado y finalmente la Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido. **Método:** El proceso de selección de la muestra se hizo por conveniencia (con base en los criterios de inclusión) se seleccionó a 10 pacientes de la consulta externa, de los cuales 3 decidieron abiertamente no participar del estudio y de los 7 que participaron, se aplicó en primera instancia el cuestionario de eventos adversos en la infancia para identificar los tipos de trauma experimentados en el pasado, cabe señalar que uno de los participantes fue dado de baja por criterio de eliminación; en los 6 participantes se aplicaron cuestionarios pre y post test (para síntomas de TEPT y TLP), antes de iniciar las intervenciones en terapia EMDR y al finalizar la última intervención (décima), según el protocolo básico de terapia EMDR. **Resultados:** Los resultados reflejan mejoría clínica estadísticamente significativa en todas las escalas, logrando el objetivo planteado de reducción de la severidad de los síntomas de TEPT y TLP. **Conclusión:** La terapia EMDR es una intervención centrada en el trauma con efectos a corto plazo en la reducción de síntomas de TEPT y TLP, evidencia estadísticamente significativa, y además con mejoría significativa en el autocuidado de los participantes.

Palabras clave: EMDR, TLP, TEPT, Trauma.

ABSTRACT

Introduction: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy is recognized by international organizations as a first-line therapy for post-traumatic stress disorder (PTSD); which may also be beneficial for patients diagnosed with borderline personality disorder (BPD) with a significant history of childhood adverse events (ACE). EMDR therapy changes memory (Maxfield, 2019), and the established byproducts of memory transformation are: the reduction/elimination of PTSD diagnoses and present symptoms, negative affects, problematic behaviors, and erroneous cognitions (Maxfield, 2019). Currently, there are few publications on the effect of EMDR therapy in the BPD population and most studies have been carried out on small samples. For this reason, we decided to study the effect of EMDR therapy in patients from the HPFBA outpatient clinic with a diagnosis of PTSD comorbid with BPD or accentuation of borderline personality traits. **Objective:** Significantly reduce the severity of PTSD symptoms and borderline personality symptoms in a sample of patients from the HPFBA outpatient clinic who have a history of neglect or abuse in childhood. **Material:** Several instruments were used, including questionnaires and/or scales, in their brief version, self-administered: Adverse Childhood Experiences Questionnaire, List of Borderline Symptoms, International Trauma Questionnaire, Revised Event Impact Scale, Checkable list of stress disorder posttraumatic for DSM-5, Self-Care Scale and finally the Satisfaction with the treatment received Scale. **Method:** The sample selection process was done by convenience (based on inclusion criteria) 10 patients were selected from the outpatient clinic, of which 3 openly decided not to participate in the study and of the 7 who participated, it was applied first. Using the adverse events in childhood questionnaire to identify the types of trauma experienced in the past, it should be noted that one of the participants was discharged based on elimination criteria; Pre- and post-test questionnaires (for PTSD and BPD symptoms) were applied to the 6 participants, before starting the EMDR therapy interventions and at the end of the last intervention, according to the basic EMDR therapy protocol. **Results:** The results reflect statistically significant clinical improvement in all scales, achieving the stated objective of reducing the severity of PTSD and BPD symptoms. **Conclusions:** EMDR therapy is a trauma-focused intervention with short-term effects on the reduction of PTSD and BPD symptoms, statistically significant evidence, and with significant improvement in the self-care of the participants.

Keywords: EMDR - BPD - PTSD - Trauma.

ANTECEDENTES

Durante la vida, alrededor del 90 % de la población va a experimentar, al menos un evento traumático (Kilpatrick DG et al., 2013). Esto es relevante al considerar que, los eventos traumáticos, pertenecen a los fundamentos etiológicos de muchos trastornos psiquiátricos descritos (Kim y Lee, 2016). El TEPT, que puede ser resultado de tales eventos, plantea un importante desafío para la salud pública; con una prevalencia, a lo largo de la vida, de aproximadamente el 10 %, es considerado uno de los trastornos mentales más prevalentes del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Kilpatrick DG et al., 2013).

Cuando una persona enfrenta un evento traumático, este puede manifestarse a través de creencias irracionales, emociones negativas, energía estancada y/o síntomas físicos, como: ansiedad, fobias, recuerdos intrusivos, pesadillas y temores. El impacto del trauma, sin importar su intensidad, puede afectar negativamente la autoconfianza y la percepción de autoeficacia del individuo. El evento puede quedar registrado en la memoria de manera original, generando una variedad de síntomas traumáticos o TEPT. Los estímulos disparadores pueden activar: imágenes, sensaciones físicas, sabores, olores, sonidos y creencias; que reproducen la experiencia original o distorsionan la percepción de los eventos actuales. Los recuerdos del trauma pueden provocar respuestas emocionales o físicas. La terapia EMDR permite al individuo desbloquear la información traumática y procesar el trauma de manera saludable. (Hensley, 2015, p. 37-38).

La terapia EMDR es una intervención ampliamente utilizada para el tratamiento del TEPT (Shapiro, 2017), su eficacia cuenta con un apoyo generalizado (Bisson et al., 2013), siendo reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) e incluida en directrices de la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático (ISTSS) como tratamiento de primera elección para el TEPT en niños, adolescentes y adultos (Bisson et al., 2019).

Un diagnóstico comórbido de TEPT puede empeorar el pronóstico de otros trastornos psiquiátricos (Valiente-Gómez et al., 2017). Es por ello por lo que, se realizan estudios de terapia EMDR, en pacientes con otros trastornos psiquiátricos, más allá del TEPT, con antecedentes de eventos traumáticos comórbidos.

La comorbilidad entre el TEPT y el TLP es alta. Una revisión que caracteriza la comorbilidad en el TLP estimó que entre el 33 % y el 79 % presentan síntomas que cumplen con los criterios del TEPT (Frías & Palma, 2014).

Los pacientes con TLP y TEPT comórbido, en comparación con sus pares con TLP únicamente, tienden a tener síntomas más graves y una menor calidad de vida (Pagura et al., 2010). El diagnóstico de TLP, implica graves problemas interpersonales, emocionales y de identidad, es un síndrome que, en sí mismo, ya afecta profundamente la vida de las personas (APA, 2013).

La evidencia sugiere que las psicoterapias (centradas en el trauma) de corta duración podrían ser efectivas en el tratamiento de los TP. Por ejemplo, un metanálisis reciente demostró una fuerte disminución en los síntomas del TLP (g de Hedges = 0,52), cuando los pacientes con TEPT y TLP comórbido fueron tratados con de 4 a 25 sesiones de terapias centradas en el trauma que duraron entre 50 y 120 minutos (Slotema et al., 2020).

En el tratamiento del TEPT, se ha descubierto que la terapia EMDR es bien tolerada y rentable (De Jongh et al., 2019, 2020; Mavranetzouli et al., 2020). Además, un estudio no controlado demostró que una mediana de 4 sesiones de terapia EMDR fue beneficiosa y segura en pacientes con TP y TEPT comórbidos, donde no se encontraron diferencias en la eficacia de la terapia EMDR entre pacientes con TLP y otros TP (Slotema et al., 2019).

La eficacia de la terapia EMDR sobre la gravedad de los síntomas de los TP también se ha estudiado en muestras de pacientes con TP pero sin diagnóstico de TEPT. Por ejemplo, los resultados de un ECA que comparó 5 sesiones de terapia EMDR con una lista de espera en pacientes diagnosticados con cualquier TP, de los cuales el 25,5 % cumplió con los criterios diagnósticos de TLP; reveló tamaños de efecto de medianos a grandes para los síntomas psicológicos (d de Cohen = 0,65), el funcionamiento psicológico (d de Cohen d = 0,62) y el funcionamiento de la personalidad (d de Cohen = 0,56), sin la aparición de eventos adversos (Hafkemeijer et al., 2020). Estos hallazgos son particularmente importantes porque la duración del tratamiento fue breve, con un total de 7,5 h de terapia EMDR; sin embargo, la mejoría se mantuvo a los 3 meses de seguimiento (Hafkemeijer et al., 2020).

Los hallazgos de un estudio reciente (De Jongh et al., 2020) revelaron una reducción significativa de los síntomas del TLP, utilizando una combinación de terapia EMDR y exposición prolongada; y curiosamente, un tercio de los pacientes perdió su resultado positivo en la prueba de TLP después de sólo 8 días de tratamiento. Estos resultados sugieren que la terapia EMDR puede aplicarse de forma eficaz, segura y más económica para tratar los síntomas de los TP; sin embargo, los estudios sobre los efectos de la terapia EMDR para los síntomas de los TP se limitan a ensayos abiertos.

Wilhelmus y colaboradores (2023) al explorar la viabilidad y los efectos de EMDR para el TEPT comórbido, durante la etapa temprana del tratamiento habitual (TAU) para el TLP, en un estudio de referencia múltiple, encontraron que la gravedad de los síntomas de TEPT autoinformados, se redujo significativamente durante EMDR y, que este efecto se mantuvo después de que se suspendió EMDR. Además, observaron patrones comparables para la psicopatología general y su efecto en las actividades diarias y el funcionamiento social. Dichos resultados están en línea con los hallazgos de estudios preliminares (Slotema et al., 2019 y 2020; De Jongh, Groenland, et al., 2020) con respecto a EMDR y otras psicoterapias centradas en el trauma para pacientes con trastornos de la personalidad como TLP y TEPT comórbido. Los resultados del estudio implican que el TEPT puede tratarse con EMDR en personas que reciben tratamiento para el TLP; además, EMDR se puede ofrecer en las etapas iniciales del tratamiento del TLP; por lo tanto, EMDR puede combinarse con psicoterapias recomendadas para el TLP, como la terapia de esquemas (grupo) o DBT.

Hasta el momento, EMDR no se ha investigado como tratamiento independiente para el TEPT en pacientes con TLP; sin embargo, Hofmann y colaboradores (2022) han iniciado recientemente un ECA que explora la eficacia de EMDR como tratamiento independiente, para la gravedad de los síntomas de los TP y el TEPT.

En base a la evidencia expuesta, la terapia EMDR puede ser considerada como una intervención prometedora para pacientes con TLP y TEPT comórbido; sin embargo, la terapia todavía no se ofrece comúnmente a este grupo de pacientes.

MARCO TEÓRICO

TERAPIA DE DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTOS OCULARES (EMDR)

La Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR; Shapiro, 2001) es una intervención diseñada para tratar el trauma, fundamentada en el Modelo de Procesamiento Adaptativo de Información (PAI). Este modelo sostiene que, en situaciones traumáticas, la información se almacena de manera disfuncional. El propósito del tratamiento es acceder a estas memorias disfuncionales y procesarlas, transformando las sensaciones, emociones y elementos cognitivos asociados en un estado más adaptativo (Shapiro, 2001, 2007).

En condiciones normales, el sistema natural de procesamiento de información integra las experiencias recientes en redes neuronales existentes, que forman la base de la percepción, actitudes y comportamientos. Cuando este sistema opera correctamente, las nuevas experiencias se asimilan, conectándose con la información previamente almacenada, lo que nos permite comprender las experiencias, aprender de ellas y orientarnos en el futuro (Shapiro, 2001). Sin embargo, tras un evento traumático, este sistema de PAI puede quedar bloqueado, haciendo que la información se almacene de manera disfuncional en lugar de integrarse con otras redes de memoria (Shapiro, 2001).

La memoria traumática difiere de la memoria ordinaria en varios aspectos: mientras que la memoria ordinaria suele ser menos vívida y está conectada con otras experiencias; la memoria traumática, tiende a ser incompleta o incoherente, enfocándose en detalles emocionalmente significativos, amenazantes o de especial relevancia para el individuo (Shapiro, 2001).

Shapiro proponía que el modelo PAI incluye un mecanismo de autocuración psicológica, similar a la respuesta curativa del cuerpo ante las lesiones físicas (Shapiro, 2001).

Para tratar cualquier patología, es crucial identificar los recuerdos clave que constituyen la base del problema actual, así como eventos posteriores que se relacionan con este grupo de sucesos conectados, funcionando como memorias que refuerzan el problema (Shapiro, 2001).

La estimulación bilateral (a través de: movimientos oculares, sonidos o estimulación táctil alternante) facilita la conexión entre la información disfuncional almacenada y el resto de las redes neuronales, promoviendo la integración de la información adaptativa (Shapiro, 2001).

Investigaciones neurobiológicas sugieren que este proceso implica un cambio de información sensorial implícita a memorias explícitas consolidadas (Siegel, 2002; Van Der Kolk, 2002) y de sistemas de memoria episódica, mediada por el hipocampo, a sistemas de memoria semántica, mediada por el neocórtex (Stickgold, 2001).

La terapia EMDR ha sido respaldada por numerosos estudios empíricos y es actualmente reconocida como una terapia de elección para el tratamiento del TEPT. Diversas Guías Clínicas la han clasificado como una terapia efectiva, de Categoría A (altamente recomendada) para el tratamiento del trauma (Foa et al., 2000).

Metaanálisis de estudios han concluido que EMDR es igualmente eficaz o superior a las terapias cognitivo-conductuales, especialmente cuando se aplica de manera adecuada (Bisson & Andrew, 2007; Bradley et al., 2005; Davidson & Parker, 2001; Seidler y Wagner, 2006). Además, se destacan ventajas de EMDR como su mayor eficiencia y rapidez (Van Etten & Taylor, 1998).

En la siguiente tabla se muestra un resumen de las 8 fases en las que se divide la intervención en terapia EMDR. (Ver Tabla 1).

Tabla 1: Resumen de las 8 Fases de la Terapia EMDR¹

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO
Fase 1: Toma de Historia y Plan de Tratamiento	- Identificar los antecedentes. - Identificar “blancos” de reprocesamiento de eventos positivos y negativos en la vida del cliente.	- Entrevista psicosocial, elaboración de la historia clínica. - Desarrollo de un plan de tratamiento basado en PAI para el problema prioritario.
Fase 2: Preparación y Estabilización	- Preparar a los clientes para el reprocesamiento de blancos. - Acceder a estados positivos: (Estado Seguro/Tranquilo)	- Enseñar metáforas y técnicas que fomenten la estabilización y un sentido de autodomio y control. - Demostrar las opciones de estimulación bilateral
Fase 3: Evaluación del Blanco	Acceder al blanco, para el reprocesamiento con EMDR, estimulando los componentes primarios de la memoria.	Obtener la imagen, la creencia negativa actual, la creencia positiva deseada, la emoción actual, las sensaciones físicas.
Fase 4: Desensibilización	- Reprocesar experiencias hacia una resolución adaptativa. - Reprocesar completamente todos los canales para permitir una asimilación completa de los recuerdos. - En caso de un procesamiento bloqueado, utilizar estrategias como el "Entretejido Cognitivo" para abrir el procesamiento bloqueado mediante la obtención de información más adaptativa.	
Fase 5: Instalación	- Aumentar las conexiones con las redes cognitivas positivas. - Aumentar los efectos de generalización dentro de las memorias asociadas.	
Fase 6: Escaneo Corporal	Completar el reprocesamiento de cualquier perturbación residual asociada con el blanco.	
Fase 7: Cierre	- Garantizar la estabilidad del cliente al finalizar una sesión de EMDR y entre sesiones. - Uso de imaginación guiada o técnicas de autocontrol si fuese necesario. - Resumen respecto de lo esperable y a llevar diario entre sesiones.	
Fase 8: Reevaluación	- Evaluación de los efectos del tratamiento. - Explore lo que ha surgido desde la última sesión y el funcionamiento del cliente entre sesiones. - Vuelva a acceder a la memoria de la última sesión. - Trabaje con otros blancos del Plan de Tratamiento si el tiempo lo permite.	

¹ Tomado de EMDRIA. <https://www.emdria.org/library-copy/publications-resources/practice-resources/8-phases-of-emdr-therapy-resources/>

LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y SU RELACIÓN CON EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) son eventos que pueden variar en severidad y a menudo son crónicos, ocurriendo en el entorno familiar o social del niño. Estos eventos pueden causar gran malestar y tener efectos acumulativos que afectan tanto la salud física como el desarrollo psicológico del niño (Kalmakis & Chandler, 2013; Alhowaymel et al., 2021).

Las EAI abarcan diversas dimensiones, entre las que se incluyen: abuso físico, emocional o sexual; negligencia emocional o física; vivir con un familiar que sufre de una enfermedad mental; abuso de sustancias; encarcelamiento o fallecimiento de un ser querido; exposición a violencia doméstica; y separación o divorcio de los padres (Academia Estadounidense de Pediatría, 2020).

A nivel global, aproximadamente el 60 % de los niños han experimentado al menos una adversidad, y en algunos países de América Latina, esta cifra puede aumentar hasta un 80 % (UNICEF, 2022).

Actualmente, existe evidencia que vincula las EAI con problemas de salud en la adultez. En términos de salud mental, las EAI están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar una variedad de trastornos psicológicos, incluyendo trastornos de ansiedad y depresión (De Venter et al., 2013; Heim et al., 2008; Heim et al., 2010; Li et al., 2015; Lindert et al., 2013; Liu et al., 2012; Sachs-Ericsson et al., 2017; Sareen et al., 2012), trastornos de ansiedad generalizada, social y de pánico (Cougle et al., 2010), trastorno de estrés postraumático (Cougle et al., 2010; Sachs-Ericsson et al., 2017), trastornos dismórficos (Longobardi et al., 2022), trastorno límite de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo y esquizofrenia (Battle et al., 2004), y un aumento en el riesgo de intentos de suicidio y autolesiones (Kappel et al., 2021).

Las EAI también están relacionadas con comportamientos de riesgo como: el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la promiscuidad, el sedentarismo y la delincuencia. El riesgo de estos comportamientos aumenta cuando se han experimentado cuatro o más tipos de EAI (Campbell et al., 2016; Douglas et al., 2010; Downey et al., 2017; Felitti, 1998; Ford et al., 2011; Hahm et al., 2009; Kappel et al., 2021; Tietjen et al., 2012).

Los pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad (TLP) a menudo reportan haber sufrido EAI (Battle et al., 2004). La mayoría de los estudios sobre TLP revelan que muchos pacientes experimentaron abuso verbal (72 %), físico (46 %) y sexual (26 %) (Zanarini et al., 1989).

Un estudio reciente por Slotema y colaboradores (2018) mostró que el 97 % de los pacientes con TLP reportaron al menos un tipo de trauma infantil, incluyendo abuso y negligencia. Este estudio también indicó que la prevalencia del TEPT en pacientes con TLP varía entre el 41 y el 56 % (Zanarini et al., 1989; Slotema et al., 2018). La investigación prospectiva ha demostrado que el maltrato infantil es un predictor significativo del desarrollo de TLP en la adultez, como lo evidencian los datos del estudio longitudinal *Children in the Community*, que mostraron que las experiencias adversas en la infancia predicen significativamente el desarrollo de TLP (OR = 6,83) (Johnson et al., 1999, 2000 y 2001; Cohen et al., 2001). Estos hallazgos subrayan la importancia de las EAI en el desarrollo y la gravedad de los síntomas de TLP en etapas posteriores de la vida.

Sabo (1997) revisó la literatura sobre EAI en pacientes con TLP y concluyó que la negligencia biparental y la falta de figuras de apego sustitutivas son factores traumatizantes importantes en el desarrollo de TLP. Otros autores también han sugerido que la deficiencia en el apego biparental es clave en el desarrollo de TLP (Zanarini et al., 2000; Zweig-Frank & Paris, 1991) o el tipo de vínculo parental (Guttman & Laporte, 2002).

Gunderson (1984, 1996) propuso que la intolerancia a la soledad es el núcleo de la patología límite y que la incapacidad de los individuos con TLP para desarrollar una "introyección calmante" es consecuencia del fracaso de las figuras de apego tempranas.

Una historia de trauma infantil está asociada con un pronóstico desfavorable en pacientes con TLP (Gunderson et al., 2006), y los síntomas de TEPT junto con la disociación predicen las conductas autodestructivas características de estos pacientes (Spitzer et al., 2000; Sansone et al., 1995).

Mosquera, González y Van der Hart (2011) realizaron una revisión exhaustiva sobre la interacción entre trauma, apego y factores biológicos, destacando la estrecha interrelación entre la disociación y el TLP.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA ENTRE TLP y TEPT o TEPTC

El trauma psicológico puede causar una gran angustia, deterioro funcional y la aparición de síntomas psicológicos relacionados con el trauma (Gluck et al., 2021). El TEPT es una respuesta bien documentada al trauma, caracterizada por síntomas que incluyen: reexperimentación, evitación, excitación y reactividad. El TEPT a menudo se presenta junto con diversas psicopatologías, y la presencia de trastornos comórbidos puede intensificar la gravedad de los síntomas y empeorar los resultados (Galatzer-Levy et al., 2012).

La prevalencia del TEPT a lo largo de la vida se estima en aproximadamente entre un 4 y un 8 % (Koenig et al., 2017). Los factores genéticos y epigenéticos pueden explicar hasta el 70 % de las diferencias individuales en el desarrollo del TEPT, con una heredabilidad estimada en el 30 % (Lebois et al., 2016).

En el DSM-5 (APA, 2013), el TEPT se clasifica en 20 síntomas organizados en 4 categorías: intrusión, evitación activa, alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo, y alteraciones significativas en excitación y reactividad. Para el diagnóstico, es necesario haber estado expuesto a un estresor y presentar al menos un solo síntoma de intrusión, un solo síntoma de evitación, dos alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo, y dos síntomas de excitación y reactividad; que deben persistir durante, al menos un mes y causar deterioro funcional.

La CIE-11 de la OMS propone un enfoque diferente para el diagnóstico del TEPT, simplificando la conceptualización del trastorno y diferenciando entre formas básicas y complejas (Maercker et al., 2013). Mientras que el DSM-5 proporciona una definición más amplia del TEPT que abarca síntomas relacionados con cogniciones y estados de ánimo negativos, la CIE-11 ofrece una definición más restringida, centrada en 6 síntomas de los grupos de: reexperimentación, evitación e hiperactivación. (Maercker et al., 2013).

El diagnóstico de trauma complejo en la CIE-11 incluye 6 grupos de síntomas, que incluyen: tres síntomas compartidos con el TEPT (reexperimentación, evitación y sensación de amenaza) y tres grupos adicionales relacionados con “alteraciones en la autoorganización” (AAO), que incluyen: desregulación afectiva, autoconcepto negativo y dificultades en las relaciones (Maercker et al., 2013).

Diversos estudios han señalado una comorbilidad frecuente entre el TEPT y el TLP (Driessen et al, 2002; McLean & Gallop, 2003; Harned et al., 2010; Pagura et al, 2010; Pietrzak et al, 2010). Existe debate sobre si el TEPTC debería considerarse como un TEPT asociado con el TLP.

Brewin y colaboradores (2017) argumentaron que los criterios diagnósticos para el TEPTC incluyen características que lo diferencian claramente del TLP. Aunque ambos trastornos presentan problemas en la regulación emocional, se distinguen en otros aspectos. Así tenemos que, el TLP se caracteriza por un sentido de sí mismo inestable, que alterna entre autoevaluaciones extremadamente positivas o negativas y relaciones intensas e inestables; mientras que, el TEPTC se define por un sentido de sí mismo negativo, pero estable, y relaciones percibidas como dolorosas y generalmente evitadas. La historia de trauma es necesaria para el diagnóstico de TEPTC, pero no para el TLP (Brewin et al., 2017).

Las guías clínicas generalmente recomiendan las intervenciones psicológicas centradas en el trauma como tratamiento de primera línea (Sripada et al., 2016). La evidencia sugiere que estas terapias centradas en el trauma pueden ser más efectivas que las que no lo están (Sripada et al., 2016).

Tabla 2. Características clínicas del TEPTC en comparación con el TEPT²

Similitudes	Diferencias
● Re experimentar el trauma ● Evitar recordatorios del trauma ● Hipervigilancia o elevada sensación de amenaza	● El trauma complejo se caracteriza, además, por desregulación emocional, alteraciones en las relaciones interpersonales y alteración del autoconcepto. ● El TEPT puede ocurrir como resultado de un solo evento traumático, mientras que el trauma complejo se desarrolla como resultado de una serie de eventos interpersonales traumáticos durante un largo período de tiempo.

² Tabla 2 tomada de Stopyra y colaboradores (2023).

