UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

ADAPTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EN LÍNEA PARA REDUCIR LA AUTOLESIÓN DE PACIENTES MEXICANOS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
FRANCISCO OMAR HERNÁNDEZ ORDUÑA

TUTORA PRINCIPAL:
DRA. REBECA ROBLES GARCÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
TUTOR ADJUNTO:
DR. FRANCISCO LORENZO JUÁREZ GARCÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
TUTOR EXTERNO:
DRA. ANABEL DE LA ROSA GÓMEZ
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DRA. CATALINA GONZÁLEZ FORTEZA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., ENERO, 2023

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Agradecimientos

Agradezco a mis tutores y guías en este largo camino, estos años han sido mi luz para encontrar los rumbos de la ciencia y la psicología. Gracias infinitas, Rebe, Paco, Anabel, Dr. Juan José, Dra. Caty y Ariel (donde quiera que te encuentres).

Gracias a mis padres, los llevo en mi corazón en cada paso que doy, tu cariño María y tus enseñanzas José son el pilar de todos mis días. A mis hermanos y sobrinos, por estar ahí en todo momento.

Gracias a mi familia que es muy grande en todos los sentidos, la distancia no ha impedido que estén ahí para mí en los momentos importantes.

Gracias a mis amigos, por confiar en mí.

Gracias a Gaby, por motivarme a iniciar las cosas que temí en su momento, desde donde estés sé que estás orgullosa.

Gracias a Ester, por estar conmigo en los momentos de mayor oscuridad, por darme forma y sentido, por tus enseñanzas y tu amor, por atreverte a estar conmigo, por dejar en suspenso la gravedad cuando estás cerca, y porque gran parte de este trabajo es gracias a ti.

Gracias Julieta, porque esta vida es hermosa cuando me abrazas, y por ser mi motivo para querer ser un mejor ser humano. Todos los días agradezco por tenerte en mi vida.

Índice

Índice 3

Resumen 6

Abstract 9

Introducción 11

Capítulo 1. Trastorno Límite de la Personalidad 11

1.1 Clasificación Diagnóstica 12

1.2 Prevalencia 15

1.3 Comorbilidades 17

Capítulo 2. Autolesión 21

2.1 Prevalencia 22

2.2 Variables Implicadas 23

2.3 Modelo explicativo 29

Capítulo 3. Efectividad de los Tratamientos en el Trastorno Límite de la Personalidad . 32

3.1 Terapia Dialectico Conductual 36

3.2 Terapia de Aceptación y Compromiso 38

3.3 Terapia Basada en la Mentalización 40

3.4 Terapia Grupal de Regulación de Emociones 42

3.5 Terapia Cognitiva Asistida por Manual 43

3.6 Intervenciones en Línea 48

Justificación 52

Objetivo General 54

Objetivos Secundarios 54
Método 55
Primera Fase. Traducción y Adecuación Cultural al Español de México, y Adaptación a Trastorno Límite de la Personalidad del Manual Original (etapa 1 y 2) 58
Tipo de Estudio 58
Participantes 58
Instrumentos 58
Procedimiento 60
Análisis de Datos 62
Segunda Fase: Pilotaje de la Intervención Preliminar para la Reducción de Autolesión y Refinamiento de la Intervención (etapa 3 y 4) 65
Tipo de Estudio 65
Participantes 66
Variables e Instrumentos 68
Descripción de la Conducta 75
Descripción de los Tratamientos 76
Procedimiento 81
Consideraciones Éticas 83
Análisis Estadístico 86
Resultados 88
Primera Fase 88
Segunda Fase 92
Autolesión 95
Impulsividad 96

Desregulación Emocional 97

Evitación Experiencial 98

Gravedad de TLP 99

Consumo de Sustancias 100

Encuesta de Satisfacción 101

Análisis por Pacientes 103

Discusión y Limitaciones 112

Referencias 120

Anexos 143

Anexo 1 Formato de evaluación de la intervención para clínicos 144

Anexo 2. Grupo de expertos clínicos 150

Anexo 3 Formato de variables demográficas y clínicas 151

Anexo 5. Escala de impulsividad de Barratt 154

Anexo 6. Escala de dificultades de la regulación emocional (DERS-E) 157

Anexo 7. Cuestionario de aceptación y acción AQQ 160

Anexo 8. Cédula de autolesión 162

Anexo 9. Encuesta de satisfacción para pacientes 163

Anexo 10. Folleto de invitación a pacientes 165

Anexo 11. Consentimiento informado 167

Anexo 12. Aprobación de Comité de Ética e Investigación 171

Anexo 13. Puntajes de cada apartado para la media, la V de Aiken y el intervalo de confianza 172