Tabla 3. Características clínicas del TEPTC en comparación con el TLP³

Similitudes	Diferencias
● Afecta la desregulación ● Dificultades interpersonales ● Auto concepto alterado ● Sentimientos crónicos de vacío	● La experiencia traumática explícita es necesaria para el diagnóstico de TEPTC pero no de TLP ● Afecta la desregulación: ▫ TEPTC: sensibilidad emocional, ira reactiva y estrategias de afrontamiento desadaptativas ▫ TLP: Impulsividad, conducta suicida y auto lesiva ● Auto concepto: ▫ TEPTC: Auto visión estable y negativa ▫ TLP: inestable, alternando una visión de sí mismo positiva y negativa ● Dificultades interpersonales: ▫ TEPTC: dificultades para formar conexiones interpersonales, tendencia a la evitación, hipervigilancia ante las amenazas de los demás. ● TLP: paso de la idealización a la degradación, hipervigilancia ante el abandono, esfuerzos para evitar el abandono.

CONSIDERACIONES DE LA TERAPIA EMDR EN PACIENTES CON TLP

Para tratar a pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) utilizando EMDR, es necesario realizar ciertas adaptaciones en los procedimientos estándar a lo largo de las ocho fases de la terapia EMDR (Mosquera & González, 2013).

Fase 1: El terapeuta debe supervisar de cerca el nivel de activación emocional de los pacientes y estar preparado para ajustar el enfoque cuando sea necesario, con el fin de desarrollar habilidades de contención y regulación emocional (Mosquera & González, 2013).

Fase 2: La estabilización previa al trabajo con traumas se considera crucial (Courtois et al., 2009; Van Der Hart et al., 1989). En el tratamiento del TLP y de trastornos por estrés prolongado y severo, es importante tener en cuenta aspectos específicos como los estados mentales relacionados con el apego, las fobias al apego, y las emociones y recuerdos traumáticos (Pearlman & Courtois, 2005; Van Der Hart et al., 2006). Es

³ Tabla 3 tomada de Stopyra y colaboradores (2023).

esencial comprender estos factores y contar con estrategias para abordarlos antes y durante el reprocesamiento de recuerdos traumáticos con EMDR, para garantizar que el proceso sea seguro y efectivo (Mosquera et al., 2014).

Fases 3 a 7: Los procedimientos estándar de EMDR para el TEPT (Shapiro, 2001) deben ser aplicados solo cuando el paciente demuestre signos de estabilidad emocional.

JUSTIFICACIÓN

El TLP, caracterizado por el temor al abandono, tendencias suicidas persistentes, y dificultades en la regulación emocional, las relaciones interpersonales, la identidad y la impulsividad, a menudo se presenta junto con síntomas de TEPT (Jowett et al., 2019).

Las investigaciones han revelado que alrededor de una cuarta parte de las personas con TEPT también cumplen los criterios para TLP (Pagura et al., 2010), y hasta el 50 % de quienes cumplen los criterios para TLP han tenido TEPT en algún momento de sus vidas (Scheiderer et al., 2015).

Aunque experimentar un trauma no es un requisito para el diagnóstico de TLP, la alta tasa de comorbilidad ha llevado a algunos expertos a considerar el TLP como parte de un espectro más amplio de síntomas relacionados con el trauma (Rosenstein et al., 2018). Esta perspectiva está respaldada por una considerable cantidad de investigaciones que indican altos índices de abuso sexual infantil y otros tipos de maltrato o trauma severo en personas con TLP (Rosenstein et al., 2018; Porter et al., 2019).

Mosquera y sus colaboradores (2011) identificaron tres subtipos de TLP, basados en la influencia variable de los factores disociativos, genéticos y ambientales: un TLP disociativo, un TLP relacionado con el apego y un TLP genético. Estos subtipos no pretenden ser categorías rígidas, sino que destacan las distintas interacciones entre estos factores, especialmente en relación con el trauma temprano. La interacción de estos aspectos puede ser compleja, y es crucial considerar su influencia en cada caso específico para diseñar un tratamiento integral.

La terapia EMDR, desarrollada a finales de los años 80 para tratar el TEPT en víctimas de desastres, guerras, abusos sexuales y accidentes, ha demostrado ser útil también en otros trastornos psicopatológicos asociados con sufrimiento psicológico, derivado de traumas no resueltos, como: los duelos patológicos, las fobias, ciertos trastornos de personalidad, las crisis de pánico y las obsesiones (Ayala, 2015).

Actualmente, muchas investigaciones sugieren una fuerte relación entre el TLP y las experiencias traumáticas en los primeros años de vida (Ball & Links, 2009; Horesh et al., 2008; Tyrka et al., 2009; Zanarini et al., 2002). Frente a esto, en la actualidad, son escasos los estudios que exploran la aplicación de la terapia EMDR en pacientes con TLP.

El fundamento de esta tesis es la aplicación de la terapia EMDR a nuestros pacientes del HPFBA para ofrecerles otras opciones psicoterapéuticas (además de la farmacológica y la psicoterapia convencional) que sean centradas en el trauma, y que muestren eficacia a corto plazo, en la mejoría sintomática (gravedad de los síntomas) en pacientes con TEPT comórbido con TLP o características acentuadas de la personalidad límite.

La idea original de hacer algo así en esta institución, requirió el desarrollo de las competencias y habilidades necesarias, que se adquirieron durante el entrenamiento básico en terapia EMDR, con el objetivo de proporcionar a los pacientes una intervención integradora enfocada en el trauma psicológico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Datos de la Secretaría de Salud de México, señalan que casi 1.5 % de la población general padece TLP. En datos estadísticos del HPFBA, en el año 2017, este padecimiento se ubicó como la tercera causa de atención en el servicio de consulta externa, con 19.3 % de representación, mientras que en el servicio de urgencias ocupó la segunda causa. Debido al alto porcentaje de la población diagnosticada con TLP en el HPFBA, cada año se realizan trabajos de investigación con esta población; sin embargo, el trabajo de tesis que describió la comorbilidad entre TLP y TEPT fue descrita en 2019 por la Dra. Ivonne Núñez Nolasco, en un estudio de tipo observacional, transversal y correlacional, en el que describió la frecuencia con que se presenta TEPT en un grupo de pacientes de la consulta externa con diagnóstico

de TLP, mediante el cálculo de la correlación no paramétrica de tau-b de Kendall de TEPT, obtuvo los siguientes resultados: en una muestra de 50 pacientes con TLP, 31 presentaron criterios para TEPT crónico y 19 fueron negativos, con lo cual se corroboró la hipótesis de la correlación entre ambos padecimientos psiquiátricos ($P < .002$ y correlación 98.9 %). Partiendo de este antecedente de comorbilidad de TEPT y TLP en los pacientes del HPFBA, fue que se dirigió el enfoque hacia el tratamiento enfocado en el trauma, por lo que era preciso buscar si en los pacientes existe el antecedente de EAI y poder dirigir nuestro estudio hacia el empleo de la terapia EMDR en los pacientes descritos. Tomando en cuenta que la psicoterapia enfocada en trauma sigue siendo la primera línea de tratamiento en el TEPT y la evidencia sugiere que podrían ser efectivas en el tratamiento de los TP. Por tal razón, se dirigió la investigación al estudio del efecto de la terapia EMDR (centrada en el trauma, de corta duración) en un grupo de pacientes del HPFBA con la comorbilidad diagnóstica de TEPT y TLP o acentuación de rasgos de la personalidad límite que cuentan con antecedente de EAI. Recordando que los principales objetivos de esta técnica son: lograr una rápida disminución de los sentimientos y pensamientos negativos, así como reducir el estrés psicológico asociado, lo cual facilita el desarrollo de nuevas actitudes y promueve un funcionamiento global más adaptativo (Shapiro, 2001, 2007).

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los efectos a corto plazo de la terapia EMDR en un grupo de pacientes con diagnóstico de TEPT comórbido con TLP o Acentuación de rasgos límite?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Evaluar el efecto de la terapia EMDR en pacientes con diagnóstico de TEPT en comorbilidad con TLP o Acentuación de rasgos de la personalidad límite, que llevan seguimiento en la consulta externa del HPFBA.

Objetivos específicos:

- Identificar los tipos de trauma experimentados en la infancia.
- Evaluar la severidad de los síntomas de TEPT, antes de la intervención y al finalizar la última intervención de la Terapia EMDR (10 sesiones).
- Evaluar la severidad de los síntomas de TLP o Acentuación de rasgos de la personalidad límite, antes de la intervención y al finalizar la última intervención de la Terapia EMDR (10 sesiones).
- Medir el nivel de autocuidado de los pacientes antes y después de la intervención.
- Evaluar la satisfacción del tratamiento recibido por parte de los participantes.

HIPÓTESIS

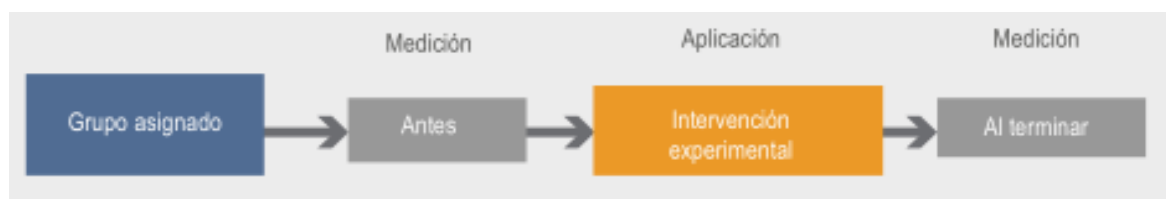
H₁: Al concluir las diez sesiones de intervención con la terapia EMDR, el paciente mostrará un cambio clínicamente significativo, mayor al 20%, en cuanto a la severidad de los síntomas del TEPT y del TLP.

H₀: Al concluir las diez sesiones de intervención con la terapia EMDR, el paciente no mostrará un cambio clínicamente significativo, mayor al 20%, en la severidad de los síntomas del TEPT y del TLP.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Diseño cuasi experimental de un grupo, antes y después (Ver Figura 1). Se evalúa la intervención en estudio (la aplicación de la terapia EMDR) en un solo grupo de pacientes (10 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión). La variable de resultado se evalúa tanto antes como después de la aplicación de la terapia EMDR. La efectividad se confirma al observar una mejora en esta variable, lo que indica un cambio en los datos iniciales tras la intervención (Zurita-Cruz et al., 2018).

Ilustración 1. Cuasi experimento de un grupo, antes y después.



Criterios de inclusión:

1. Hombres y mujeres de entre 18 y 40 años, con expediente clínico, que están en seguimiento en la consulta externa del HPFBA.
2. Que cuenten con diagnóstico de TEPT, así como diagnóstico de TLP (o acentuación de rasgos límite de la personalidad), con o sin tratamiento farmacológico.
3. Sin hospitalizaciones en los 3 meses previos.
4. Sin recibir psicoterapia (individual o grupal) en la institución.

Criterios de exclusión:

1. Otros diagnósticos psiquiátricos: Esquizofrenia, Trastorno de ideas delirantes, Trastorno esquizoafectivo, Trastorno bipolar, Discapacidad intelectual, Trastorno orgánico mental grave y Trastorno antisocial de la personalidad.
2. Participación en otro proyecto de investigación dentro de la institución.

Criterios de eliminación:

1. No justificar la inasistencia después de dos faltas consecutivas a las sesiones.
2. Deseo explícito del paciente de no continuar.

Muestreo:

De tipo no probabilístico, crítico o por juicio. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes que cuentan con diagnósticos de “trastorno límite de la personalidad” o “acentuación de rasgos límite” y “trastorno de estrés postraumático” y con ayuda de los criterios de exclusión finalmente se obtuvo una muestra de 10 pacientes; sin embargo, 3 pacientes decidieron no participar en el estudio; a los 7 participantes se les aplicó el cuestionario de experiencias adversas en la infancia y los cuestionarios pre test, antes de la primera intervención EMDR. Un participante fue eliminado del estudio por criterio de eliminación. Los 6 participantes concluyeron las 10 intervenciones de la terapia EMDR y se les aplicó los mismos cuestionarios pos test.

Variables: (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Exposición de las Variables⁴

Variable	Naturaleza y Finalidad	Definición operacional	Unidad de medición o valores	Escala o nivel de medición
Edad	Cuantitativa Independiente	Años vividos hasta el momento	Número de años	Numérica
Sexo	Cualitativa Independiente	Se refiere al sexo biológico de la persona	0: Hombre 1: Mujer	Nominal
Escolaridad	Cualitativa Independiente	Máximo grado de estudios	0: Media 1: Superior	Ordinal
Ocupación	Cualitativa Independiente	Actividad o tipo de trabajo desarrollado	0: Desempleado 1: Empleado 2: Estudiante	Nominal
Religión	Cualitativa Independiente	Creencia religiosa o espiritualidad	0: No 1: Sí	Nominal
Otra comorbilidad psiquiátrica	Cualitativa	Que se suma a los diagnósticos de base (TEPT, TLP)	0: Ninguna. 1: TDAH. 2: No especificado	Nominal
Experiencias adversas infantiles	Cualitativa Dependiente	Identificar los tipos de abusos experimentados antes de los 18 años, mediante la aplicación del Cuestionario de Experiencias Adversas Infantiles (EAI) de 10 preguntas.	0: No 1: Sí *Puntuación mínima 0 y máxima 10	Nominal
Síntomas disociativos	Cuantitativo Dependiente	La Escala de Experiencias Disociativas (DES-II) es una herramienta de autoevaluación que consta de 28 preguntas diseñadas para adultos.	Las puntuaciones totales pueden estar entre 0 y 100, donde los niveles altos de disociación se indican con puntuaciones de 30 o más.	Intervalar
Síntomas de TLP	Cualitativa Independiente	Aplicación del Cuestionario BSL-23, que consta de 23 ítems, la suma de los mismos da la puntuación total: 48: leve 49 - 62: grave > 63: muy grave	0. Nunca 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho 4. Muchísimo	Ordinal

⁴ Elaboración propia.

Síntomas de TEPT	Cualitativa Dependiente	El Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ) el cual se centra en las características principales del TEPT y el TEPT complejo, particularmente en la definición del deterioro funcional. La Escala de Impacto del Evento Revisada (EIE-R) evalúa la sintomatología de TEPT auto informada, experimentada en los últimos 7 días; consta de 22 ítems (7 de Intrusión, 8 de Evitación y 7 de Hiperactivación). La lista checable de trastorno de estrés postraumático para el DSM-5 (PCL-5): con base en los criterios diagnósticos: - Criterio B de reexperimentación - Criterio C de evitación - Criterio D de alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo - Criterio E de hiperactivación.	ITQ: Puntuación categórica: para los ítems de TEPT y TEPTC, se define como una puntuación de 2 o más. Puntuación dimensional: de 0 a 24 para las 2 subescalas principales: TEPT (suma de los ítems 1 a 6). AAO (suma de los puntos 10 a 15). EIE-R: Escala tipo Likert: 0=Sin síntomas 1=Pocos síntomas 2=Síntomas moderados 3=Síntomas altos 4=Síntomas extremos PCL-5: Escala tipo Likert. 0=Nada 1=Un poco 2=Moderadamente 3=Bastante 4=Extremadamente	Ordinal
Autocuidado	Cualitativa Dependiente	Aplicación de la Escala de Autocuidado que consta de 31 ítems distribuidos en 6 factores: AD Conducta autodestructiva	1. Totalmente en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 3. Algo en desacuerdo 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 5. Algo de acuerdo	Ordinal

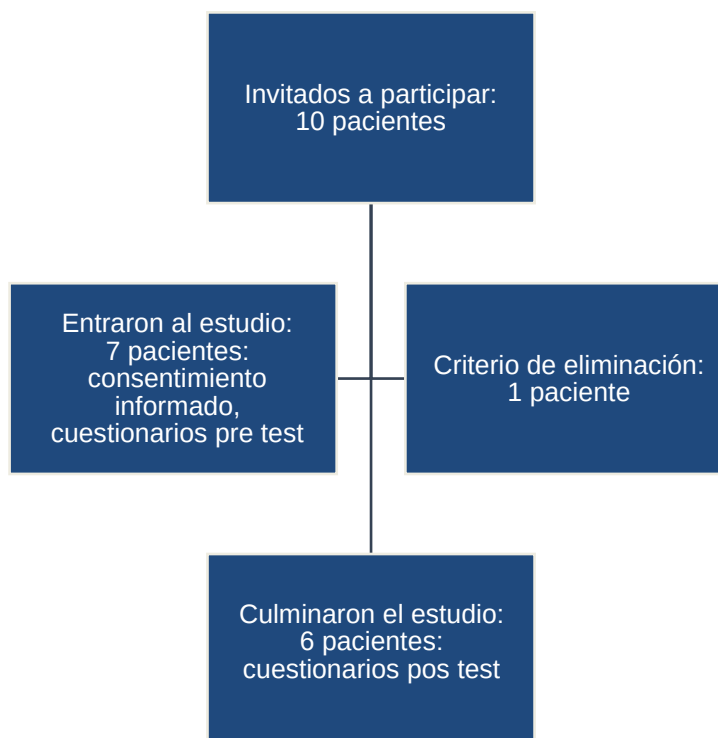
		TA Falta de tolerancia al afecto positivo PA Problemas para dejarse ayudar R Resentimiento por no reciprocidad NP No actividades positivas NN No atender las propias necesidades	6. Bastante de acuerdo 7. Totalmente de acuerdo	
Satisfacción con el tratamiento recibido	Cuantitativa Dependiente	Aplicación de la Escala de Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4) que consta de una pregunta de satisfacción, una pregunta de solución del problema y 2 preguntas de percepción del cambio emocional.	La puntuación final está en una escala que va de 0 a 300.	Intervalar

Procedimiento:

Se seleccionó a 10 pacientes, por conveniencia (aplicando los criterios de inclusión y exclusión). Fueron 7 los pacientes que firmaron su consentimiento informado aceptando su participación en el estudio. Previo al inicio de las intervenciones, fueron aplicados cuestionarios de experiencias adversas infantiles para determinar el tipo de abuso que antecede a cada participante, posteriormente se aplicaron los cuestionarios pre test, todos auto-aplicables, siendo los siguientes: BSL-23, DES-II, ITQ, PCL-5, IES-R y Autocuidado. Con la finalidad de obtener puntuaciones basales. Se empleó el protocolo estándar de terapia EMDR que consta de ocho fases por sesión, con intervenciones de 90 a 120 minutos, con un total de 900 a 1200 horas de terapia EMDR en las 10 intervenciones presenciales, impartidas dentro de la institución, durante un lapso de 6-7 semanas. Las intervenciones fueron impartidas por un solo terapeuta (investigadora) con certificación básica en terapia EMDR. Durante el proceso se contó con la supervisión de un terapeuta EMDR certificado, el Psic. Santiago Jácome, quien brindó retroalimentación a la terapeuta investigadora vía online. Un participante se dio de baja por criterio de eliminación. Solo 6 participantes concluyeron las 10 intervenciones (Ver Ilustración 2). Después de la

décima sesión (última), se volvieron a aplicar los mismos cuestionarios (postest) para comparar los resultados de las intervenciones.

Ilustración 2. Diagrama de participación



INSTRUMENTOS

Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI)

El Cuestionario de experiencias adversas en la infancia de Felitti y colaboradores (1998), es un instrumento de auto reporte con 10 preguntas que identifican en retrospectiva las posibles circunstancias adversas experimentadas en la infancia, antes de los 18 años. Se califica mediante respuestas dicotómicas (sí/no), a la respuesta “sí” se le otorga un valor de 1, de tal manera que las puntuaciones van de 0 a 10. Presenta una estructura factorial de tres indicadores que son: maltrato infantil, abuso sexual y disfunción familiar. El primero y el segundo se dividen en abuso psicológico, abuso físico, negligencia y abuso sexual (Ford et al., 2014). El tercero se divide a su vez en: abuso de sustancias, enfermedad mental, ser testigo de violencia contra la madre, y conducta criminal de algún familiar directo

(Ford et al., 2014). La consistencia interna de Alfa de Cronbach de .78 (Ford et al., 2014).

Lista de síntomas límite - Versión corta (BSL-23)

Es un instrumento de autoevaluación de 23 ítems para la evaluación específica de la sintomatología del TLP en adultos. Los ítems del BSL-23 se basan en los criterios del DSM-5, en la versión revisada de la Entrevista de Diagnóstico para el Trastorno Límite de la Personalidad y en las experiencias de expertos clínicos y aportes del TLP (Kleindienst et al., 2020). Las personas con puntuaciones altas en el BSL-23 tienen más probabilidades de tener TLP y desafíos asociados con el manejo de las emociones, la autoimagen, problemas de relación y el funcionamiento general en la vida cotidiana. Se calcula la puntuación promedio de los ítems (rango de 0 a 4, suma de puntuaciones dividida por 23), donde una puntuación más alta indica mayor deterioro (Kleindienst et al., 2020).

Kleindienst y colaboradores (2020) probaron el BSL-23 en más de 1000 adultos y desarrollaron puntuaciones de corte y niveles de gravedad (ninguno o bajo, leve, moderado, alto, muy alto y extremadamente alto) para usuarios con TLP.

- Ninguno/Bajo: 0 - 0,3
- Leve: 0,3 - 1,1
- Moderado: 1,1 - 1,9
- Alto: 1,9 - 2,7
- Muy alto: 2,7 - 3,5
- Extremadamente alto: 3,5 – 4

Descubrieron que los individuos con un grado de gravedad "ninguno o bajo" estaban prácticamente libres de criterios de diagnóstico de TLP y tenían un alto nivel de funcionamiento global correspondiente a pocos o ningún síntoma. Las puntuaciones $\geq 1,50$ indican que las respuestas son consistentes con el TLP, y los datos empíricos muestran que esta puntuación de corte es capaz de discriminar entre pacientes con TLP y usuarios con otras psicopatologías clínicas, por ejemplo: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos mayores, esquizofrenia, etc. (Kleindienst et al., 2020)

Los grados de gravedad que indican niveles “altos” a “extremadamente altos” de síntomas de TLP se observaron en una tasa mucho mayor en los pacientes que buscaban tratamiento (70,0 %) que en un grupo de control sano sin antecedentes de psicopatología (0,0 %). (Kleindienst et al., 2020).

El BSL-23 tiene una estructura de un solo factor y tiene excelentes propiedades psicométricas, con una alta consistencia interna con un Cronbach de 0,97 y una confiabilidad test-retest de 0,82 en 1 semana (Bohus, 2008). Estas propiedades se han replicado en varios estudios que validaron las traducciones del BSL-23 a 18 idiomas extranjeros (Kleindienst et al., 2020).

Escala de Experiencias Disociativas (DES-II)

La Escala de Experiencias Disociativas (DES) se ha desarrollado para ofrecer un medio para medir de forma fiable la disociación en poblaciones normales y clínicas. (Bernstein & Putnam, 1986). La disociación, es entendida como la falta de integración normal de pensamientos, sentimientos y experiencias en el flujo de la conciencia y la memoria, y hasta cierto punto, ocurre en individuos normales, pero se cree que es más frecuente en personas con enfermedades mentales graves. (Bernstein & Putnam, 1986).

La Escala de Experiencias Disociativas (DES) es una herramienta de detección de trastornos disociativos (Carlson & Putnam., 1993), mide una amplia variedad de tipos de disociación, incluyendo tanto experiencias disociativas problemáticas como experiencias disociativas normales (p. ej., soñar despierto).

La DES-II es la segunda versión de la escala y es más fácil de puntuar que la versión original (Carlson & Putnam., 1993). La DES-II es una herramienta de autoevaluación que consta de 28 preguntas diseñadas para adultos. La media de las puntuaciones de todos los ítems varía de 0 a 100 y se denomina puntuación DES (Bernstein & Putnam, 1986). Para calcular la puntuación DES se suman todas las 28 preguntas y se divide por 28. Puntuaciones de 30 o más indican niveles elevados de disociación, mientras que puntuaciones por debajo de 30 reflejan niveles bajos (Carlson & Putnam, 1993). Sin embargo, puntuaciones muy altas no siempre indican un trastorno disociativo grave, ya que la escala evalúa tanto la disociación normal como la patológica (Carlson & Putnam, 1993). Se ha

encontrado que muchas personas con puntuaciones superiores a 30 sufren de TEPT o de algún trastorno disociativo diferente al trastorno de identidad disociativo (Bernstein & Putnam, 1986).

Un tratamiento exitoso debería llevar a una reducción en la puntuación DES en comparación con la medición previa al inicio del tratamiento (Carlson & Putnam, 1993).

Tabla 5. Puntajes promedio DES en investigación⁵

Población adulta general	5.4
Desórdenes de ansiedad	7.0
Trastornos afectivos	9.35
Trastornos de la alimentación	15.8
Adolescencia tardía	16.6
Esquizofrenia	15.4
Trastorno límite de la personalidad	19.2
Trastorno de estrés postraumático	31
Trastorno disociativo no especificado	36
Trastorno de identidad disociativa	48

Cuestionario Internacional del Trauma (ITQ)

El cuestionario internacional del trauma es una medida validada que evalúa el TEPT y el TEPTC según la CIE-11. Cada ítem del ITQ se evalúa utilizando una escala Likert de 5 puntos, donde 0 indica "nada" y 4 representa "extremadamente". Por lo tanto, las puntuaciones de los síntomas de TEPT y Alteraciones en la Autoorganización (AAO) varían de 0 a 24 (es decir, la suma de los 6 ítems de cada subescala), y las puntuaciones de los síntomas de TEPTC varían de 0 a 48 (es decir, la suma de los 12 ítems del ITQ). Para fines de diagnóstico, cada síntoma e indicador de deterioro funcional se consideró "presente" según una puntuación ≥ 2 (Moderadamente) en la escala Likert. (Cloitre et al., 2021).

⁵ Carlson & Putnam (1993). Obtenido de <http://traumadissociation.com/des>

Los requisitos para un diagnóstico probable de TEPT se cumplen si una persona está expuesta a un trauma, al menos un síntoma está presente en cada grupo de TEPT y hay un deterioro funcional asociado con estos síntomas. (Cloitre et al., 2021).

Los requisitos de diagnóstico para TEPTC se cumplen si existen los criterios de TEPT y al menos un síntoma está presente en cada grupo de AAO y hay un deterioro funcional asociado con estos síntomas. (Cloitre et al., 2021).

De acuerdo con las pautas de la CIE-11, la ITQ es una medida breve y redactada de manera simple que facilita una traducción sencilla y maximiza la aplicabilidad internacional y proporciona un conjunto de reglas de diagnóstico simples para maximizar la facilidad de uso en entornos clínicos y de investigación. (Cloitre et al., 2021).

Escala de Impacto de Evento - Revisada (EIE-R)

La Escala de Impacto del Evento Revisada (EIE-R) fue inicialmente desarrollada por Horowitz et al. (1979) para medir el nivel de malestar causado por eventos vitales, conceptualizándolo como estrés subjetivo. Esta escala consta de 15 ítems distribuidos en dos subescalas: intrusión de pensamientos y evitación. Posteriormente, Weiss y Marmar (1997) adaptaron el instrumento al incorporar criterios diagnósticos del DSM-IV, añadiendo 7 nuevos ítems y una subescala adicional de Hiperactivación. Así, la EIE-R está conformada por 22 ítems: 7 para Intrusión, 8 para Evitación y 7 para Hiperactivación.

La EIE-R (Weiss & Marmar, 1997) mide los síntomas autoinformados de TEPT que se han experimentado en los últimos 7 días. Los resultados se calculan promediando las puntuaciones brutas de los ítems en las tres subescalas. La escala utiliza un formato Likert para evaluar la intensidad de los síntomas, que va de 0 ("Nada") a 4 ("Extremadamente").

Lista checable de trastorno de estrés postraumático para DSM-5 (PCL-5).

La PCL-5 (Weathers et al., 2013) se diseñó en base a los criterios diagnósticos establecidos en la quinta edición del DSM (APA, 2013), concretamente los criterios B, C, D y E. Esta escala utiliza un formato Likert que varía de 0 (nada) a

4 (extremadamente) para evaluar la intensidad de los síntomas asociados. Entre las principales actualizaciones respecto a la versión anterior (PCL) se incluyen tres nuevos ítems relacionados con alteraciones cognitivas especificadas en el DSM-5. Además, se han modificado algunos de los síntomas existentes y se ha ajustado la escala de calificación, que anteriormente oscilaba de 1 a 5.

Hay 4 subescalas que coinciden con los cuatro grupos de síntomas del TEPT dentro del DSM-5:

1. *Criterio B: Reexperimentar* (ítems 1-5, puntuación máxima = 20)
2. *Criterio C: Evitación* (ítems 6-7, puntuación máxima = 8)
3. *Criterio D: Alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo* (ítems 8-14, puntuación máxima = 28)
4. *Criterio E: Hiperexcitación* (ítems 15-20, puntuación máxima = 24)

Dado que las preguntas del PCL-5 se ajustan estrechamente a los criterios de diagnóstico del DSM-5-TR, se puede realizar un diagnóstico provisional de TEPT basándose en la siguiente regla. Los criterios de diagnóstico del DSM-5 requieren al menos: 1 elemento del Criterio B, 1 elemento del Criterio C, 2 elementos del Criterio D y 2 elementos del Criterio E. Una puntuación de 2 (moderadamente en la escala de Likert) o superior es un síntoma confirmado.

A pesar de los criterios de diagnóstico relacionados con el DSM, las puntuaciones de 33 o más se consideran de importancia clínica y pueden servir como un umbral alternativo para identificar síntomas significativos de TEPT que interfieren con el funcionamiento diario (Bovin et al., 2016; Krüger-Gottschalk et al., 2017; Rosendahl et al., 2019). Cuando se administra más de una vez, se presentan gráficos longitudinales que muestran cambios en los síntomas a lo largo del tiempo. Un cambio de 12 puntos durante el curso del tratamiento representa un cambio clínicamente significativo (Renyer, 2016). La PCL-5 se utiliza ampliamente en entornos clínicos y de investigación para detectar el trastorno de estrés postraumático, evaluar la gravedad de los síntomas y monitorear el progreso del tratamiento a lo largo del tiempo (Forkus et al., 2023).

Respecto a las propiedades psicométricas de la escala (Blevins et al., 2015), se llevaron a cabo varios estudios que evaluaron la confiabilidad del instrumento, así como análisis de validez convergente y discriminante, y análisis factoriales. El

instrumento demostró una alta consistencia interna ($\alpha = .94$) y una buena fiabilidad test-retest ($r = .82$). Además, la escala mostró una validez convergente adecuada ($r_s = .74$ a $.85$) y una validez discriminante satisfactoria ($r_s = .31$ a $.60$).

Escala de Autocuidado

González y colaboradores (2018) argumentan que la creación de la Escala de Autocuidado se basa en un concepto expandido que abarca tres dimensiones. La dimensión material se refiere a la capacidad de buscar y experimentar cosas positivas y satisfacer las propias necesidades. La dimensión interna se relaciona con la habilidad intrapsíquica de verse a uno mismo de manera positiva pero también realista. La dimensión interpersonal se centra en la búsqueda de interacciones positivas con los demás para satisfacer las necesidades de apoyo y cuidado interpersonal. La escala, compuesta por 31 ítems, está organizada en 6 factores que representan estas tres dimensiones del autocuidado, los cuales son:

1. El **factor AD**, indica “*comportamiento autodestructivo*” consta de los ítems 1, 8, 12, 16, 23, 28 y 31. Estos ítems miden la tendencia a tratarse mal a uno mismo.
2. El **factor PA** indica “*Dificultad para recibir y pedir ayuda*” consta de los ítems 3, 11, 17 y 29. Estos ítems evalúan la dificultad para pedir ayuda y dejar que otros le ayuden.
3. El **factor R** indica “*Resentimiento por no recibir reciprocidad*” consta de los ítems 4, 9, 13, 18 y 24. Estos ítems miden la expectativa de recibir atención recíproca de los demás.
4. El **factor NP** indica “*Ausencia de actividades positivas*” consta de los ítems 5, 21, 25 y 30. Estos ítems evalúan la falta de actividades positivas.
5. El factor **NN** indica “*No tener en cuenta las propias necesidades*” consta de los ítems 7, 10, 14, 19 y 26. Estos ítems miden la tendencia a ignorar las propias necesidades de cuidado. A este factor se le ha denominado.
6. El factor **TA** indica “*Falta de tolerancia al afecto positivo compartido*” consta de los ítems 2, 6, 15, 20 y 27. Estos ítems evalúan la capacidad de tolerar comentarios positivos de otras personas. El factor ha sido denominado.

Para obtener los puntajes ha de sumar todos los ítems de cada factor y dividir por el número de ítems de cada factor.

Basados en la validación española de la Escala de Autocuidado, no existe una puntuación límite específica para decidir cuándo el paciente tiene una puntuación baja en autocuidado, pero la referencia es que cuanto más a la derecha está la puntuación (tiende a 7), peor es el Autocuidado. (González et al, 2018). Esta información puede ayudar a los pacientes a comprender su modelo de trabajo interno (cómo me cuido a mí mismo) y a conectar esta información con experiencias tempranas de apego y relaciones significativas (cómo me cuidaron otros). (González et al, 2018). La escala también es útil para obtener información sobre los resultados de la terapia. (González et al, 2018).

Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)

La escala CRES-4, empleada en el estudio del Consumer Reports (1995), está compuesta por 4 ítems: una pregunta sobre la satisfacción general, una sobre la resolución del problema principal, una sobre el estado emocional previo al tratamiento, y una sobre el estado emocional en el momento de responder al CRES-4. Según Nielsen y sus colegas (2004), estos ítems permiten identificar tres componentes principales:

1. **Satisfacción:** Derivada de la primera pregunta, con respuestas que oscilan entre 0 y 5. Este valor se multiplica por 20 para obtener una puntuación en un rango de 0 a 100. Una puntuación más alta indica mayor satisfacción.
2. **Solución del problema:** Basada en la segunda pregunta, con respuestas de 0 a 5, también multiplicada por 20 para llegar a una puntuación entre 0 y 100. Una puntuación mayor refleja una percepción más positiva de la resolución del problema consultado.
3. **Percepción del cambio emocional:** Calculada a partir de la diferencia entre las puntuaciones de las preguntas sobre el estado emocional pre y post-tratamiento. Se suma 4 al resultado de esta resta para evitar puntuaciones negativas, obteniendo una puntuación entre 0 y 8, que luego se multiplica por 12.5 para generar una puntuación final de 0 a 100. Una puntuación alta indica una mayor mejora en el estado emocional, mientras que puntuaciones por debajo de 50 sugieren un empeoramiento.

La puntuación global del CRES-4 se obtiene sumando los valores de los tres componentes descritos.

ANÁLISIS DE DATOS

Las puntuaciones de los instrumentos y los datos demográficos se registraron en una base de datos en Excel y luego se transfirieron al software estadístico SPSS versión 26 para su análisis. Se realizaron análisis descriptivos para obtener frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Para evaluar el cambio clínico en cada paciente, se calculó el porcentaje de cambio, que se determinó dividiendo la diferencia entre las puntuaciones del postest y el pretest por la puntuación del pretest. Se consideraron cambios clínicamente significativos aquellos que superaran el 20% (Cardiel, 1994). La significancia de estos cambios se evaluó mediante la prueba de Wilcoxon, adecuada para medir cambios antes y después en grupos donde cada sujeto actúa como su propio control (Siegel & Castellan, 1995).

RESULTADOS

El estudio tuvo como propósito evaluar los efectos a corto plazo de la terapia EMDR, al finalizar 10 sesiones de intervención individual, en pacientes con sintomatología de TEPT y de TLP, y que además presentan antecedente de experiencias adversas en la infancia. Los resultados que se presentarán demuestran los efectos positivos en la mejoría de la sintomatología descrita y por ende se cumple la hipótesis planteada al inicio del estudio. Los resultados reflejan una asociación estadísticamente significativa en la mejoría clínica con la intervención EMDR.

Fueron 6 pacientes ambulatorios del HPFBA, con seguimiento en la consulta externa, los que completaron las 10 intervenciones en terapia EMDR, de los cuales el 99 % (5 participantes) eran mujeres, con una edad media de 22.5 años; con escolaridad superior, el 66.66 % de los participantes y con educación media, el 33,33 % de los participantes.; siendo la actividad laboral u ocupacional del 50 % entre empleados profesionistas y estudiantes universitarios; así también el 50 % se considera creyente de una religión. El 66,66 % cuenta con adherencia al tratamiento farmacológico y el 33,33 % no cuenta con tratamiento farmacológico por motivo de abandono por decisión propia. En cuanto a otras comorbilidades psiquiátricas, el 33,33 % cuenta con diagnóstico de TDAH. Cabe destacar que en este estudio el 100 % de los participantes cuenta con estado civil soltero.

Ahora, presentaremos los resultados observados en las mediciones de cada una de las escalas o cuestionarios aplicados.

En cuanto a la **Escala de Eventos Adversos en la Infancia (EAI)** nos llama la atención que los participantes tuvieron mínimo 4 experiencias adversas infantiles. Las 4 EAI reportadas en el 100 % de los participantes fueron: el abuso verbal, el abuso sexual, la negligencia emocional y el abuso de alcohol o drogas en el hogar. El 67 % de los participantes presentó: abuso físico, abandono parental y la enfermedad mental en un familiar. El 50 % presentó negligencia física. El 33 % fueron testigos de violencia doméstica y cuentan con un familiar encarcelado. (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Descripción de los Eventos Adversos en la Infancia (EAI)⁶

Tipo de adversidad	Pcte. 1	Pcte. 2	Pcte. 3	Pcte. 4	Pcte. 5	Pcte. 6
ABUSO VERBAL	1	1	1	1	1	1
ABUSO FÍSICO			1	1	1	1
ABUSO SEXUAL	1	1	1	1	1	1
NEGLIGENCIA EMOCIONAL	1	1	1	1	1	1
NEGLIGENCIA FÍSICA				1	1	1
ABANDONO PARENTAL			1	1	1	1
TESTIGO VIOLENCIA DOMÉSTICA			1		1	
ABUSO DE SUSTANCIAS EN EL HOGAR	1	1	1	1	1	1
ENF. MENTAL EN EL HOGAR	1		1	1	1	
FAMILIAR ENCARCELADO	1				1	
PUNTAJE EAI	6	4	8	8	10	7

En las siguientes tablas, se muestran los resultados agrupados en el pre test y post test de cada una de las escalas aplicadas. Podemos observar que los participantes presentaron cambios clínicos (%cc) mayores al 20 % lo cual es estadísticamente significativo. (Ver Tablas 7 y 8).

⁶ Elaboración propia.

Tabla 7. Estadísticos Porcentaje de Cambio Clínico de Escalas BSL-23 y de ITQ⁷

PCTE	BLS-23 pre	BLS-23 post	% cc	ITQ TEPT Pre	ITQ TEPT Post	% cc	ITQ AAO Pre	ITQ AAO Post	% cc
1	1,57	0,52	67	16	9	44	11	5	55
2	3,30	0,17	95	19	6	68	23	1	96
3	2,91	0,09	97	18	3	83	19	3	84
4	2,09	0,30	86	16	5	69	19	7	63
5	2,39	0,17	93	15	2	87	21	4	81
6	2,43	0,52	79	13	6	54	20	5	75

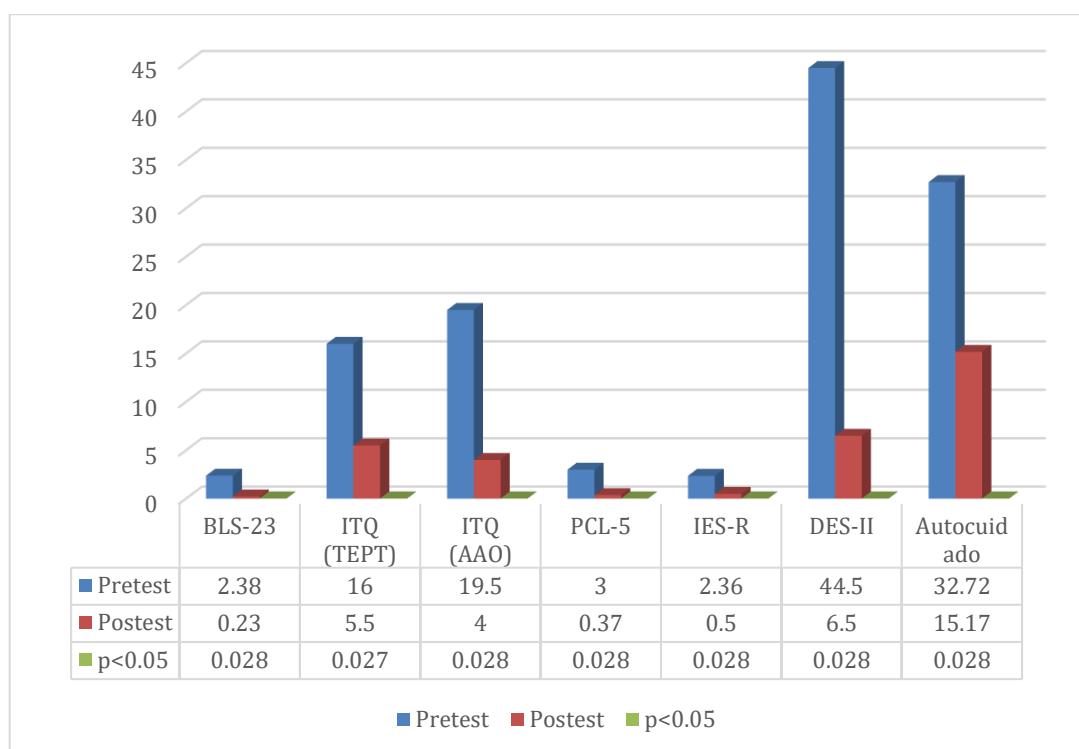
Tabla 8. Estadísticos Porcentaje de Cambio Clínico de Escalas PCL-5, IES-R, DES-II y Autocuidado

PCTE	PCL-5 Pre	PCL-5 Post	% cc	IES-R Pre	IES-R Post	% cc	DES-II Pre	DES-II Post	% cc	Autoc uidado Pre	Autoc uidado Post	% cc
1	3,00	1,00	67	1,73	1,14	34	32	24	25	27,3 7	16,9 9	38
2	3,45	0,25	93	3,82	0,18	95	46	6	86	34,4 2	26,9 6	22
3	3,20	0,30	91	3,64	0,55	85	48	2	96	34,2 8	6,00	82
4	3,00	0,75	75	2,09	0,55	74	43	5	88	33,7 2	22,0 7	35
5	2,20	0,10	95	1,23	0,05	96	40	14	66	30,0 1	13,3 6	55
6	2,80	0,45	84	2,64	0,45	83	58	7	88	31,7 2	10,8 1	66

En la siguiente gráfica podemos observar la diferencia del pre test y pos test en todas las escalas. Siendo relevante la significancia de los cambios grupales medida a través de la prueba de Wilcoxon tuvo una probabilidad asociada menor a 0.05 en todas las áreas. (Ver Figura 3)

⁷ Elaboración propia.

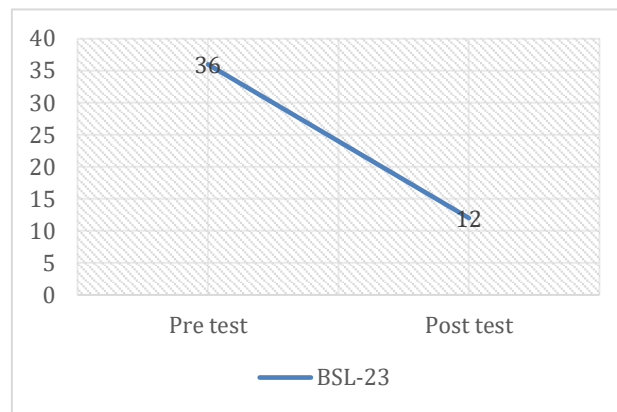
Ilustración 3. Efectos de la intervención en Escalas BLS-23, ITQ, PCL-5, IES-R, DES-II y Autocuidado



A continuación, se presenta el detalle de los resultados pre y pos test de cada uno de los participantes de la terapia EMDR.

PACIENTE 1: Durante las sesiones tuvimos problemas con la estimulación ocular bilateral debido a que la usuaria presenta resequedad ocular y el movimiento le generaba incomodidad; sin embargo, con ella utilizamos la estimulación bilateral alterna (táctil y auditiva) predominantemente. Los resultados en **BSL-23** fueron los siguientes: en el pre test obtuvo una puntuación bruta de 36 (máxima 92), con una severidad promedio de 1,57 (mínimo 0 y máximo 4) que equivale a “TLP de severidad moderada”, siendo la pregunta 20 “tuve miedo de perder el control” la más puntuada con 4 “muchísimo”; en el post test se disminuyó la puntuación bruta a 12 esto debido a que en las preguntas mayormente puntuadas disminuyeron a la mitad la sintomatología, con reducción de la severidad de la sintomatología a 0,52 lo que equivale a severidad leve. En base a lo descrito, la usuaria presentó un porcentaje de cambio clínico del 67 % lo cual resultó estadísticamente significativo con una p de .023. (Ver Figura 4).

Ilustración 4. Resultados de Escala BSL-23



En **ITQ**: se observó mejoría en los grupos de síntomas de re-experimentación, evitación, desregulación afectiva y alteraciones en las relaciones; en el grupo de síntomas de autoconcepto negativo la mejoría fue total, excepto en el grupo de síntomas de amenaza, el cual se mantuvo sin cambios. (Ver Figuras 5 y 6).

Ilustración 5. Resultados de Escala ITQ – TEPT

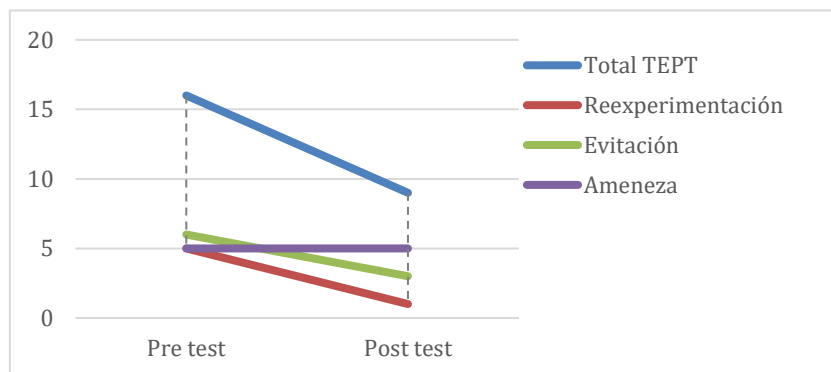
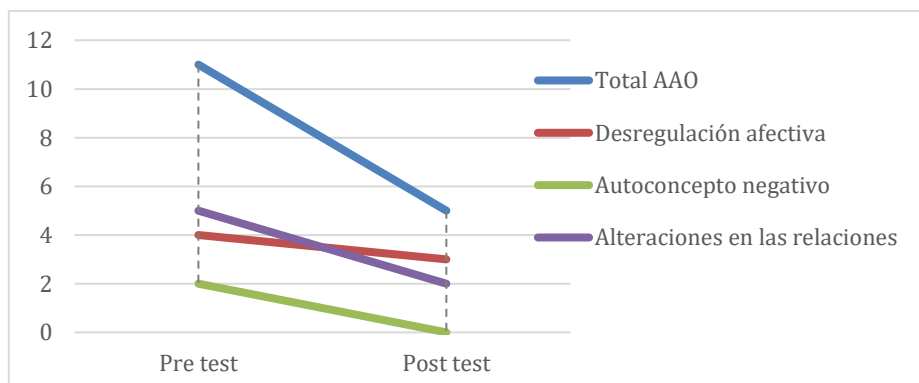
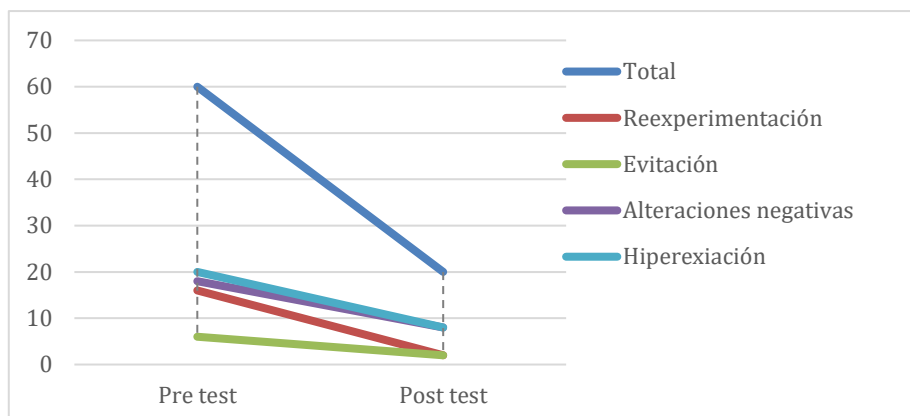


Ilustración 6. Resultados de Escala ITQ – AAO



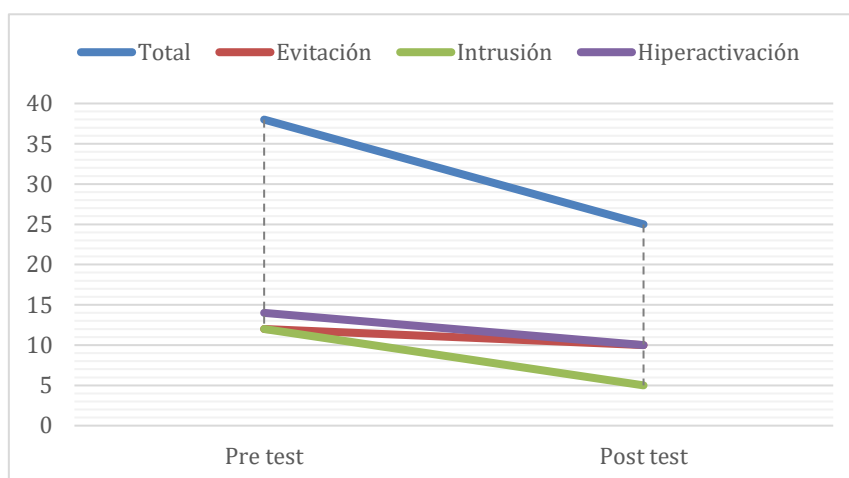
En **PCL-5** se observó un puntaje total bruto de 60 y un puntaje promedio de 3 que equivale a un TEPT “grave”; mientras que en el post test presentó una reducción significativa de la sintomatología, con un puntaje total bruto de 20 y un puntaje promedio de 1 que equivale a “normal”, con un porcentaje de cambio clínico de 67 %. Presentó mejoría clínica en todos los cuatro grupos de síntomas de re-experimentación, evitación, alteraciones negativas, hiperexcitación. (Ver Figura 7).