Resumen

El trastorno límite de personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón de inestabilidad que con frecuencia desemboca en conductas de autolesión (AL). Estas, además de provocar alto grado de malestar en los pacientes, conllevan mayor uso de los servicios de salud. La terapia dialéctica conductual (TDC) es útil en esta población, aunque su prolongada duración y la necesidad de terapeutas especializados dificultan su implementación en contextos de escasos recursos y alta demanda de atención. Por ello, los servicios de salud en México se verían beneficiados de intervenciones breves para el manejo eficiente y eficaz de conductas AL en estos pacientes. El objetivo del estudio es conocer la factibilidad de una intervención breve, manualizada (TCAM) y en línea para reducir la AL en población mexicana con TLP.

Se siguieron las recomendaciones para adaptaciones culturales de tratamientos basados en evidencia: recolección de información (usando una metodología PIO se identificó que se han mostrado efectivas intervenciones breves basadas en terapia cognitivo conductual y que su aplicación en servicios públicos puede reducir sus costos, como la TCAM); diseño preliminar (con revisión de cuatro expertos clínicos, cuál permitió que esta adaptación tuviera una validez de contenido); evaluación de la adaptación (estudio piloto en participantes); y refinamiento de la intervención (lo que permitió identificar la importancia de dejar algunos capítulos como obligatorios, así como la necesidad de que se maneje un criterio de dominio en cada uno de estos). Para la evaluación de la adaptación se utilizó un diseño experimental de caso único con réplicas; las participantes fueron once mujeres con diagnóstico de TLP atendidas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Se implementaron de 5 a 6 sesiones en línea y se midió semanalmente el nivel de

desregulación emocional, evitación experiencial, impulsividad y conductas de AL. Se calculó el índice NAP para evaluar el efecto de la intervención.

Derivado de la revisión de expertos y mediante el índice de Aiken, para saber el nivel de acuerdo que tenían entre ellos al evaluar cada uno de los apartados de la intervención, se eliminó un módulo por considerarlo no relevante y poco entendible culturalmente. Se reformuló la redacción de otros apartados, incluyendo algunas historias de vida que se utilizan en la intervención y se adicionaron algunas recomendaciones de estrategias para el manejo de crisis, así como sus explicaciones.

En la prueba piloto de la intervención, la mayoría de las participantes tuvieron un tamaño del efecto grande en la reducción de la gravedad de AL y un tamaño moderado en la reducción de la desregulación emocional. En la evitación experiencial e impulsividad se obtuvieron tamaños del efecto de pequeños a moderados. Algunas de las adecuaciones que se realizaron a la versión final fueron el considerar el capítulo dirigido a la reducción de consumo de alcohol como obligatorio, así como el capítulo dirigido a familiares y allegados; el utilizar un criterio de dominio en lugar de sesiones para cada uno de los capítulos, lo que podría implicar que se extienda algunas sesiones la aplicación de la intervención; y la suma de las guías de uso clínico dirigidas al personal de salud que necesite usar la intervención en diferentes contextos.

La intervención que se deriva de este estudio fue adaptada y validada con participantes diagnosticadas con TLP y por clínicos expertos en el tratamiento de estos pacientes. Se sugiere que puede ser útil y funcionar como una intervención eficiente para el manejo de la AL en esta población.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, autolesión, terapia cognitiva asistida por manual, adaptación cultural.

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) is characterized by a pattern of instability that frequently leads to non-suicidal self-injurious (NSSI). These, in addition to causing a high degree of discomfort in patients, lead to greater use of health services. Dialectical behavior therapy is useful in this population, although its long duration and the need for specialized therapists make it difficult to implement in contexts with limited resources and high demand for care. Therefore, health services in Mexico would benefit from brief interventions for the efficient and effective management of NSSI in these patients. The objective of the study is to determine the feasibility of a online brief manual intervention (MACT) to reduce NSSI in the Mexican population with BPD.