Ilustración 7. Resultados de Escala PCL-5



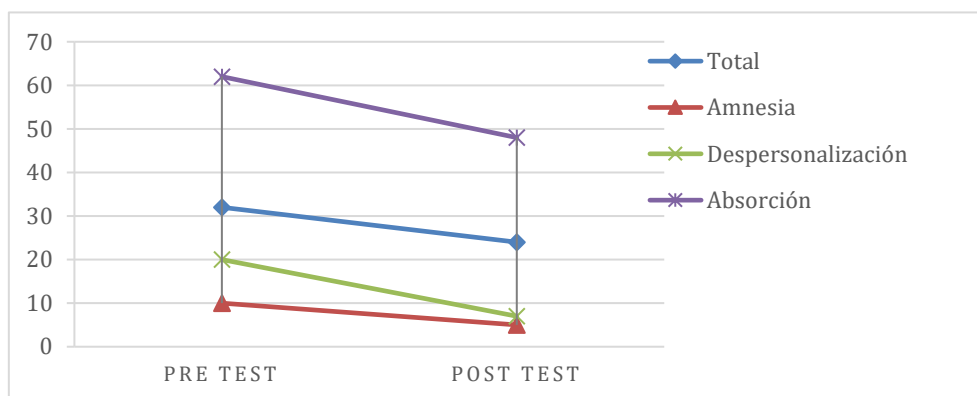
En **IES-R** se observó un nivel de deterioro de TEPT “moderado” en el pre test y en el post test el nivel de deterioro mejoró a “leve”, con un porcentaje de cambio clínico de 34 %, mejorando la sintomatología en los tres grupos de síntomas de evitación, intrusión e hiperactivación. (Ver Figura 8).

Ilustración 8. Resultados de Escala IES-R



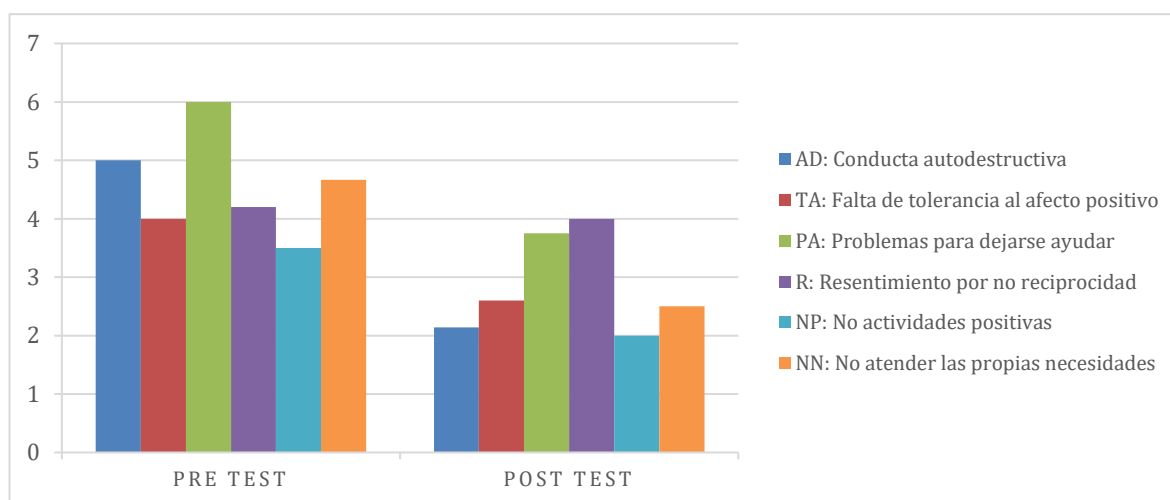
En **DES-II** se observaron los siguientes puntajes brutos y su equivalente en porcentaje: pre test 900 (32 %), post test 660 (24 %), con un porcentaje de cambio clínico 27 %. Presentó mejoría en las tres características disociativas principales: amnesia, despersonalización y absorción. (Ver Figura 9).

Ilustración 9. Resultados Pre-Pos test de Escala DES-II



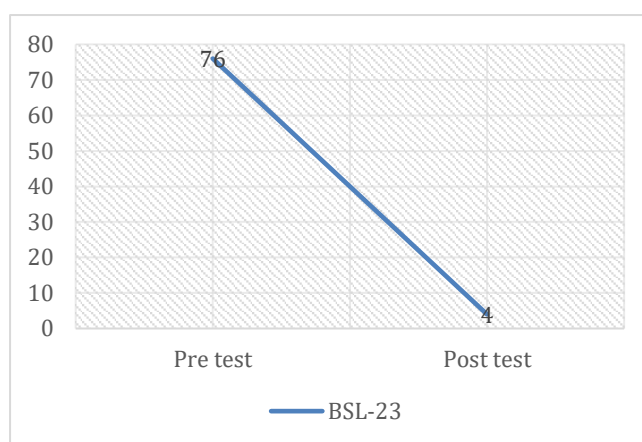
En la Escala de **Autocuidado** se observó en el pre test, mayores puntajes en las subescalas: “Conducta autodestructiva” (AD), “No atender las propias necesidades” (NN) y “Problemas para dejarse ayudar” (PA), con una puntuación promedio de 27; en el post test mejoraron estos parámetros, con una puntuación promedio de 17, con un porcentaje de cambio clínico de 38 %; no se produjo cambio alguno en la subescala de “Resentimiento por no reciprocidad” (R). (Ver Figura 10).

Ilustración 10. Resultados de Escala de Autocuidado



PACIENTE 2: No se presentaron problemas durante las sesiones. En el BSL-23 se observaron los siguientes resultados: el puntaje bruto en el pretest fue 76, con un promedio de severidad 3,30 (máximo 4) lo cual equivale a una severidad “muy alta”; en el post test obtuvo un puntaje bruto de 4, con un promedio de severidad de 0,17 lo cual equivale a una severidad “baja o ninguna”, observando un porcentaje de cambio clínico del 95 %. Cabe destacar que antes de la intervención, la paciente puntuó con 4 puntos a 14 ítems de 23 y posterior a la intervención la percepción de la lista de síntomas fue calificada con 0 y 1 punto en general, siendo notorio un mayor autocontrol en la sintomatología TLP. (Ver Figura 11).

Ilustración 11. Resultados de BSL-23



En **ITQ**: se observaron los siguientes resultados: un puntaje total bruto para TEPT en el pre test de 19, en el post test de 6 y porcentaje de cambio clínico de 68 %; así como un puntaje total bruto para AAO en el pre test de 23, en el post test de 1 y porcentaje de cambio clínico de 96 %. En los grupos de síntomas de Amenaza, Autoconcepto negativo y Alteraciones en las relaciones se observó un porcentaje de cambio clínico total del 100 %; en el resto de los grupos de síntomas como Reexperimentación, Evitación y Desregulación afectiva, presentó disminución de síntomas. (Ver Figuras 12 y 13).

Ilustración 12. Resultados de Escala ITQ – TEPT

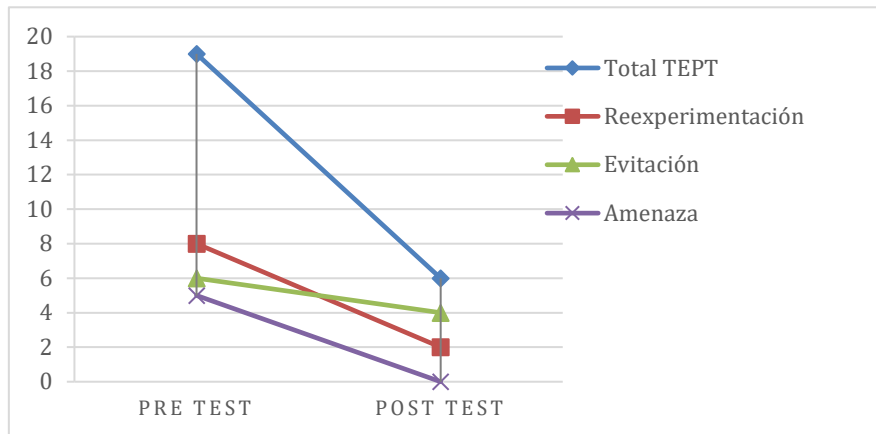
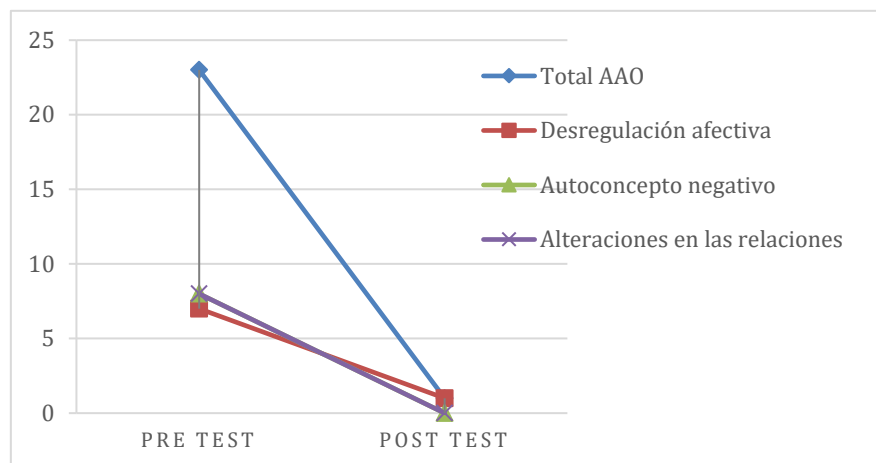
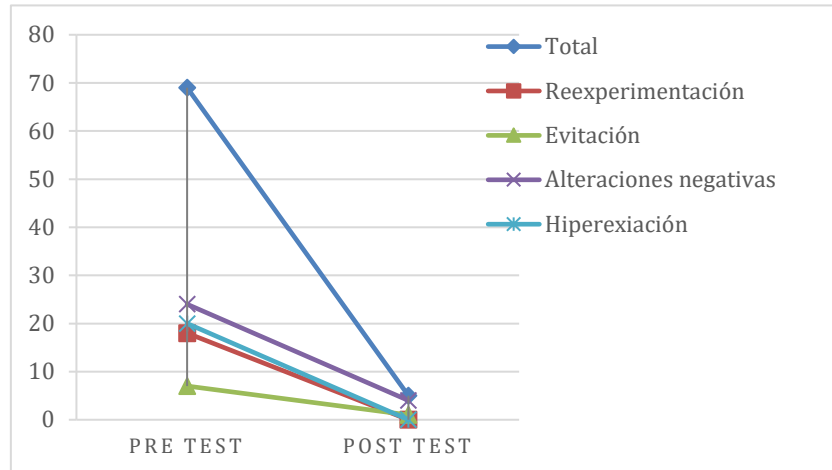


Ilustración 13. Resultados de Escala ITQ - AAO



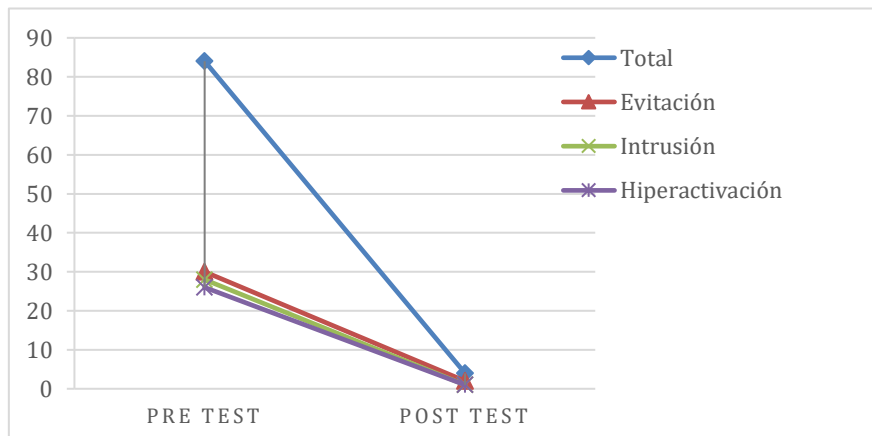
PCL-5: Se observó un puntaje total bruto en el pretest de 69 y un puntaje promedio de 3,45 que equivale a TEPT “extremadamente grave”; mientras que en el post test se redujo significativamente la sintomatología, con un puntaje total bruto de 5 y un puntaje promedio de 0,25 que equivale a “normal”, que se traduce en un porcentaje de cambio clínico del 93 %. Cabe destacar la reducción total de los síntomas de Reexperimentación e Hiperexcitación, con un porcentaje de cambio clínico del 100 %. (Ver Figura 14).

Ilustración 14. Resultados de Escala PCL-5



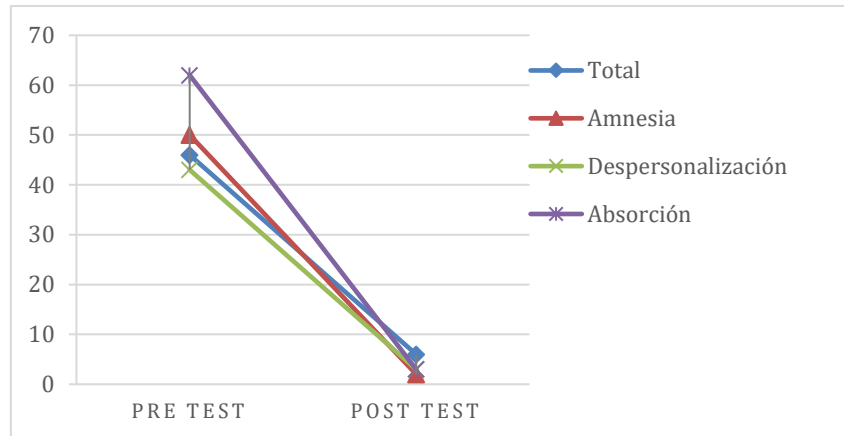
IES-R: Se observó un puntaje bruto total en el pretest de 84, con una puntuación media de 3,82 que equivale a un nivel de deterioro de TEPT “muy grave”, mientras que en el post test se observó un puntaje bruto total de 4, con una puntuación media de 0,18 que equivale a un nivel de deterioro de TEPT “sin síntomas”, con un porcentaje de cambio clínico del 95 %; mejorando la sintomatología en los tres grupos de síntomas de evitación, intrusión e hiperactivación. (Ver Figura 15).

Ilustración 15. Resultados de Escala IES-R



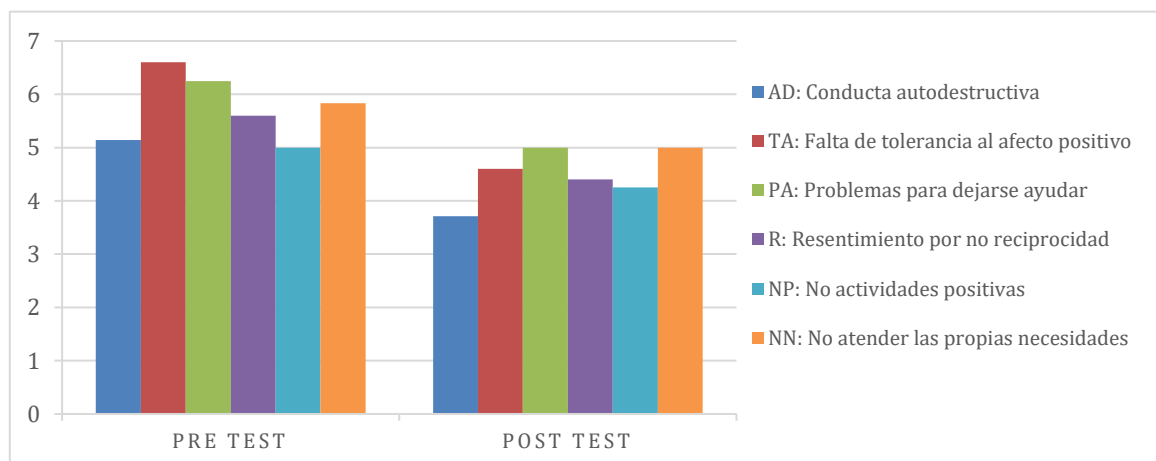
DES-II: se observaron los siguientes puntajes brutos y su equivalente en porcentaje: pre test 1300 (46 %), post test 180 (6 %), con un porcentaje de cambio clínico del 86 %. Presentó mejoría en las tres características disociativas principales: amnesia, despersonalización y absorción. (Ver Figura 16).

Ilustración 16. Resultados de Escala DES-II



En la Escala de **Autocuidado** se observó en el pre test una puntuación promedio de 34, presentando mayores puntajes en las sub escalas: “Falta de tolerancia al afecto positivo” (TA), “Problemas para dejarse ayudar” (PA), “Resentimiento por no reciprocidad” (R) y “No atender las propias necesidades” (NN). En el post test mejoraron estos parámetros en general, con una puntuación promedio de 27 y un porcentaje de cambio clínico de 22 % que es considerado clínicamente significativo. (Ver Figura 17).

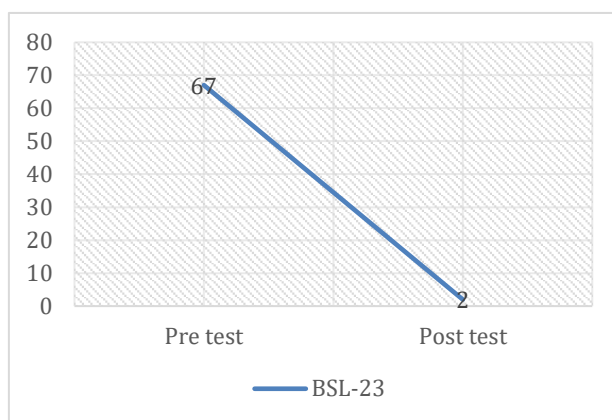
Ilustración 17. Resultados de Escala de Autocuidado



PACIENTE 3: No se presentaron problemas durante las sesiones. Los resultados en **BSL-23** fueron los siguientes: en el pre test obtuvo una puntuación bruta de 67, con una severidad promedio de 2,91 que equivale a “TLP de severidad muy alta”, cabe resaltar que en el pre test asignó la máxima puntuación de 4 “muchísimo” a 13 ítems de la lista de síntomas; en el post test se disminuyó la puntuación bruta a 2, con reducción de la severidad de la sintomatología a 0,09 lo que equivale a severidad

“baja o ninguna”. En base a lo descrito, la usuaria presentó un porcentaje de cambio clínico del 97 % lo cual resultó estadísticamente significativo. (Ver Figura 18).

Ilustración 18. Resultados de Escala BSL-23



ITQ: se observaron los siguientes resultados: un puntaje total bruto para TEPT en el pre test de 18, en el post test de 3 y porcentaje de cambio clínico de 83 %; así como un puntaje total bruto para AAO en el pre test de 19, en el post test de 3 y porcentaje de cambio clínico de 84 %. En los grupos de síntomas de Re experimentación y Auto concepto negativo, se observó un porcentaje de cambio clínico total del 100 %; en el resto de los grupos de síntomas como Evitación, Amenaza, Desregulación afectiva y Alteraciones en las relaciones, presentó disminución de síntomas. (Ver Figura 19 y 20).

Ilustración 19. Resultados de Escala ITQ – TEPT

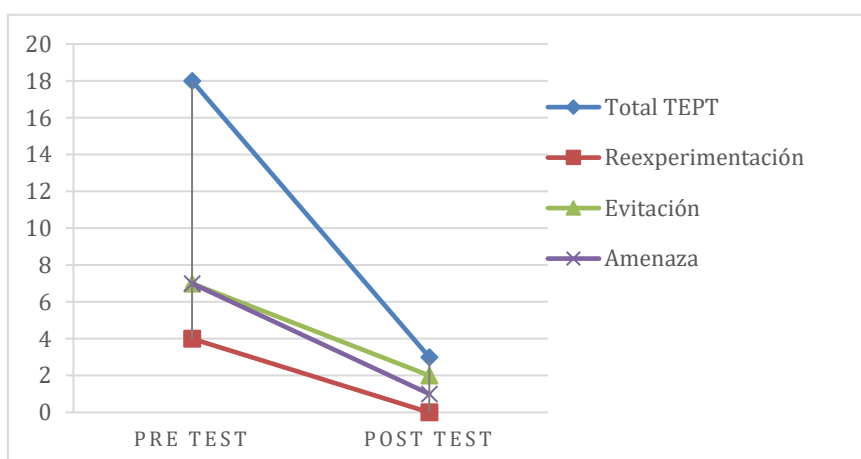
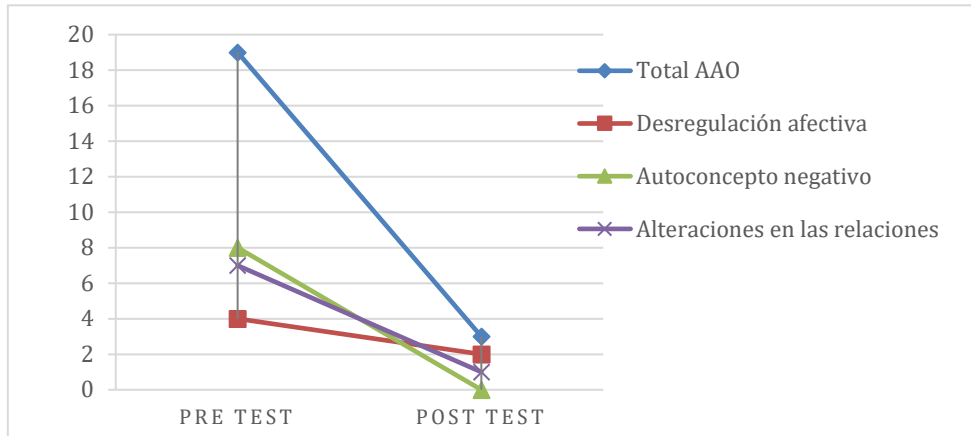
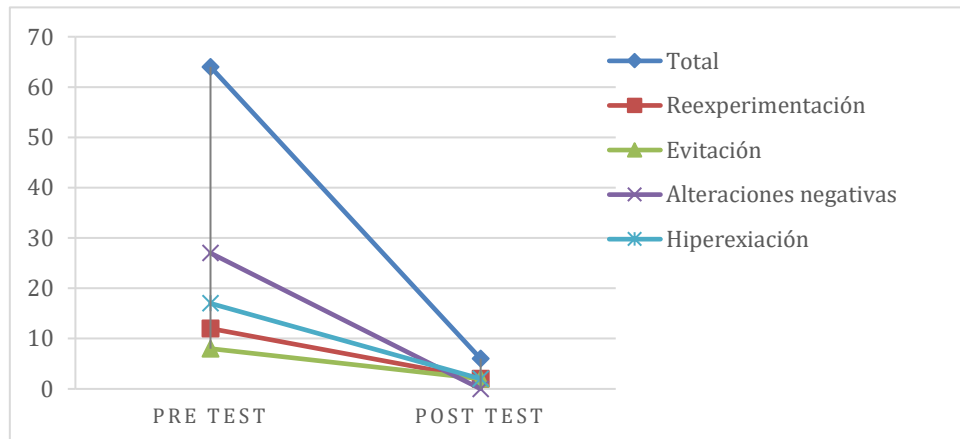


Ilustración 20. Resultados de Escala ITQ - AAO



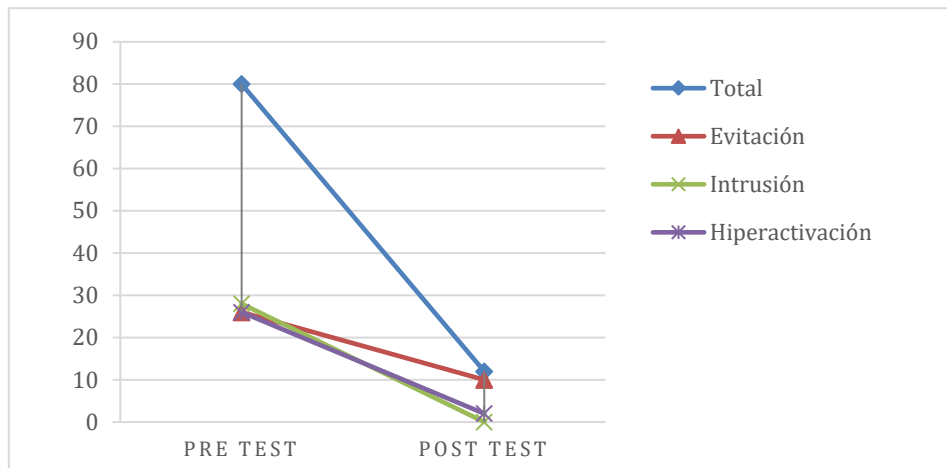
PCL-5: Se observó un puntaje total bruto en el pre test de 64 y un puntaje promedio de 3,20 que equivale a TEPT “grave”; mientras que en el post test se redujo significativamente la sintomatología, con un puntaje total bruto de 6 y un puntaje promedio de 0,30 que equivale a “normal”, que se traduce en un porcentaje de cambio clínico del 91 %. Cabe destacar la reducción total de los síntomas de Alteraciones negativas, con un porcentaje de cambio clínico del 100 %. (Ver Figura 21).

Ilustración 21. Resultados de Escala PCL-5



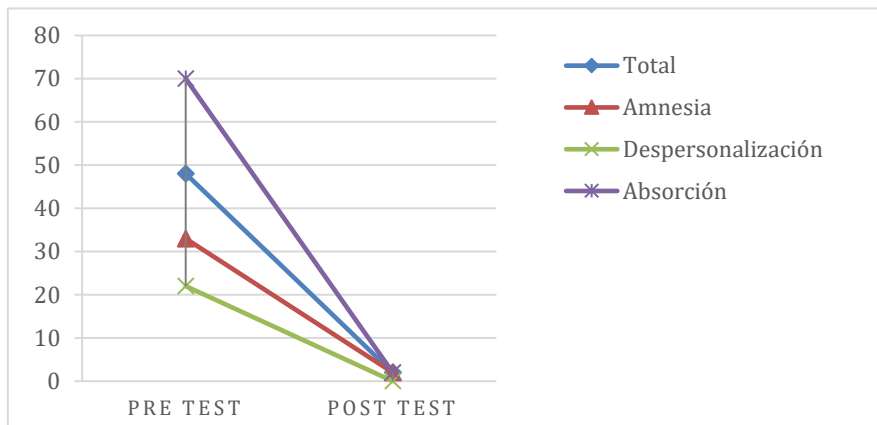
IES-R: Se observó un puntaje bruto total en el pre test de 80, con una puntuación media de 3,64 que equivale a un nivel de deterioro de TEPT “muy grave”, mientras que en el post test se observó un puntaje bruto total de 12, con una puntuación media de 0,55 que equivale a un nivel de deterioro de TEPT “leve”, con un porcentaje de cambio clínico del 85 %; cabe destacar la reducción total de los síntomas de Intrusión con un porcentaje de cambio clínico del 100 %. (Ver Figura 22).

Ilustración 22. Resultados de Escala IES-R



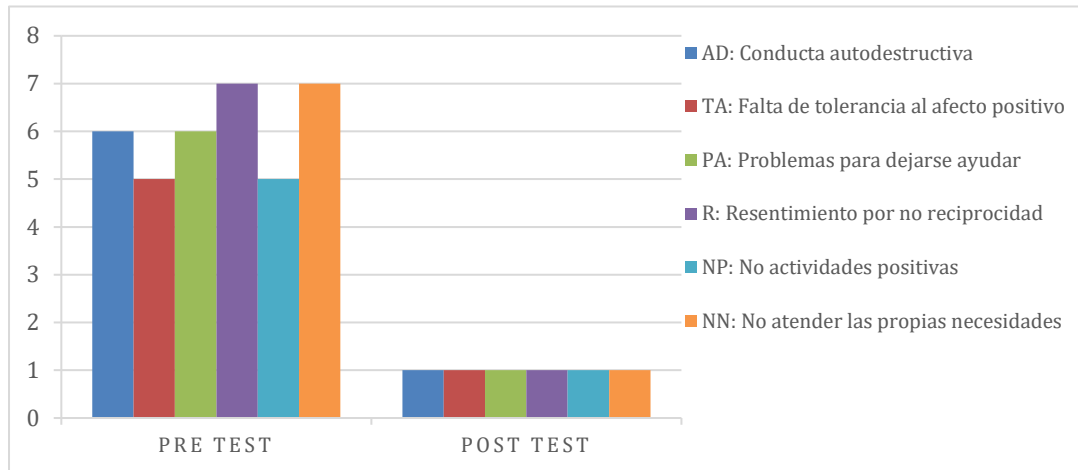
DES-II: Se observaron los siguientes puntajes brutos y su equivalente en porcentaje: pre test 1340 (48 %), post test 50 (2 %) y porcentaje de cambio clínico del 96 %. Cabe destacar la reducción total de las características disociativas de despersonalización con un porcentaje de cambio clínico del 100 %. (Ver Figura 23).

Ilustración 23. Resultados de Escala DES-II



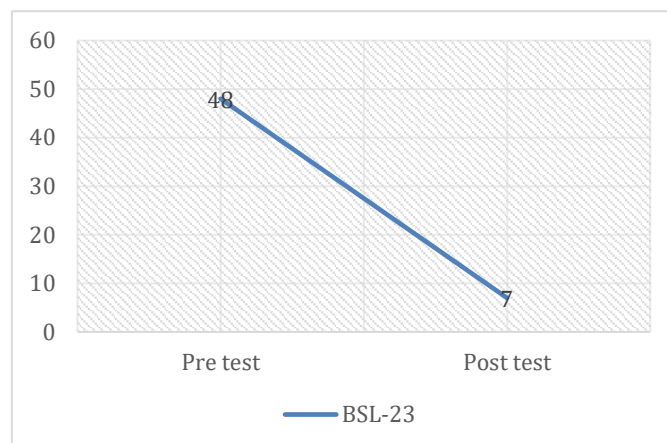
En la Escala de **Autocuidado** se observó en el pre test una puntuación promedio de 34, presentando mayores puntajes en las sub escalas: “Conducta autodestructiva” (AD), “Problemas para dejarse ayudar” (PA), “Resentimiento por no reciprocidad” (R) y “No atender las propias necesidades” (NN). En el post test mejoraron estos parámetros de manera global, con una puntuación promedio de 6 y un porcentaje de cambio clínico del 82 %. (Ver Figura 24).

Ilustración 24. Resultados de Escala de Autocuidado



PACIENTE 4: No se presentaron problemas durante las sesiones. Los resultados en **BSL-23** fueron los siguientes: en el pre test obtuvo una puntuación bruta de 48, con una severidad promedio de 2,09 que equivale a “TLP de severidad alta”; cabe resaltar que en el pre test asignó la máxima puntuación de 4 “muchísimo” a 4 ítems de la lista de síntomas; en el post test se disminuyó la puntuación bruta a 7, con reducción de la severidad de la sintomatología a 0,30 lo que equivale a severidad “leve”. En base a lo descrito, la usuaria presentó un porcentaje de cambio clínico del 85 % lo cual resultó estadísticamente significativo. (Ver Figura 25).

Ilustración 25. Resultados de Escala BSL-23



ITQ: Se observaron los siguientes resultados: un puntaje total bruto para TEPT en el pre test de 16, en el post test de 5 y porcentaje de cambio clínico de 69 %; así como un puntaje total bruto para AAO en el pre test de 19, en el post test de 7 y porcentaje de cambio clínico de 63 %. En los grupos de síntomas de Re experimentación, se

observó un porcentaje de cambio clínico total del 100 %; en el resto de los grupos de síntomas como Evitación, Amenaza, Desregulación afectiva, Auto concepto negativo y Alteraciones en las relaciones, presentó disminución de síntomas. (Ver Figuras 26 y 27).

Ilustración 26. Resultados de Escala ITQ – TEPT

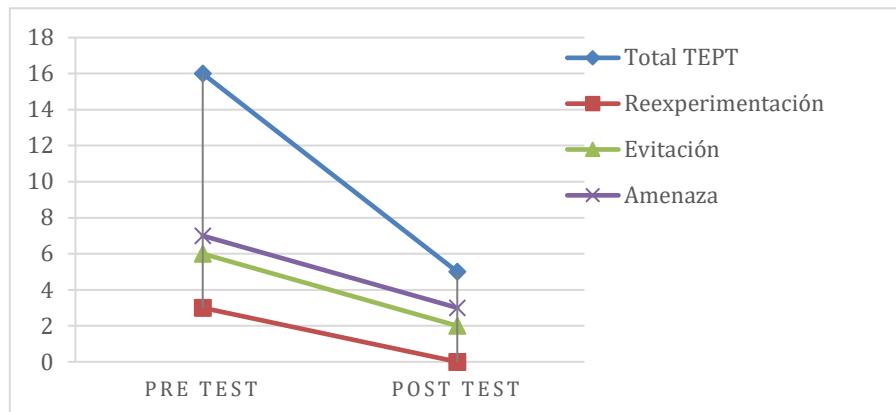
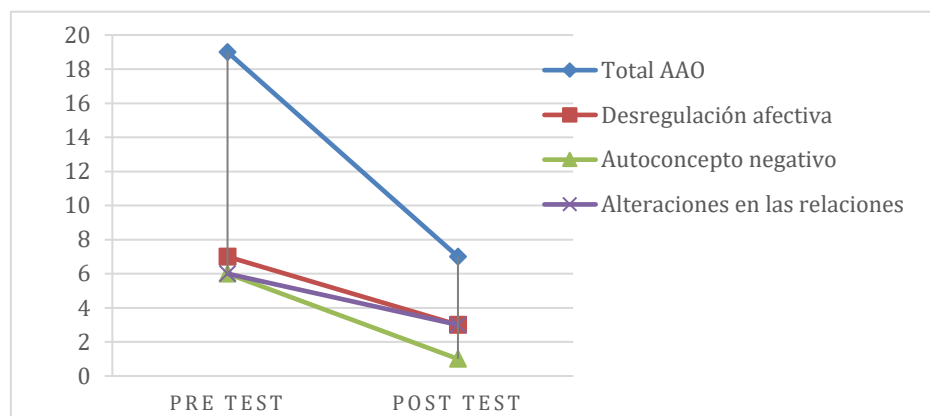
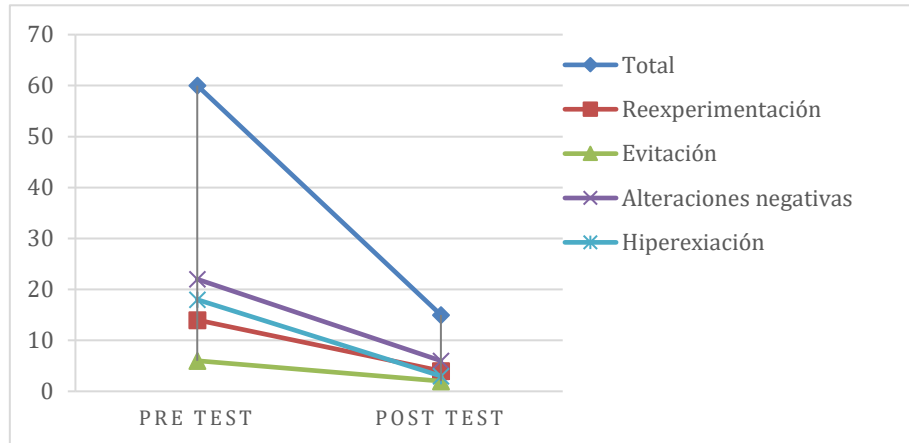


Ilustración 27. Resultados de Escala ITQ - AAO



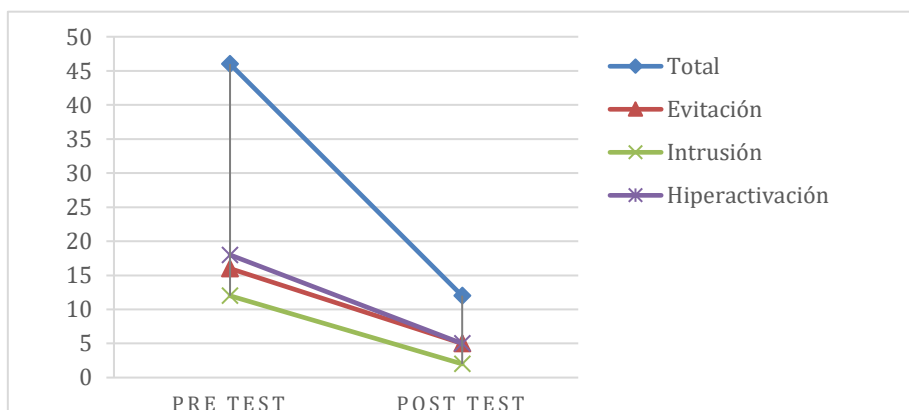
PCL-5: Se observó un puntaje total bruto en el pretest de 60 y un puntaje promedio de 3,00 que equivale a TEPT “grave”; mientras que en el post test se redujo significativamente la sintomatología, con un puntaje total bruto de 15 y un puntaje promedio de 0,75 que equivale a “normal”, que se traduce en un porcentaje de cambio clínico del 75 %. Presentó disminución en los cuatro grupos de síntomas como son Reexperimentación, Evitación, Alteraciones negativas e Hiperexcitación. (Ver Figura 28).

Ilustración 28. Resultados de Escala PCL-5



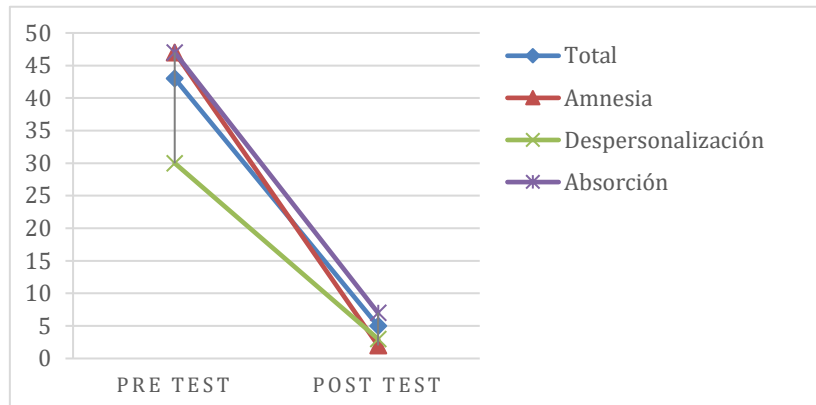
IES-R: Se observó un puntaje bruto total en el pre test de 46, con una puntuación media de 2,09 que equivale a un nivel de deterioro de TEPT “moderado”, mientras que en el post test se observó un puntaje bruto total de 12, con una puntuación media de 0,55 que equivale a un nivel de deterioro de TEPT “leve”, con un porcentaje de cambio clínico del 74 %. Presentó disminución significativa en los tres grupos de síntomas como son Evitación, Intrusión e Hiperactivación. (Ver Figura 29).

Ilustración 29. Resultados de Escala IES-R



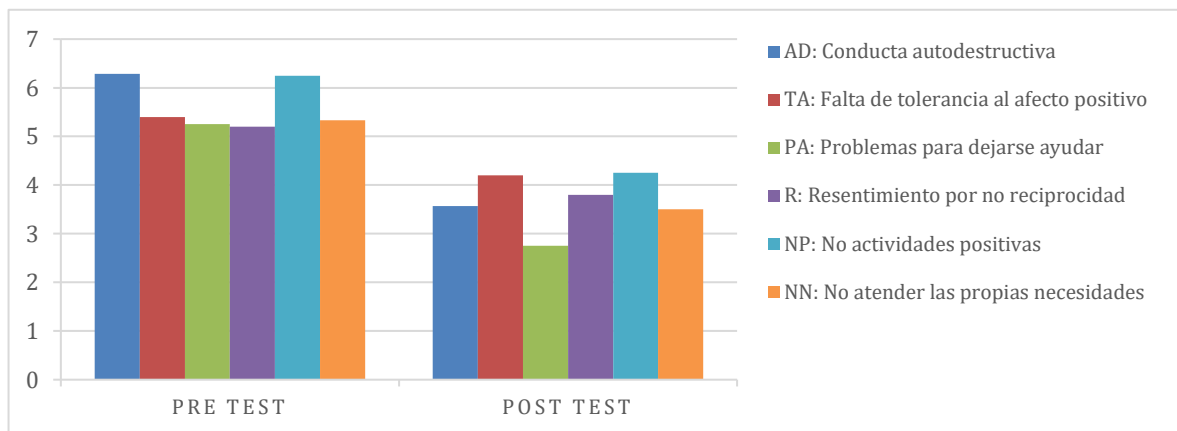
DES-II: Se observaron los siguientes puntajes brutos y su equivalente en porcentaje: pre test 1190 (43 %), post test 150 (5 %) y porcentaje de cambio clínico de 87 %. Presentó disminución de síntomas en las tres características disociativas principales, como son Amnesia, Despersonalización y Absorción. (Ver Figura 30).

Ilustración 30. Resultados de Escala DES-II



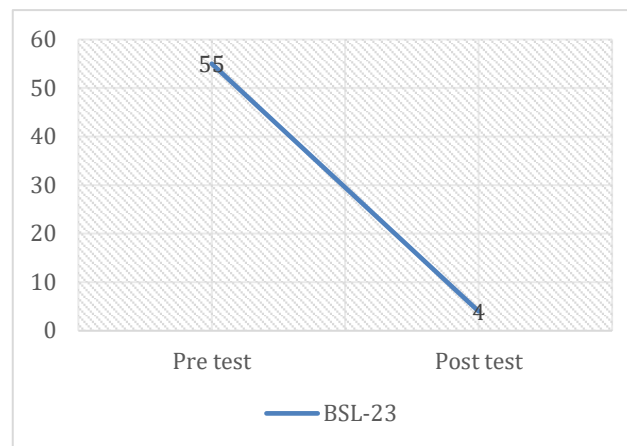
En la Escala de **Autocuidado** se observó en el pre test una puntuación promedio de 34, presentando mayores puntajes en las subescalas: “Conducta autodestructiva” (AD) y “No actividades positivas” (NP). En el post test mejoraron estos parámetros, con una puntuación promedio de 22 y un porcentaje de cambio clínico del 35 %. (Ver Figura 31).

Ilustración 31. Resultados de Escala de Autocuidado



PACIENTE 5: No se presentaron problemas durante las sesiones. Los resultados en **BSL-23** fueron los siguientes: en el pre test obtuvo una puntuación bruta de 55, con una severidad promedio de 2,39 que equivale a “TLP de severidad alta”; cabe resaltar que en el pre test asignó la máxima puntuación de 4 “muchísimo” a 3 ítems de la lista de síntomas; en el post test se disminuyó la puntuación bruta a 4, con reducción de la severidad de la sintomatología a 0,17 lo que equivale a severidad “leve”. En base a lo descrito, la usuaria presentó un porcentaje de cambio clínico del 93 % lo cual resultó estadísticamente significativo. (Ver Figura 32).

Ilustración 32. Resultados de Escala BSL-23



ITQ: Se observaron los siguientes resultados: un puntaje total bruto para TEPT en el pre test de 15, en el post test de 2 y porcentaje de cambio clínico de 87 %; así como un puntaje total bruto para AAO en el pre test de 21, en el post test de 4 y porcentaje de cambio clínico de 81 %. En los grupos de síntomas de Reexperimentación y Autoconcepto negativo, se observó un porcentaje de cambio clínico total del 100 %; en el resto de los grupos de síntomas como Evitación, Amenaza, Desregulación afectiva y Alteraciones en las relaciones, presentó disminución de síntomas. (Ver Figura 33 y 34).

Ilustración 33. Resultados de Escala ITQ – TEPT

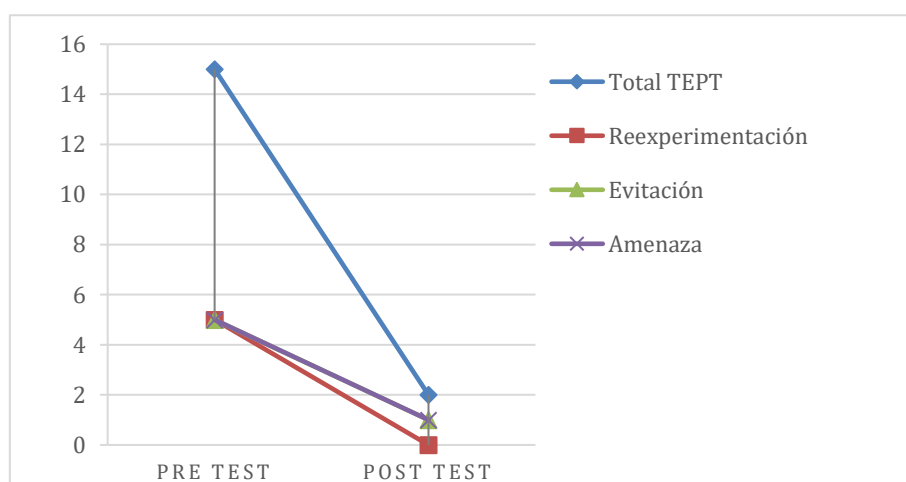
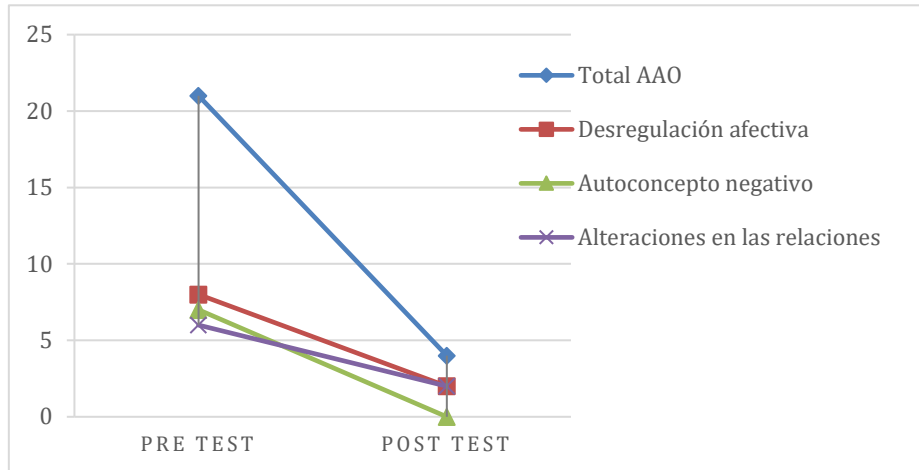
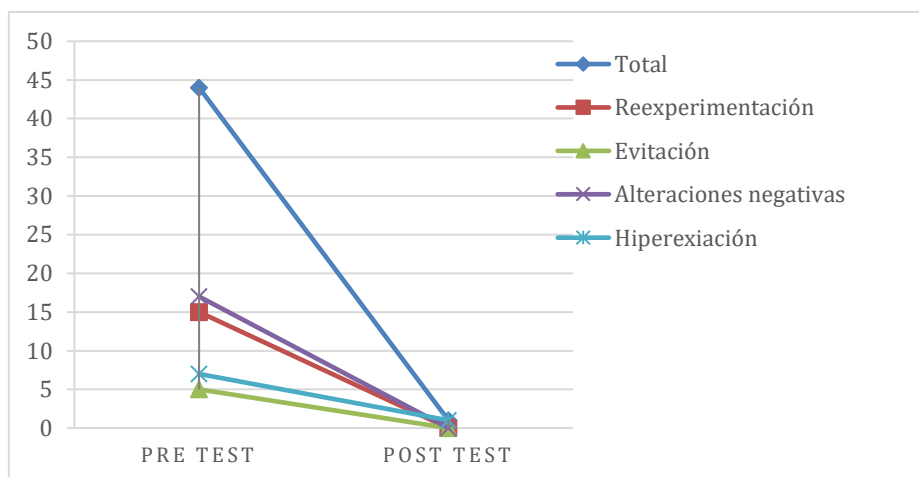


Ilustración 34. Resultados de Escala ITQ - AAO



PCL-5: Se observó un puntaje total bruto en el pretest de 44 y un puntaje promedio de 2,20 que equivale a TEPT “moderado”; mientras que en el post test se redujo significativamente la sintomatología, con un puntaje total bruto de 1 y un puntaje promedio de 0,05 que equivale a “normal”, que se traduce en un porcentaje de cambio clínico del 98 %. Cabe destacar la reducción total de los síntomas de Reexperimentación, Evitación y Alteraciones negativas, con un porcentaje de cambio clínico del 100 %. (Ver Figura 35).

Ilustración 35. Resultados de Escala PCL-5



IES-R: Se observó un puntaje bruto total en el pretest de 27, con una puntuación media de 1,23 que equivale a un nivel de deterioro de TEPT “leve”, mientras que en el post test se observó un puntaje bruto total de 1, con una puntuación media de 0,05 que equivale a “sin síntomas”, con un porcentaje de cambio clínico del 96 %. Cabe

destacar la reducción total de los síntomas de Evitación y de Hiperactivación, con un porcentaje de cambio clínico del 100 %. (Ver Figura 36).

DES-II: Se observaron los siguientes puntajes brutos y su equivalente en porcentaje: pre test 1130 (40 %), post test 380 (14 %) y porcentaje de cambio clínico de 66 %. Presentó disminución de síntomas en las tres características disociativas principales, como son Amnesia, Despersonalización y Absorción. (Ver Figura 37).

Ilustración 36. Resultados de Escala IES-R

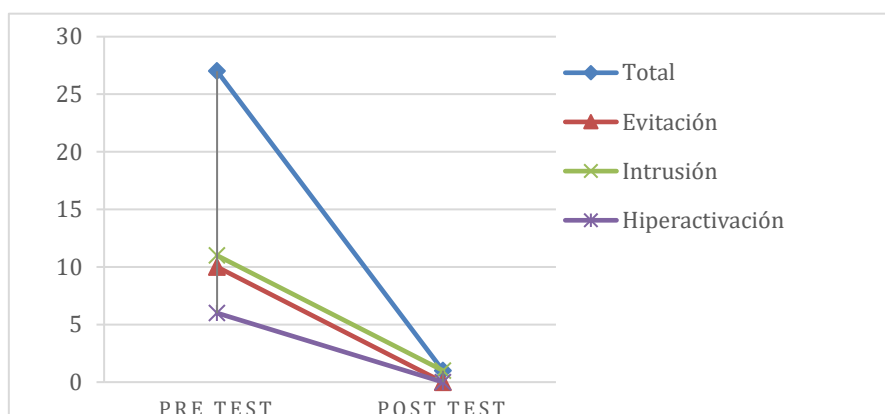
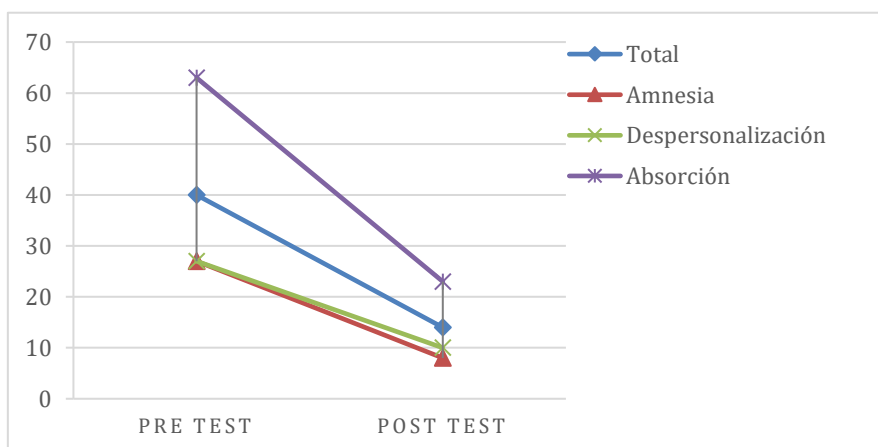
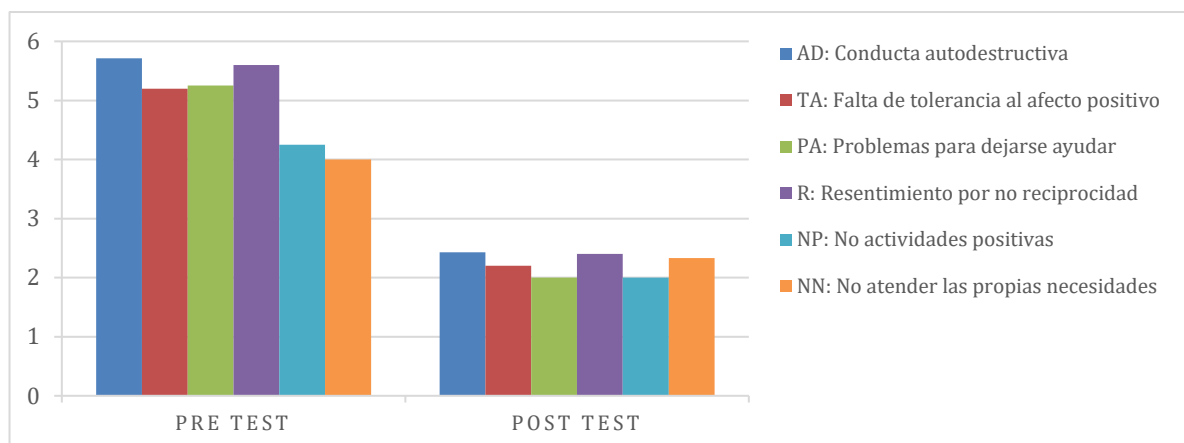


Ilustración 37. Resultados de Escala DES-II



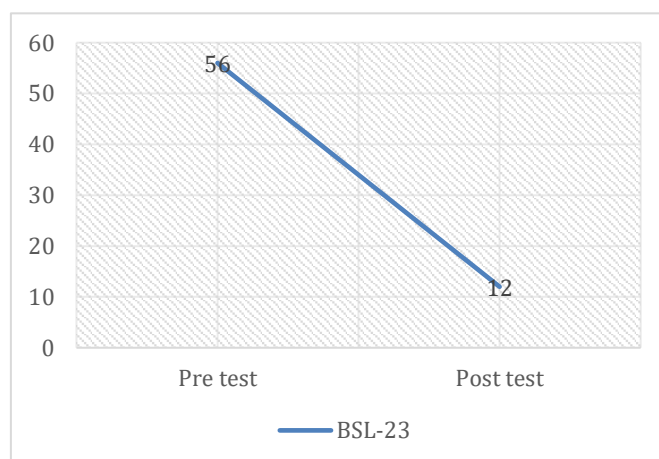
En la Escala de **Autocuidado** se observó en el pre test una puntuación promedio de 30, presentando mayores puntajes en las sub escalas: “Conducta autodestructiva” (AD) y “Resentimiento por no reciprocidad” (R). En el post test mejoraron estos parámetros de manera global, con una puntuación promedio de 13 y un porcentaje de cambio clínico del 55 %. (Ver Figura 38).

Ilustración 38. Resultados de Escala de Autocuidado



PACIENTE 6: No se presentaron problemas durante las sesiones. Los resultados en **BSL-23** fueron los siguientes: en el pre test obtuvo una puntuación bruta de 56, con una severidad promedio de 2,43 que equivale a “TLP de severidad alta”; cabe resaltar que en el pre test asignó la máxima puntuación de 4 “muchísimo” a el ítem “Nada parecía tener sentido para mí” y “Me di asco a mí mismo”; en el post test se disminuyó la puntuación bruta a 12, con reducción de la severidad de la sintomatología a 0,52 lo que equivale a severidad “leve”. En base a lo descrito, la usuaria presentó un porcentaje de cambio clínico del 79 % lo cual resultó estadísticamente significativo (Ver Figura 39).

Ilustración 39. Resultados de Escala BSL-23



ITQ: Se observaron los siguientes resultados: un puntaje total bruto para TEPT en el pre test de 13, en el post test de 6 y porcentaje de cambio clínico de 75 %; así como un puntaje total bruto para AAO en el pre test de 20, en el post test de 5 y porcentaje de cambio clínico de 75 %. En los seis grupos de síntomas de tipo Reexperimentación, Evitación, Amenaza, Desregulación afectiva, Autoconcepto negativo y Alteraciones en las relaciones, presentó disminución de síntomas. (Ver Figura 40 y 41).

Ilustración 40. Resultados de Escala ITQ – TEPT

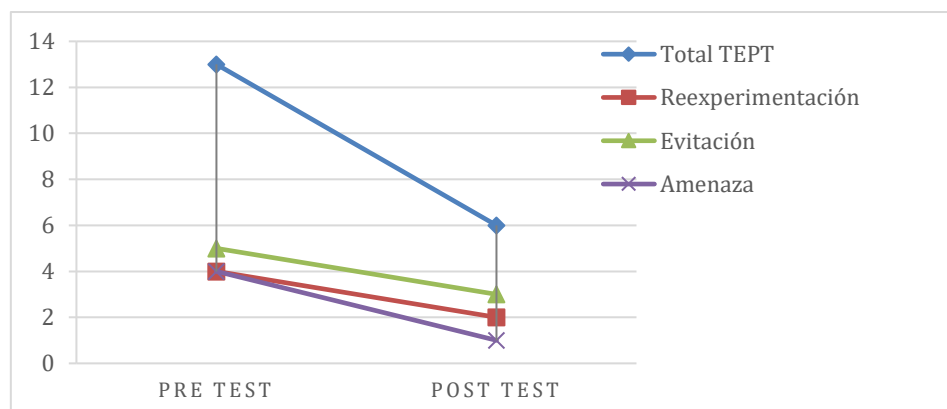
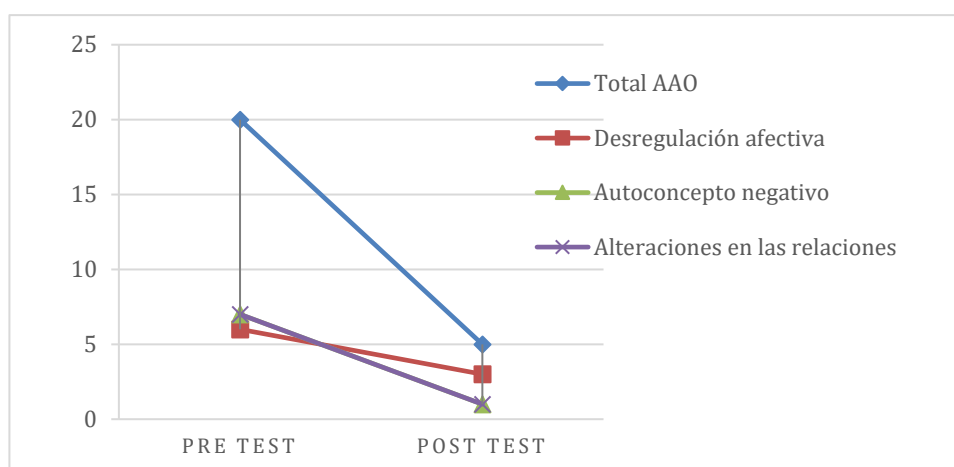
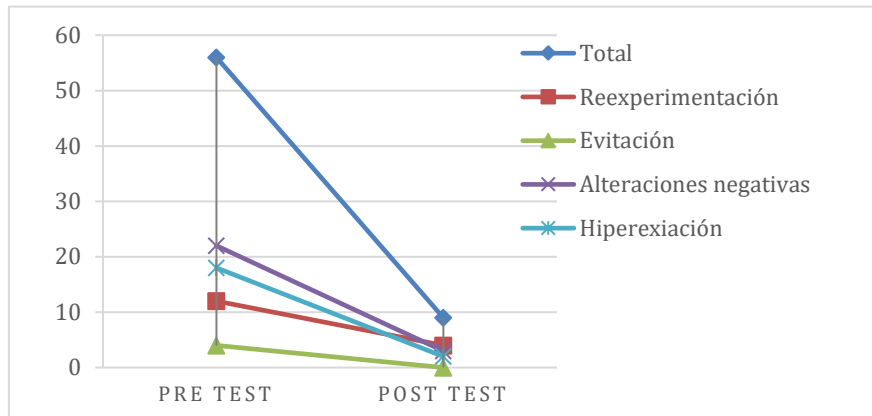


Ilustración 41. Resultados de Escala ITQ - AAO



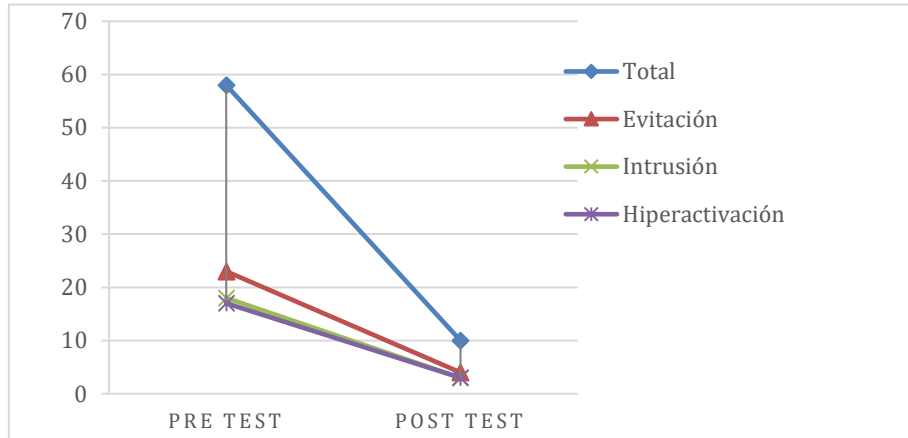
PCL-5: Se observó un puntaje total bruto en el pre test de 56 y un puntaje promedio de 2,80 que equivale a TEPT “grave”; mientras que en el post test se redujo significativamente la sintomatología, con un puntaje total bruto de 9 y un puntaje promedio de 0,45 que equivale a “normal”, que se traduce en un porcentaje de cambio clínico del 84 %. Cabe destacar la reducción total de los síntomas de Evitación, con un porcentaje de cambio clínico del 100 %. (Ver Figura 42).

Ilustración 42. Resultados de Escala PCL-5



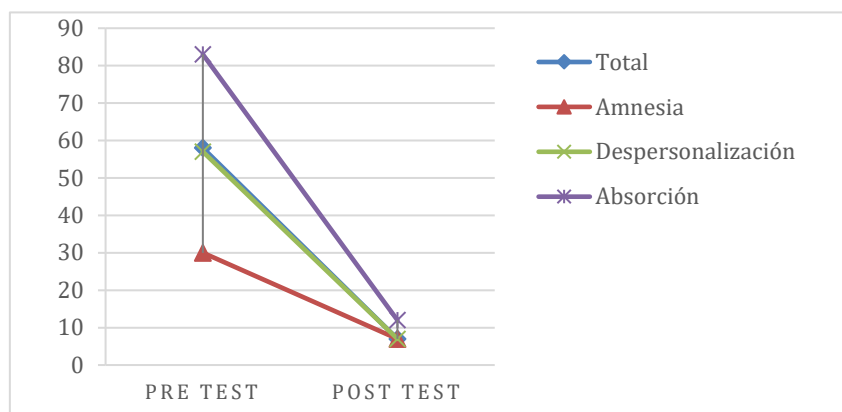
IES-R: Se observó un puntaje bruto total en el pre test de 58, con una puntuación media de 2,64 que equivale a un nivel de deterioro de TEPT “grave”, mientras que en el post test se observó un puntaje bruto total de 10, con una puntuación media de 0,45 que equivale a “leve”, con un porcentaje de cambio clínico del 83 %. Presentó disminución significativa en los tres grupos de síntomas de Evitación, Intrusión e Hiperactivación (Ver Figura 43).

Ilustración 43. Resultados de Escala IES-R



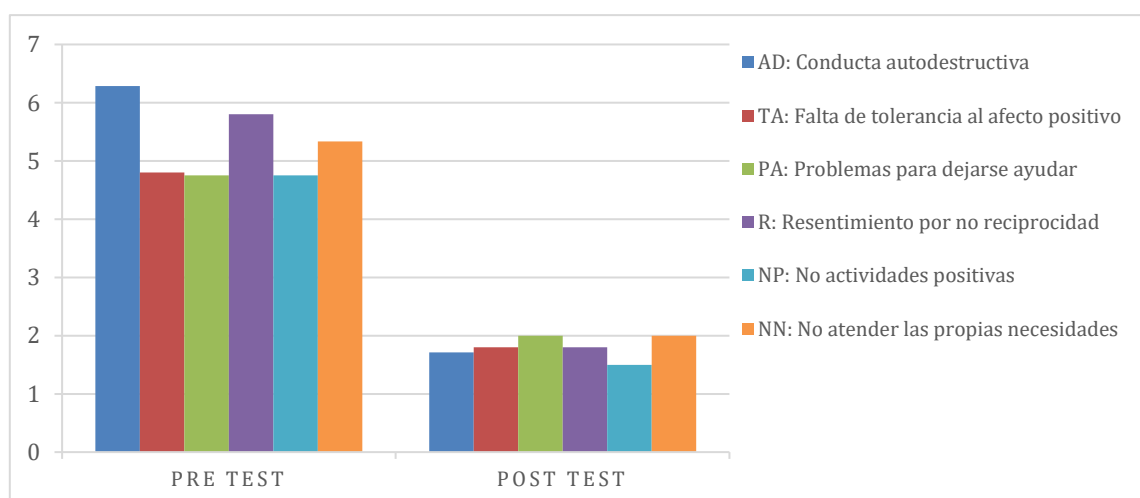
DES-II: Se observaron los siguientes puntajes brutos y su equivalente en porcentaje: pre test 1630 (58 %), post test 200 (7 %) y porcentaje de cambio clínico de 88 %. Presentó disminución de síntomas en las tres características disociativas principales, como son Amnesia, Despersonalización y Absorción. (Ver Figura 44).

Ilustración 44. Resultados de Escala DES-II



En la Escala de **Autocuidado** se observó en el pre test una puntuación promedio de 32, presentando mayores puntajes en las subescalas: “Conducta autodestructiva” (AD) y “Resentimiento por no reciprocidad” (R). En el post test mejoraron estos parámetros de manera global, con una puntuación promedio de 11 y un porcentaje de cambio clínico del 66 %. (Ver Figura 45).

Ilustración 45. Resultados de Escala de Autocuidado



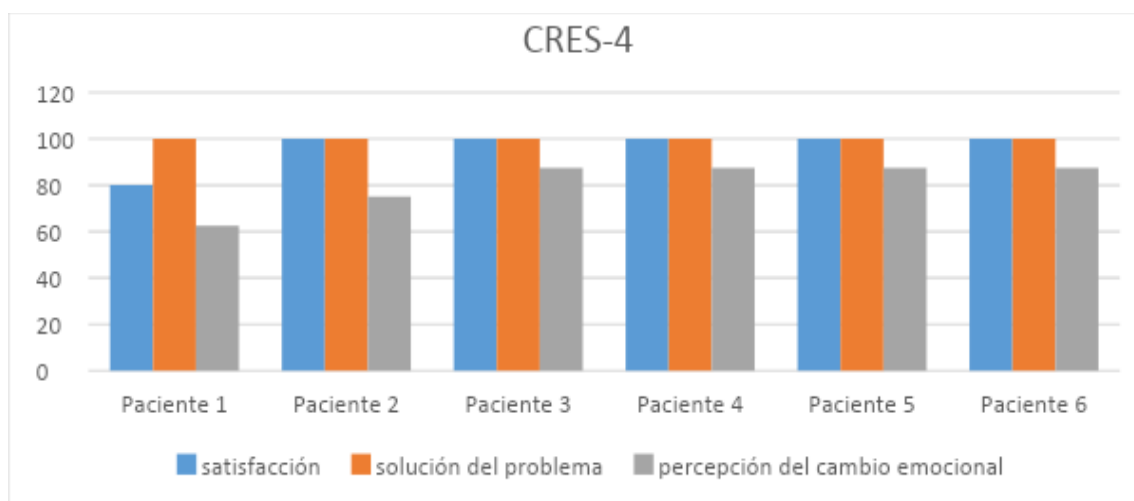
Dada la novedad del tipo de intervención al final del tratamiento se consideró pertinente aplicar la Escala de satisfacción del tratamiento recibido (CRES-4) con la finalidad de conocer la percepción de los pacientes al término de esta y poder considerar cambios y mejorar en estudios posteriores. Se pudo observar que los pacientes percibieron una mejora de su estado emocional y solución de problemas una vez finalizado el tratamiento. Cuanto mayor es la puntuación total, mayor es la

eficacia del tratamiento según el paciente (Nielsen et al., 2004) (Ver Tabla 9 y Figura 46).

Tabla 9. Resultados de la Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)⁸

Pcte.	S	SP	PCE	Total (0-300)
1	80	100	62.5	242.5
2	100	100	75	275
3	100	100	87.5	287.5
4	100	100	87.5	287.5
5	100	100	87.5	287.5
6	100	100	87.5	287.5
S: Satisfacción. SP: Solución del Problema. PCE: Percepción del Cambio Emocional.				

Ilustración 46. Resultados de la Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)



⁸ Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El presente estudio, titulado “efecto de la terapia EMDR en pacientes con diagnóstico de TEPT y TLP comórbido”, es el primero en su tipo en nuestro hospital; con este estudio planteamos investigar la eficacia de la terapia EMDR en relación con la sintomatología (gravedad) del TEPT y de los síntomas límite, de momento a corto plazo y con la intención de que este estudio se pueda continuar con la evaluación a mediano y largo plazo en los participantes.

Es importante destacar que el tratamiento farmacológico, no fue indispensable en este estudio. Es así como dentro de los 6 participantes seleccionados, 2 de ellos, no contaban con un tratamiento farmacológico actual, esto debido a que las pacientes no estaban llevando un seguimiento psiquiátrico regular en la consulta externa, y se identificó que ambas tenían al menos un año de ausencia (lo cual coincidía con el tiempo sin tratamiento farmacológico); por lo que, fue importante para nosotros considerarlas en este estudio, para poder observarlas durante todo el proceso; de esta manera se tuvo que brindar una preparación más prolongada, previo al reprocesamiento bilateral; esto era necesario para fortalecer y/o desarrollar los recursos internos (propios) de cada paciente, en particular a las habilidades de afrontamiento y de resiliencia. A pesar de que esto pudiera haber sido una desventaja; ya que, en los estudios expuestos en los antecedentes (Wilhelmus et al., 2023; Slotema et al., 2019 y 2020; De Jongh, Groenland, et al., 2020), los participantes recibían tratamiento farmacológico, como parte del TAU; lo cual les confería una “estabilidad” de los síntomas; sin embargo, esta no fue una razón de abandono de la terapia EMDR, y las participantes completaron en tiempo y forma la terapia EMDR.

Cabe recalcar que los 6 participantes, incluyendo a los 4 con tratamiento farmacológico, presentaban niveles de TEPT y Síntomas Límite de la personalidad en rangos de severidad moderada a severa, esto fue un común denominador en los participantes, lo cual les representaba muchas dificultades en su funcionalidad en general. Por lo que el tratamiento farmacológico ya no estaba ayudando a los pacientes, seguramente porque esta comorbilidad entre TLP y TEPT es altamente discapacitante.

Es importante señalar el papel de las EAI en la expresión del TEPT y del TLP, asociación que ha sido corroborada por múltiples estudios (Zanarini et al., 1989; Battle et al., 2004; Cogle et al., 2010; Sachs-Ericsson et al., 2017; Rosenstein et al., 2018; Porter et al., 2019). Las EAI repercuten en la vida adulta siendo la génesis de algunos trastornos mentales bien documentados, además de enfermedades médicas crónicas que no son de interés en esta investigación.

Nuestros resultados coinciden con diversos estudios (Campbell et al., 2016; Douglas et al., 2010; Downey et al., 2017; Felitti, 1998; Ford et al., 2011; Hahm et al., 2009; Kappel et al., 2021; Tietjen et al., 2012) en los que se expone el aumento de conductas de riesgo en adultos que han experimentado más de 4 categorías de EAI. Todos nuestros participantes tienen al menos 4 categorías de EAI y una de las participantes sin tratamiento farmacológico presentaba, antes del estudio, un consumo perjudicial de alcohol y tabaco, lo cual disminuyó al finalizar las intervenciones de terapia EMDR.

Los resultados encontrados son comparables con lo reportado por otros estudios como el de Hensley (2015), donde con el uso de la terapia EMDR, el sujeto puede desbloquear la información traumática y experimentar e integrar plenamente el trauma para una resolución sana (memoria adaptativa); así como el estudio de Slotema y colaboradores (2020) en el que se demostró una fuerte disminución en los síntomas de TLP, cuando los pacientes con TEPT y TLP comórbido fueron tratados con 4 a 25 sesiones de terapias centradas en el trauma, con duración entre sesiones de 50 y 120 minutos. Nuestros pacientes se beneficiaron de 15 a 20 horas de terapia EMDR distribuidas en sesiones de 90 a 120 minutos, dos veces a la semana, durante 4 a 5 semanas.

Con base en los hallazgos, se observó que la terapia EMDR se asoció directamente con una reducción significativa de los síntomas de ambos trastornos psiquiátricos graves, y a la par con el aumento del autocuidado de los participantes.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Será importante continuar observando en el tiempo los resultados de la intervención centrada en el trauma y que nuevos investigadores (terapeutas certificados) se sumen a esta línea de investigación en psicoterapia, que favorece tanto a los pacientes al brindarles una opción más rápida y eficaz.

Se debe tomar en cuenta algunas debilidades del estudio que se pueden corregir en futuras investigaciones, la principal es que hicieron falta recursos humanos, es decir, terapeutas EMDR certificados, para poder abarcar un mayor número de pacientes que se beneficien de la intervención, así como dar un mayor peso al estudio cuasi experimental.

CONCLUSIÓN

Conociendo que, la historia de trauma en la infancia es un predictor de mal pronóstico en pacientes límite (Gunderson et al., 2006) y, que los síntomas de TEPT y disociativos, predicen las conductas autodestructivas en estos pacientes (Spitzer et al, 2000; Sansone et al, 1995). Resulta imprescindible brindar opciones no farmacológicas, centradas en el trauma, que cambien la memoria traumática por una memoria adaptativa, que brinde solución a este problema que repercute en la funcionalidad de los pacientes. EMDR, puede ser una opción valiosa para las instituciones de salud, en el manejo y recuperación funcional de los pacientes ambulatorios.

En el contexto de la evaluación, se puede ver como con el empleo de instrumentos o escalas Clinimétricas, se logra presentar información actualizada en torno a los pacientes como lo es con el cuestionario de EAI con el cual pudimos describir los tipos de adversidad infantil más frecuentes en nuestros participantes, siendo común en los 6 participantes, 4 categorías de EAI: abuso verbal, abuso sexual, negligencia emocional y abuso de alcohol o drogas en el hogar.

De igual forma el cuestionario pre test de síntomas disociativos nos permitió tener una idea del tipo de disociación más utilizado como afrontamiento en los participantes y su disminución en el pos test nos muestra que efectivamente los síntomas disociativos eran producto tanto del TEPT como del TLP, ya que al culminar el total de intervenciones de terapia EMDR, estos síntomas quedaron en rangos normalmente

aceptados en la población sin patología mental, lo cual es menos del 30 % de disociación.

Para evaluar sintomatología de TEPT las 3 escalas utilizadas (Cuestionario Internacional del Trauma, Escala de Impacto de Evento Revisada, Lista checable de trastorno de estrés postraumático para DSM-5) nos revelaron en el pre test una severidad de moderada a severa en todos los participantes, esto cambió en el pos test, al disminuir la sintomatología inicial y quedar en rangos mínimos (leves) o sin síntomas.

Para evaluar los síntomas borderline de la personalidad, la Lista de Síntomas Límite en su versión corta, nos reveló en el pre tests, que todos los participantes presentaban un TLP moderado a severo; esto cambió en el pos test, presentando una disminución de la sintomatología que había sido predominante, quedando con rangos leves o normales (sin síntomas).

Parte importante de este estudio fue evaluar el Autocuidado de los participantes antes y después de la terapia EMDR, notando cambios importantes, con mejoría de los parámetros de autocuidado en todos los participantes.

Con los resultados del estudio, se llega a la conclusión que, al sanar la memoria traumática, se utiliza menos la disociación como afrontamiento y al estar más presente la persona en “el aquí y el ahora” se da la oportunidad de amarse y cuidarse.

Finalmente, con la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido, se objetiviza la percepción global de mejoría de los pacientes.

Quedamos satisfechos con la ayuda brindada lo cual contribuye a su rehabilitación en los dominios social y práctico. Y consideramos que hay que apostar por las psicoterapias breves enfocadas en el trauma, en particular, por la terapia EMDR, en esta institución, la cual actualmente no se imparte dentro de la cartera de servicios en psicoterapia.

Deseamos que esta tesis pueda inspirar a otros residentes de psiquiatría a certificarse como terapeutas de EMDR para el servicio de nuestros pacientes y contribuir a futuras investigaciones en este campo.

BIBLIOGRAFÍA:

- American Academy of Pediatrics (2020). Childhood adversity: Buffering stress & building resilience. Recovered from: <https://www.healthychildren.org/english/healthy-living/emotional-wellness/building-resilience/pages/aces-adverse-childhood-experiences.aspx>
- Alhowaymel, F., Kalmakis, K., & Jacelon, C. (2021). Developing the concept of adverse Childhood Experiences: A Global perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.004>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). Washington, DC.
- Ayala, K. (2015). La terapia EMDR. *Temas de psicoanálisis*, 1(10), 1-27. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2015/07/KATY-AYALA.-La-terapia-EMDR.-Plantilla-PDF.1.pdf>
- Ball, J. S., & Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports/Current Psychiatry Reports*, 11(1), 63-68. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4>
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of personality disorders*, 18(2), 193–211. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.2.193.32777>
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *the Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD003388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>

- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003388.pub4>
- Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T. K., Lewis, C., Monson, C. M., Olf, M., Pilling, S., Riggs, D. S., Roberts, N. P., & Shapiro, F. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *Journal Of Traumatic Stress*, 32(4), 475-483. <https://doi.org/10.1002/jts.22421>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2008). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32–39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379–1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *The American Journal Of Psychiatry*, 162(2), 214-227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Brewin, C. R., et al. (2017). Una revisión de la evidencia actual sobre las propuestas de la CIE-11 para diagnosticar el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés postraumático complejo. *Revista de Psicología Clínica*, 58, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brown, S., & Shapiro, F. (2006). EMDR in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Clinical Case Studies*, 5(5), 403-420. <https://doi.org/10.1177/1534650104271773>

- Campbell, J. A., Walker, R. J., & Egede, L. E. (2016). Associations between adverse Childhood experiences, High-Risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 344–352. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.022>
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana McGraw Hill.
- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., Loewenstein, R. J., & Braun, B. G. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *the American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1030–1036. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.7.1030>
- Cohen, P., Brown, J. y Smailes, E. (2001). Abuso y abandono infantil y desarrollo de trastornos mentales en la población general. *Desarrollo y Psicopatología*, 13 (4), 981-999. <https://doi.org/10.1017/s0954579401004126>
- Cogle, J. R., Timpano, K. R., Sachs-Ericsson, N., Keough, M. E., & Riccardi, C. J. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research*, 177(1–2), 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.008>
- Courtois, C. A., Ford, J. D., & Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for adults. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (pp. 82–103). The Guilford Press
- Cloitre, M., Hyland, P., Prins, A., & Shevlin, M. (2021). The international trauma questionnaire (ITQ) measures reliable and clinically significant treatment-related change in PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1930961>
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 69(2), 305-316. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.69.2.305>
- De Jongh, A., Groenland, G. N., Sanches, S., Bongaerts, H., Voorendonk, E. M., & Van Minnen, A. (2020). The impact of brief intensive trauma-focused treatment for PTSD

on symptoms of borderline personality disorder. *European Journal Of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1721142>

De Venter, M., Demyttenaere, K., y Bruffaerts, R. (2013). La relación entre las experiencias adversas en la infancia y la salud mental en la edad adulta: Una revisión sistemática de la literatura. *Revista de psiquiatría* , 55 (4), 259–268.

Douglas, K. R., Chan, G., Gelernter, J., Arias, A. J., Anton, R. F., Weiss, R. D., Brady, K., Poling, J., Farrer, L., & Kranzler, H. R. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: Partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.07.004>

Downey, J. C., Gudmunson, C. G., Pang, Y. C., & Lee, K. (2017). Adverse childhood experiences affect health risk behaviors and chronic health of lowans. *Journal of Family Violence*, 32(6), 557-564. [10.1007/s10896-017-9909-4](https://doi.org/10.1007/s10896-017-9909-4)

Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Berea, R. C., Wulff, H., & Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Nervenarzt/Der Nervenarzt*, 73(9), 820-829. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1296-1>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Foa, EB, Keane, TM y Friedman, MJ (Eds.). (2000). Tratamientos eficaces para el trastorno de estrés postraumático: directrices prácticas de la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático. The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2000-02102-000>

Ford, E. S., Anda, R. F., Edwards, V. J., Perry, G. S., Zhao, G., Li, C., & Croft, J. B. (2011). Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive Medicine*, 53(3), 188–193. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.06.015>

Ford, D. C., Merrick, M. T., Parks, S. E., Breiding, M. J., Gilbert, L. K., Edwards, V. J., Dhingra, S. S., Barile, J. P., & Thompson, W. W. (2014). Examination of the factorial structure

of adverse childhood experiences and recommendations for three subscale scores. *Psychology Of Violence*, 4(4), 432-444. <https://doi.org/10.1037/a0037723>

Forkus, S. R., Raudales, A. M., Rafiuddin, H. S., Weiss, N. H., Messman, B. A., & Contractor, A. A. (2023). The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist for DSM-5: A systematic review of existing psychometric evidence. *Clinical Psychology*, 30(1), 110–121. <https://doi.org/10.1037/cps0000111>

Frías, Á., & Palma, C. (2014). Comorbidity between Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review. *Psychopathology*, 48(1), 1-10. <https://doi.org/10.1159/000363145>

Galatzer-Levy, I. R., Nickerson, A., Litz, B. T., & Marmar, C. R. (2012). PATTERNS OF LIFETIME PTSD COMORBIDITY: A LATENT CLASS ANALYSIS. *Depression and Anxiety*, 30(5), 489–496. <https://doi.org/10.1002/da.22048>

Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Archives Of General Psychiatry*, 63(6), 649. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>

González, A., Mosquera, D., Knipe, J., Leeds, A., & SantedGerman, M. (2018). Construction and Initial Validation of a Scale to Evaluate SelfCare Patterns: The Self-Care Scale. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(6), 373–378

Guttman, H., & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 448-455. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.35905>

Gunderson, J. G. (1996). La intolerancia a la soledad del paciente límite: apegos inseguros y disponibilidad del terapeuta. *La revista americana de psiquiatría*, 153 (6), 752–758. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.6.752>

Gunderson, J. G., Daversa, M. T., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Yen, S., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Dyck, I. R., Morey, L. C., & Stout, R. L. (2006). Predictors of 2-Year Outcome for Patients With Borderline Personality Disorder. *The American Journal Of Psychiatry*, 163(5), 822-826. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.822>

- Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *The American Journal Of Psychiatry*, 166(5), 530-539. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>
- Gluck, R. L., Hartzell, G. E., Dixon, H. D., Michopoulos, V., Powers, A., Stevens, J. S., Fani, N., Carter, S., Schwartz, A. C., Jovanovic, T., Ressler, K. J., Bradley, B., & Gillespie, C. F. (2021). Trauma exposure and stress-related disorders in a large, urban, predominantly African-American, female sample. *Archives of Women's Mental Health*, 24(6), 893–901. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01141-4>
- Hafkemeijer, L., De Jongh, A., Van Der Palen, J., & Starrenburg, A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in patients with a personality disorder. *European Journal Of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1838777>
- Hahm, H. C., Lee, Y., Ozonoff, A., & Van Wert, M. J. (2009). The Impact of Multiple Types of Child Maltreatment on Subsequent Risk Behaviors Among Women During the Transition from Adolescence to Young Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 528–540. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9490-0>
- Harned, M. S., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Impact of Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder on Suicidal Women With Borderline Personality Disorder. *The American Journal Of Psychiatry*, 167(10), 1210-1217. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081213>
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693–710. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008>
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52(7), 671–690. <https://doi.org/10.1002/dev.20494>
- Hensley, B. (2015). Manual Básico De EMDR. Desensibilización Y Reprocesamiento Mediante El Movimiento De Los Ojos (2.^a ed., pp. 37–38). Bilbao: Ddb (Desclee De Brouwer).

- Hofman, S., Hafkemeijer, L., De Jongh, A., Starrenburg, A., & Slotema, K. (2022). Trauma-focused EMDR for Personality disorders among Outpatients (TEMPO): study protocol for a multi-centre, single-blind, randomized controlled trial. *Trials*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06082-6>
- Horesh, N., Ratner, S., Laor, N., & Toren, P. (2008). A Comparison of Life Events in Adolescents with Major Depression, Borderline Personality Disorder and Matched Controls: A Pilot Study. *Psychopathology*, 41(5), 300-306. <https://doi.org/10.1159/000141925>
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>
- Johnson, JG, Cohen, P., Brown, J., Smailes, EM y Bernstein, DP (1999). El maltrato infantil aumenta el riesgo de trastornos de la personalidad durante la edad adulta temprana. *Archivos de Psiquiatría General*, 56 (7), 600. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.600>
- Johnson, JG, Smailes, EM, Cohen, P., Brown, J. y Bernstein, DP (2000). Asociaciones entre cuatro tipos de negligencia infantil y síntomas de trastornos de la personalidad durante la adolescencia y la edad adulta temprana: hallazgos de un estudio longitudinal comunitario. *Revista de trastornos de la personalidad*, 14 (2), 171-187. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.2.171>
- Johnson, JG, Cohen, P., Smailes, EM, Skodol, AE, Brown, J. y Oldham, JM (2001). Abuso verbal infantil y riesgo de trastornos de la personalidad durante la adolescencia y la edad adulta temprana. *Psiquiatría Integral*, 42 (1), 16-23. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19755>
- Jowett, S., Karatzias, T., & Albert, I. (2019). Multiple and interpersonal trauma are risk factors for both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review on the traumatic backgrounds and clinical characteristics of comorbid post-traumatic stress disorder/borderline personality disorder groups versus single-disorder groups. *Psychology And Psychotherapy*, 93(3), 621-638. <https://doi.org/10.1111/papt.12248>

- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2013). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489–1501. <https://doi.org/10.1111/jan.12329>
- Kappel, R. H., Livingston, M. D., Patel, S. N., Villaveces, A., & Massetti, G. M. (2021). Prevalence of Adverse Childhood Experiences (ACEs) and associated health risks and risk behaviors among young women and men in Honduras. *Child Abuse & Neglect*, 115, 104993. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104993>
- Kilpatrick, DG, Resnick, HS, Milanak, ME, Miller, MW, Keyes, KM y Friedman, MJ (2013). Estimaciones nacionales de exposición a eventos traumáticos y prevalencia de TEPT utilizando los criterios DSM-IV y DSM-5. *Revista de estrés traumático* , 26 (5), 537–547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Kim, J. S., & Lee, S. (2016). Influence of interactions between genes and childhood trauma on refractoriness in psychiatric disorders. *Progress In Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 70, 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2016.01.013>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Ruscio, A. M., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., De Girolamo, G., Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260-2274. <https://doi.org/10.1017/s0033291717000708>
- Kleindienst, N., Jungkunz, M., & Bohus, M. (2020). A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00126-6>
- Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., & Ehling, T. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1541-6>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza,

- R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry/World Psychiatry*, 12(3), 198-206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Maxfield, L. (2019). A Clinician's Guide to the Efficacy of EMDR Therapy. *Journal Of EMDR Practice And Research*, 13(4), 239-246. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.239>
- Maxfield, L., & Hyer, L. (2001). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal Of Clinical Psychology*, 58(1), 23-41. <https://doi.org/10.1002/jclp.1127>
- Mosquera, D., González A. y Van der Hart, O. (2011). Borderline Personality Disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality. *Rev. Persona, FUNDAP*, 44-73
- Mosquera, D., & González, A. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad [EMDR therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica/Acción Psicológica*, 10(1). <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7036>
- Mosquera, D., Leeds, A. M., & Gonzalez, A. (2014). Application of EMDR Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal Of EMDR Practice And Research*, 8(2), 74-89. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.2.74>
- McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *The American Journal Of Psychiatry*, 160(2), 369-371. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.369>
- Nielsen, S. L., Smart, D. W., Isakson, R. L., Worthen, V. E., Gregersen, A. T., & Lambert, M. J. (2004). The Consumer Reports effectiveness score: What did consumers report? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 25-37. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.25>
- Lebois, L. A., Wolff, J. D., & Ressler, K. J. (2016). Neuroimaging genetic approaches to Posttraumatic Stress Disorder. *Experimental Neurology*, 284, 141-152. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2016.04.019>

- Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2015). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(4), 717–730. <https://doi.org/10.1017/s0033291715002743>
- Lindert, J., Von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2013). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59(2), 359–372. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5>
- Liu, R. T., Jager-Hyman, S., Wagner, C. A., Alloy, L. B., & Gibb, B. E. (2012). Number of childhood abuse perpetrators and the occurrence of depressive episodes in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 36(4), 323–332. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.11.007>
- Longobardi, C., Badenes-Ribera, L., & Fabris, M. A. (2022). Adverse childhood experiences and body dysmorphic symptoms: A meta-analysis. *Body Image*, 40, 267–284. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.01.003>
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal Of Psychiatric Research*, 44(16), 1190-1198. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal Of Traumatic Stress*, 18(5), 449-459. <https://doi.org/10.1002/jts.20052>
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Morgan, C. A., & Southwick, S. M. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: The role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *Journal Of Affective Disorders*, 120(1-3), 188-192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.015>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2019). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>

- Renyer, D. (2016). Non-clinical normative data for ptsd checklist-5 (pcl-5) [PhD Thesis, Pacific University]. <https://commons.pacificu.edu/spp/1204>
- Rosenstein, L. K., Ellison, W. D., Walsh, E., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2018). The role of emotion regulation difficulties in the connection between childhood emotional abuse and borderline personality features. *Personality Disorders*, 9(6), 590-594. <https://doi.org/10.1037/per0000294>
- Rosendahl, J., Kisyova, H., Gawlytta, R., & Scherag, A. (2019). Comparative validation of three screening instruments for posttraumatic stress disorder after intensive care. *Journal of Critical Care*, 53, 149–154. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.06.016>
- Sabo, A. N. (1997). Etiological Significance of Associations Between Childhood Trauma and Borderline Personality Disorder: Conceptual and Clinical Implications. *Journal Of Personality Disorders*, 11(1), 50-70. <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.1.50>
- Sachs-Ericsson, N. J., Sheffler, J. L., Stanley, I. H., Piazza, J. R., & Preacher, K. J. (2017). When emotional pain becomes physical: adverse childhood experiences, pain, and the role of mood and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1403–1428. <https://doi.org/10.1002/jclp.22444>
- Sansone, RA, Sansone, LA y Wiederman, MW (1995). Trauma, personalidad límite y conductas de autolesión. *Archivos de medicina familiar*, 4 (12), 1000–1002. <https://doi.org/10.1001/archfami.4.12.1000>
- Sareen, J., Henriksen, C. A., Bolton, S., Afifi, T. O., Stein, M. B., & Asmundson, G. J. G. (2012). Adverse childhood experiences in relation to mood and anxiety disorders in a population-based sample of active military personnel. *Psychological Medicine*, 43(1), 73–84. <https://doi.org/10.1017/s003329171200102x>
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-1522. <https://doi.org/10.1017/s0033291706007963>
- Siegel, D. J. (2002). The developing mind and the resolution of trauma: Some ideas about information processing and an interpersonal neurobiology of psychotherapy. *En*

American Psychological Association eBooks (pp. 85-121).
<https://doi.org/10.1037/10512-004>

Siegel, S. & Castellan, N. J. (1995). Estadística no paramétrica, aplicada a las ciencias de la conducta. 4a. edición. México: Editorial Trillas. Persona, 0(001), 195.
<https://doi.org/10.26439/persona1998.n001.1715>

Simonsen, S., Bateman, A., Bohus, M., Dalewijk, H. J., Doering, S., Kaera, A., Moran, P., Renneberg, B., Ribaudi, J. S., Taubner, S., Wilberg, T., & Mehlum, L. (2019). European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline Personality Disorder And Emotion Dysregulation*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0106-3>

Scheiderer, E. M., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2015). The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: revisiting the prevalence and associations in a general population sample. *Borderline Personality Disorder And Emotion Dysregulation*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0032-y>

Shapiro, F. (2001). Desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular: principios, protocolos y procedimientos básicos (2ª ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro, F., Kaslow, F. y Maxfield, L., (Eds.) (2007). Manual de procesos de terapia familiar y EMDR. New York: Wiley.

Shapiro F. (2017) Terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (EMDR): principios, protocolos y procedimientos básicos. (3.ª ed.) Nueva York: Publicaciones Guilford.

Slotema, CW, Blom, JD, Niemantsverdriet, MBA, Deen, M. y Sommer, IEC (2018). Diagnóstico comórbido de trastornos psicóticos en el trastorno límite de la personalidad: prevalencia e influencia en el resultado. *Fronteras en psiquiatría* , 9 .
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00084>

Slotema, C. W., Van Den Berg, D. P. G., Driessen, A., Wilhelmus, B., & Franken, I. H. A. (2019). Feasibility of EMDR for posttraumatic stress disorder in patients with personality disorders: a pilot study. *European Journal Of Psychotraumatology*, 10(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1614822>

- Slotema, C. W., Wilhelmus, B., Arends, L. R., & Franken, I. H. A. (2020). Psychotherapy for posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis of its efficacy and safety. *European Journal Of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1796188>
- Spitzer, C., Effler, K. y Freyberger, HJ (2000). Posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten [Trastorno de estrés postraumático, disociación y comportamiento autodestructivo en pacientes límite]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46 (3), 273–285.
- Stickgold, R. (2001). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal Of Clinical Psychology*, 58(1), 61-75. <https://doi.org/10.1002/jclp.1129>
- Stopyra, M., Simon, J., Rheude, C. y Nikendei, C. (2023). Aspectos fisiopatológicos del trastorno de estrés postraumático complejo: una explicación neurobiológica en comparación con el trastorno de estrés postraumático clásico y el trastorno límite de la personalidad. *Reseñas en Neurociencias*, 34 (1), 103-128. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1515/revneuro-2022-0014>
- Sripada, R. K., Rauch, S. A., & Liberzon, I. (2016). Psychological Mechanisms of PTSD and Its Treatment. *Current Psychiatry Reports/Current Psychiatry Reports*, 18(11). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0735-9>
- Tietjen, G. E., Khubchandani, J., Herial, N. A., & Shah, K. (2012). Adverse childhood experiences are associated with migraine and vascular biomarkers. *Headache*, 52(6), 920–929. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02165.x>
- Tyrka, A. R., Wyche, M. C., Kelly, M. M., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Research*, 165(3), 281-287. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.10.017>
- UNICEF (2022). Statistical profile of violence against children in Latin America and Caribbean. Recovered from: <https://www.unicef.org/lac/media/38241/file/A-statistical-profile-of-violence-against-children-in-latin-america-and-the-caribbean.pdf>
- Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Pérez, V., & Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Frontiers In Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668>

- Van Der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. En American Psychological Association eBooks (pp. 57-83). <https://doi.org/10.1037/10512-003>
- Van Etten, ML & Taylor, S. (1998) Eficacia comparativa de los tratamientos para el trastorno de estrés postraumático: un metanálisis. Base de datos de resúmenes de revisiones de efectos (DARE). Reino Unido. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67406/>
- Van Der Hart, O., Brown, P., & Van Der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal Of Traumatic Stress*, 2(4), 379-395. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020404>
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. W W Norton & Co.
- Van Den Bosch, L. M., Verheul, R., Schippers, G. M., & Van Den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911-923. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(02\)00293-9](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00293-9)
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). <http://www.ptsd.va.gov>.
- Weiss DS, Marmar CR. (1997) The impact of event scale - revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; pp. 399–411.
- Wilhelmus, B., Marissen, M. A., Van Den Berg, D., Driessen, A., Deen, M. L., & Slotema, K. (2023). Adding EMDR for PTSD at the onset of treatment of borderline personality disorder: A pilot study. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 79, 101834. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101834>
- Zweig-Frank, H., & Paris, J. (1991). Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 148(5), 648–651. <https://doi-org/10.1176/ajp.148.5.648>

- Zanarini, MC, Gunderson, JG, Marino, MF, Schwartz, EO y Frankenburg, FR (1989). Experiencias infantiles de pacientes límite. *Psiquiatría Integral* , 30 (1), 18-25. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(89\)90114-4](https://doi.org/10.1016/0010-440x(89)90114-4)
- Zanarini, MC, Skodol, AE, Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, LC, Grilo, CM, Shea, MT, McGlashan, TH y Gunderson, JG (2000). El Estudio Colaborativo Longitudinal de los Trastornos de la Personalidad: fiabilidad de los diagnósticos de los ejes I y II. *Revista de trastornos de la personalidad*, 14 (4), 291–299. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.291>
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). SEVERITY OF REPORTED CHILDHOOD SEXUAL ABUSE AND ITS RELATIONSHIP TO SEVERITY OF BORDERLINE PSYCHOPATHOLOGY AND PSYCHOSOCIAL IMPAIRMENT AMONG BORDERLINE INPATIENTS. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 190(6), 381-387. <https://doi.org/10.1097/00005053-200206000-00006>
- Zurita-Cruz, J. N., Márquez-González, H., Miranda-Novales, G., & Villasís-Keever, M. Á. (2018). Estudios experimentales: diseños de investigación para la evaluación de intervenciones en la clínica. *Deleted Journal*, 65(2), 178-186. <https://doi.org/10.29262/ram.v65i2.376>

ANEXOS

1. Carta compromiso de tutora

Ciudad de México 01 de noviembre de 2023

Dr Ricardo Mora Durán
Presidente del Comité de Investigación
Presente

Con el presente me dirijo a usted para informarle que acepto fungir como Asesora Teórica y Metodológica de Tesis de la Dra. Andrea Carolina Avalos Quizhpi Médica residente de Tercer año de la especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. Orientar al residente para la estructura del protocolo que desarrollará y la elección del tema de este
- b. Informar avance y seguimiento de la investigación
- c. Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta su titulación

Sin mas por el momento aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

ATENTAMENTE



Mtra Janet Jiménez Genchi
Adscrita al Servicio de Investigación
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

2. Carta a jefe de servicio

Ciudad de México a 07 de noviembre de 2023

Dra. Miriam Estrada Martínez
Subdirectora Médica
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para acceder al archivo de expedientes clínicos para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **"Efecto de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares en pacientes con diagnóstico comórbido de Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno de Estrés Postraumático simple y complejo del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez"**.

Durante un período de **diciembre de 2023 a marzo de 2024** a partir del **04 de diciembre de 2023**. Para solicitar los expedientes de los pacientes que participan en el estudio. Los cuales me comprometo a devolver tan pronto los revise. Cabe señalar que no se colectara información confidencial de los pacientes. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

Atentamente



Dra. Andrea Carolina Avalos Quizhpi
Médico Residente de Tercer año de Psiquiatría

3. Carta de Consentimiento Informado

Protocolo: "EFECTO DE LA TERAPIA DE DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTOS OCULARES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMÓRBIDO". Registrado ante el Comité de Investigación con número: _____ Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: _____ Nombre del investigador principal: Andrea Carolina Avalos Quizhpi Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, Alcaldía Tlalpan. Contacto del Investigador: 5630496479 En cumplimiento a los principios de la Declaración de Helsinki y a la <i>Ley General de Salud</i> Capítulo III Art. 41Bis, Fracción II, Título Quinto, Capítulo Único Art.100 Fracción IV. En apego al <i>Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud</i> Art. 13 que a la letra dice "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar"; al Art. 17 esta investigación se considera de riesgo: marque con X		
I. Investigación sin riesgo:	II. Investigación con riesgo mínimo: X	III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo:
Ver nota al final del documento		
Con base al Artículo 20 del citado Reglamento se le solicita su autorización para participar en la presente investigación, su consentimiento lo da con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Para dar cumplimiento al Art. 21 del citado Reglamento se realiza la siguiente explicación:		
I. La justificación y los objetivos de la investigación: La psicoterapia es la primera línea de tratamiento en el trastorno límite de la personalidad y gran parte de los pacientes experimentan traumas a lo largo de su vida, lo cual puede condicionar un trastorno de estrés posttraumático; por esta razón, el motivo de este estudio es analizar el efecto terapéutico de la terapia EMDR a corto plazo en cuanto a mejoría en la gravedad de los síntomas, funcionalidad y calidad de vida.		
II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales: Se aplica el protocolo EMDR, a través de un terapeuta entrenado e incluye 8 fases (1-2: historia clínica, plan de tratamiento, preparación y estabilización. 3-8: evaluación del blanco, desensibilización, instalación, escaneo corporal, cierre y reevaluación) que se llevarán a cabo en cada sesión semanal, hasta completar 10 sesiones de EMDR.		
III. Las molestias o los riesgos esperados: No se han reportado efectos secundarios de la terapia.		
IV. Los beneficios que puedan obtenerse: Reprocesar (volver adaptativos) los recuerdos traumáticos "blancos" le confiere al usuario la posibilidad de "sanar" y mejorar su funcionalidad global.		
V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto: El reprocesamiento se realiza por estimulación bilateral, la cual puede ser por medio de movimientos oculares, estimulación táctil y/o estimulación auditiva.		
VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto: En todo momento.		
VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento: En cualquier momento.		
VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad: En todo momento.		
IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando: En todo momento.		
X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación: En todo momento.		
XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación: En todo momento.		
Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado: "Efecto de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares en pacientes con diagnósticos de Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno de Estrés Posttraumático comórbido" .		
Nombre y firma del participante	Andrea Carolina Avalos Quizhpi Nombre y firma del Investigador	
Testigo 1	Testigo 2	

4. Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°, 2°, 7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo _____ como _____ personal _____ adscrito a _____ y con _____ número de empleado _____ declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No interveniré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA:

NOMBRE Y FIRMA:

5. Cuestionario de Experiencias Adversas Infantiles (EAI)

¿Cuál es mi Puntaje de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)?

Antes de cumplir 18 años:

1. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa **con frecuencia o con mucha frecuencia**...
La/o ofendían, la/o insultaban, la/o menospreciaban, o la/o humillaban?
o
Actuaban de tal forma que temía que le fueran a lastimar físicamente?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
2. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa **con frecuencia o con mucha frecuencia**...
La/o empujaban, la/o jalaban, la/o cacheteaban, o le aventaban cosas?_
o
Alguna vez la/o golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o la/o lastimaron?_
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
3. Algún adulto o alguna otra persona por lo menos 5 años mayor que usted **alguna vez**...
La/o tocó o acarició indebidamente o le dejó que le tocara el cuerpo de alguna forma sexual?
o
Intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
4. Se sentía usted **con frecuencia o con mucha frecuencia** que...
Nadie en su familia la/o quería o pensaba que usted era especial o importante? o
En su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?_
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
5. Se sentía usted **con frecuencia o con mucha frecuencia** que...
No tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera?
o
Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarla/o o llevarla/o al médico si es que lo necesitaba?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
6. Alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
7. Fue su madre o madrastra:
Con **frecuencia o con mucha frecuencia** la/o empujaban, jalaban, golpeaban, o aventaban cosas? o
A veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia le pegaban, la/o mordían, la/o daban puñetazos, o la/o golpeaban con algún objeto duro? o
Alguna vez la/o golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
8. Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
9. Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
10. Algún miembro de su familia fue a la cárcel?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____

Ahora sume las respuestas en que anoto "SI."
Esta es su Puntaje de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)

6. Lista de síntomas límite (BSL-23)

Borderline Symptom List 23 (BSL-23)

Code: _____

Date: _____. _____. 20 ____

Por favor, siga estas instrucciones cuando responda el cuestionario: En la siguiente tabla encontrará una serie de dificultades y problemas que podrían describirle. Por favor, lea detenidamente el cuestionario y decida en qué grado le afectó cada problema durante la semana pasada. En el caso de que no sienta nada en este momento, por favor responda de acuerdo a cómo piensa *que podría haberse sentido*. Por favor responda con sinceridad. **Todas las preguntas hacen referencia a la última semana. Si se ha sentido de diferente manera en diferentes momentos de la semana, haga una valoración promedio de cómo le fueron las cosas. Por favor asegúrese de responder a todas las preguntas.**

Durante la última semana...		Nunca	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1	Me resultaba difícil concentrarme	0	1	2	3	4
2	Me sentí indefenso	0	1	2	3	4
3	Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	0	1	2	3	4
4	Sentí asco	0	1	2	3	4
5	Pensé en hacerme daño	0	1	2	3	4
6	Desconfié de los demás	0	1	2	3	4
7	No creía que tuviera derecho a vivir	0	1	2	3	4
8	Me sentía solo	0	1	2	3	4
9	Sentí una tensión interna estresante	0	1	2	3	4
10	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	0	1	2	3	4
11	Me odié a mí mismo	0	1	2	3	4
12	Quise castigarme	0	1	2	3	4
13	Sufrí de vergüenza	0	1	2	3	4
14	Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión.	0	1	2	3	4
15	Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	0	1	2	3	4
16	Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí	0	1	2	3	4
17	Me sentí vulnerable	0	1	2	3	4
18	La idea de morirme me causó una cierta fascinación	0	1	2	3	4
19	Nada parecía tener sentido para mí	0	1	2	3	4
20	Tuve miedo de perder el control	0	1	2	3	4
21	Me di asco a mí mismo	0	1	2	3	4
22	Tuve la sensación de salir de mí mismo	0	1	2	3	4
23	Sentí que no valía nada	0	1	2	3	4

7. Escala de Experiencias Disociativas (DES-II)

ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS (DES-II)

(*Dissociative Experiences Scale, DES-II*; Carlson y Putnam, 1993)

(Traducción por A. Martínez; modificación por E. Cardeña, 1997)

En este cuestionario hay 28 preguntas sobre experiencias que pueden pasarle en la vida diaria. Estamos interesados en saber cuán a menudo tiene usted estas experiencias. Es importante, sin embargo, que con sus respuestas nos deje saber la frecuencia con que tiene estas experiencias cuando no está bajo el efecto del alcohol o las drogas.

Para contestar las preguntas, por favor determine en qué medida la experiencia descrita en la pregunta le ocurre a usted y marque el porcentaje apropiado, como muestra el siguiente ejemplo:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

1. Algunas personas tienen la experiencia de estar conduciendo un automóvil y de repente darse cuenta de que no recuerdan lo que ha sucedido durante todo o parte del viaje. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

2. Algunas personas encuentran que hay veces que están oyendo a alguien hablar y de repente se dan cuenta de que no escucharon parte o nada de lo que se dijo o que no oyeron la conversación completa. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

3. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse en un lugar y no tener idea alguna de cómo llegaron hasta allí. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

4. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse vestidas con ropa que no recuerdan haberse puesto. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

5. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar objetos nuevos entre sus pertenencias que no recuerdan haber comprado. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

6. Algunas personas tienen la experiencia de que se les acercan personas que no conocen y que los llaman por otro nombre o insisten en conocerlos anteriormente. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

7. Algunas personas tienen la experiencia de sentir como si se encontraran al lado de sí mismas o se miraran a sí mismas, del mismo modo que si otra persona las estuviera mirando. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
8. A algunas personas se les dice que a veces no reconocen a sus amigos o familiares. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
9. Algunas personas se dan cuenta de que no recuerdan algunos eventos importantes en su vida (por ejemplo, su boda, graduación, o nacimiento del primer bebé). Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
10. Algunas personas tienen la experiencia de haber sido acusadas de mentir cuando están convencidas de que no han mentido. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
11. Algunas personas tienen la experiencia de mirarse al espejo y no poder reconocerse. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
12. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que las personas, los objetos y el mundo que las rodea no son reales. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
13. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su propio cuerpo no les pertenece. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
14. Algunas personas tienen la experiencia de recordar un evento pasado tan intensa y vívida mente que sienten como si lo estuvieran viviendo otra vez. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
15. Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguras de si cosas que recuerdan haberles pasado les sucedieron en realidad o si tal vez solamente las soñaron. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

16. Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar conocido y sin embargo resultarles extraño y desconocido. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

17. Algunas personas tienen la experiencia de que cuando están viendo la televisión o una película en el cine se absorben tanto en la historia que no se dan cuenta de otras cosas que pasan a su alrededor. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

18. Algunas personas encuentran que se pueden embeber tanto en una fantasía o en un sueño despiertas que sienten como si lo que se imaginan les estuviera sucediendo en realidad. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

19. Algunas personas se dan cuenta de que hay veces en que pueden ignorar el dolor físico. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

20. Algunas personas se dan cuenta de que hay veces en que se encuentran sentadas contemplando el vacío, pensando en nada y sin darse cuenta del tiempo que pasa. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

21. Algunas personas en ocasiones se dan cuenta de que cuando se encuentran solas se hablan a sí mismas en voz alta. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

22. Algunas personas se dan cuenta de que en ciertas situaciones actúan de una manera tan distinta de como actúan en otras que se sienten casi como si fueran dos personas distintas. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

23. Algunas personas a veces se dan cuenta de que en ciertas situaciones pueden hacer cosas con sorprendente facilidad y naturalidad, cosas que en condiciones normales les serían difíciles de realizar (por ejemplo, en el deporte, en el trabajo, en situaciones sociales). Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

24. Algunas personas a veces se percatan de que no recuerdan si han hecho algo o si simplemente pensaron en hacerlo (por ejemplo, no saben si enviaron una carta o simplemente pensaron en mandarla). Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

25. Algunas personas encuentran evidencia de que hicieron cosas que no recuerdan haber hecho. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

26. Algunas personas a veces encuentran escritos, dibujos o notas dentro de sus pertenencias que hicieron ellas mismas pero no recuerdan haber hecho. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

27. Algunas personas a veces se percatan de que escuchan voces dentro de su cabeza que les dicen que hagan cosas o que les comentan lo que están haciendo. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

28. Algunas personas a veces se sienten como si estuvieran mirando al mundo a través de una neblina, de tal manera que las personas y los objetos parecen lejanos o poco claros. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

8. Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)

A continuación se presenta una serie de problemas que las personas a veces informan en respuesta a eventos traumáticos o estresantes de la vida. Por favor, lea atentamente cada pregunta, después marque con un círculo uno de los números de la derecha para indicar cuánto le ha molestado ese problema durante el mes pasado.

	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Extremada-mente
P1. ¿Tener sueños perturbadores que reproducen parte de la experiencia o están claramente relacionados con la experiencia?	0	1	2	3	4
P2. ¿Tener imágenes o recuerdos intensos que a veces vienen a su mente, en los cuales siente que la experiencia está ocurriendo de nuevo aquí y ahora?	0	1	2	3	4
P3. ¿Evitar pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas u otros estímulos internos que le recuerden la experiencia?	0	1	2	3	4
P4. ¿Evitar personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades, situaciones u otros estímulos externos que le recuerden la experiencia?	0	1	2	3	4
P5. ¿Estar "súper alerta," vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
P6. ¿Sentirse sobresaltado/a o asustarse fácilmente?	0	1	2	3	4

En el último mes, si ha tenido alguno de los problemas anteriormente mencionados, indique cómo le han afectado:

	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Extremada-mente
P7. ¿Han afectado sus relaciones interpersonales o a su vida social?	0	1	2	3	4
P8. ¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	0	1	2	3	4
P9. ¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño en la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4

Conteste cada una de las siguientes preguntas pensando en cuán cierto es cada ítem para usted.

¿Cuán cierto es para usted?

	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Extremada-mente
C1. Cuando estoy molesto/a, tardo bastante tiempo en calmarme.	0	1	2	3	4
C2. Me siento desconectado/a emocionalmente o emocionalmente apagado/a	0	1	2	3	4
C3. Me siento como un/a fracasado/a	0	1	2	3	4
C4. Siento que no valgo nada	0	1	2	3	4
C5. Me siento distante o alejado/a de las personas	0	1	2	3	4
C6. Me resulta difícil estar emocionalmente cercano/a a la gente.	0	1	2	3	4

9. Lista checable de trastorno de estrés postraumático para DSM-5 (PCL-5)

PCL-5

Instrucciones: A continuación hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante el pasado mes.

<i>Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:</i>	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremadamente</i>
1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (<i>como si estuviera reviviéndola</i>)?	0	1	2	3	4
4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (<i>por ejemplo, latidos cardíacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración</i>)?	0	1	2	3	4
6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (<i>por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones</i>)?	0	1	2	3	4
8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (<i>por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso</i>)?	0	1	2	3	4
10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. dificultad para sentir emociones positivas (<i>por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted</i>)?	0	1	2	3	4
15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

10. Escala de Impacto del Evento Revisada (EIE-R)

Instrucciones: A continuación hay una lista de dificultades que a veces las personas tienen luego de eventos estresantes. Por favor, lea cada ítem y luego indique cuan estresante cada dificultad ha sido para usted DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS con respecto a _____, ¿cuán perturbado(a) o preocupado(a) estaba debido a esas dificultades?

	Nada	Poco	Moderado	Mucho	Extremo
1. Cualquier recuerdo me hacía sentir lo que sentí antes.	0	1	2	3	4
2. Tenía problemas para permanecer dormido.	0	1	2	3	4
3. Otras cosas me hacían pensar en el suceso.	0	1	2	3	4
4. Me sentía irritable y enojado.	0	1	2	3	4
5. Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba lo sucedido.	0	1	2	3	4
6. Pensaba en ello aun cuando no quería.	0	1	2	3	4
7. Sentía como si no hubiese ocurrido o no fuese real.	0	1	2	3	4
8. Me mantenía lejos de cualquier cosa que me recordara lo sucedido.	0	1	2	3	4
9. Imágenes del suceso asaltaban mi mente.	0	1	2	3	4
10. Me sobresaltaba y asustaba fácilmente.	0	1	2	3	4
11. Intentaba no pensar en el suceso.	0	1	2	3	4
12. Me daba cuenta que aun tenía muchos sentimientos sobre lo sucedido, pero no los enfrentaba.	0	1	2	3	4
13. Mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos.	0	1	2	3	4
14. Me encontraba como si estuviese funcionando o sintiendo como durante el evento.	0	1	2	3	4
15. Tenía problemas para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
16. Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido.	0	1	2	3	4
17. Intentaba apartarlo de mi memoria.	0	1	2	3	4
18. Tenía problemas de concentración.	0	1	2	3	4
19. Cosas que me recordaban lo sucedido me causaban reacciones fisiológicas tales como transpiración, dificultad al respirar.	0	1	2	3	4
20. Soñaba con lo sucedido.	0	1	2	3	4
21. Me sentía vigilante y en guardia.	0	1	2	3	4
22. Intentaba no hablar de ello.	0	1	2	3	4

Escala de Impacto de Evento - Revisada

11. Escala de Autocuidado

La escala de autocuidado se refiere a formas en las que habitualmente nos tratamos a nosotros mismos. Esto abarca distintas áreas.

Deberá leer cada frase, y ver hasta qué punto está de acuerdo con ella, rodeando con un círculo el número correspondiente, según la siguiente escala:

		1	2	3	4	5	6	7
		Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	AD	Cuando estoy mal hago cosas que me hacen sentir aún peor					1 2 3 4 5 6 7	
2	TA	Los elogios me hacen sentir incómodo					1 2 3 4 5 6 7	
3	PA	No me dejo ayudar					1 2 3 4 5 6 7	
4	R	Siento que me tratan injustamente y no se por qué					1 2 3 4 5 6 7	
5	NP	No dedico tiempo a actividades agradables o divertidas					1 2 3 4 5 6 7	
6	TA	No me fío de la gente que me dice cosas positivas sobre mí					1 2 3 4 5 6 7	
7	NN	Las cosas que hago tienen que ser útiles a otras personas					1 2 3 4 5 6 7	
8	AD	Me echo siempre la culpa de todo					1 2 3 4 5 6 7	
9	R	Nadie me reconoce lo mucho que hago por ellos					1 2 3 4 5 6 7	
10	NN	Las necesidades de los demás están por delante de las mías					1 2 3 4 5 6 7	
11	PA	No soy capaz de pedir ayuda					1 2 3 4 5 6 7	
12	AD	Me comporto de forma autodestructiva					1 2 3 4 5 6 7	
13	R	Los demás deberían estar ahí cuando los necesito					1 2 3 4 5 6 7	
14	NN	Puedo llegar a disculpar cualquier cosa que me hagan					1 2 3 4 5 6 7	
15	TA	Me creo más fácilmente una crítica que un cumplido					1 2 3 4 5 6 7	
16	AD	Me critico internamente todo el tiempo					1 2 3 4 5 6 7	
17	PA	Mis problemas me los guardo para mí					1 2 3 4 5 6 7	
18	R	La gente es muy desagradecida					1 2 3 4 5 6 7	
19	NN	Me cuesta defender mis derechos					1 2 3 4 5 6 7	
20	TA	Me siento más cómodo ayudando a los demás que a la inversa					1 2 3 4 5 6 7	
21	NP	No tengo relaciones que me resulten gratificantes					1 2 3 4 5 6 7	
22	NN	Permito que la gente invada mi espacio personal					1 2 3 4 5 6 7	
23	AD	Hago cosas que sé que me perjudican					1 2 3 4 5 6 7	
24	R	Me molesta que los demás no respondan en seguida a mis necesidades					1 2 3 4 5 6 7	
25	NP	No hago ejercicio físico					1 2 3 4 5 6 7	
26	NN	Soy incapaz de decir que no					1 2 3 4 5 6 7	
27	TA	Neutralizo los cumplidos diciendo "no es para tanto" o cosas así					1 2 3 4 5 6 7	
28	AD	Cuando estoy mal me enfado conmigo mismo por estar así					1 2 3 4 5 6 7	
29	PA	No puedo pedir lo que necesito					1 2 3 4 5 6 7	
30	NP	No se disfrutar del tiempo libre					1 2 3 4 5 6 7	
31	AD	Me alimento mal					1 2 3 4 5 6 7	

12. Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4)

En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

- 0. Completamente insatisfecho/a
- 1. Muy insatisfecho/a
- 2. Algo insatisfecho/a
- 3. Bastante satisfecho/a
- 4. Muy satisfecho/a
- 5. Completamente satisfecho/a

¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

- 0. No estoy seguro/a
- 1. Hizo que las cosas empeorasen bastante
- 2. Hizo que las cosas empeorasen un poco
- 3. No ha habido cambios
- 4. Hizo que las cosas mejorasen algo
- 5. Hizo que las cosas mejorasen mucho

¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

- 0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas
- 1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura
- 2. Regular, tenía mis altibajos
- 3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves
- 4. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

- 0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente las cosas
- 1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí
- 2. Regular, tengo mis altibajos
- 3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves
- 4. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

© Guillem Feixas y Olga Pucurull