The recommendations for cultural adaptations of evidence-based treatments were followed: data collection (using a PIO methodology, it was identified that brief interventions based on cognitive behavioral therapy have been shown to be effective and that their application in public services can reduce their costs, such as TCAM); preliminary design (with review by 4 clinical experts, which allowed this adaptation to have content validity); adaptation evaluation (pilot study in participants); and refinement of the intervention (which made it possible to identify the importance of leaving some chapters as mandatory, as well as the need to manage a mastery criterion in each of these). For the evaluation of adaptation, a single case experimental design with replicates was used; The participants were eleven women with a diagnosis of BPD treated at the Ramón de la Fuente Muñiz National Institute of Psychiatry. 5 to 6 online sessions were implemented and the level of emotional dysregulation, experiential avoidance, impulsivity, and NSSI were measured weekly. The NAP index was calculated to assess the effect of the intervention.

Derived from the review of experts and through the Aiken index, to know the level of agreement they had between them when evaluating each of the sections of the intervention, a module was eliminated as it was considered not relevant and not culturally understandable. The wording of other sections was reformulated, including some life stories that are used in the intervention and some recommendations for crisis management strategies were added, as well as their explanations.

In the pilot trial of the intervention, most participants had a large effect size in reducing AL severity and a moderate effect size in reducing emotional dysregulation. Small to moderate effect sizes were obtained for experiential avoidance and impulsivity. Some of the adjustments that were made to the final version were considering the chapter aimed at reducing alcohol consumption as mandatory, as well as the chapter aimed at relatives and relatives; using a mastery criterion instead of sessions for each of the chapters, which could imply that the application of the intervention is extended by some sessions; and the sum of the clinical use guidelines addressed to health personnel who need to use the intervention in different contexts.

The intervention derived from this study was adapted and validated with participants diagnosed with BPD and by clinicians who are experts in the treatment of these patients. It is suggested that it may be useful and work as an efficient intervention for the management of NSSI in this population.

Key words: NSSI, manual-assisted cognitive therapy, borderline personality disorder, cultural adaptation.

Introducción

Capítulo 1. Trastorno Límite de la Personalidad

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por presentar un patrón de inestabilidad significativa en las relaciones interpersonales, la regulación emocional, la autoimagen y el control de impulsos. Es un trastorno grave que presenta una amplia variedad de síntomas, las cuales son difíciles de identificar a primera vista, lo que dificulta la detección temprana, por lo que, en ocasiones, el diagnóstico se realiza hasta que los síntomas llevan a las personas a solicitar servicios de salud mental, debido a la gravedad de estos.

Las presentaciones clínicas y del comportamiento varían entre individuos y en los distintos momentos de evolución del mismo paciente, por lo que se conoce como un síndrome heterogéneo de difícil delimitación (Álvarez y Andión, 2011). La variabilidad de las presentaciones clínicas, conllevan a que su diagnóstico se presente con demoras prolongadas y con avance en el curso de este, algunos autores lo calculan en 9.5 años de demora para las mujeres y 6.5 años en los hombres (Rubio y Pérez, 2003).

Las personas con TLP tienden a presentar dificultades al mantener relaciones interpersonales y desenvolverse correctamente en los distintos ámbitos sociales, debido a los significativos cambios en el humor, la perdida de la confianza, las conductas impulsivas y el excesivo temor a la crítica y al rechazo (Álvarez y Andión, 2011). El curso clínico es con frecuencia inestable, con periodos de crisis que presentan una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones,

conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con una importante carga afectiva.

Además de las repercusiones que conlleva el padecimiento, en la mayoría de las áreas de la misma persona y su círculo social, existe otro elemento importante a señalar, el suicidio, el cual representa es un riesgo particular del TLP, algunos estudios han llegado a reportar cifras entre un 8 y 10% de los intentos de suicidio consumados (*American Psychiatric Association* [APA], 2001), sin embargo, hablando de este tema en particular, las cifras pueden no ser exactas. Lo que sí es un hecho, es que por sí mismo, el TLP representa un riesgo en este tema.

1.1 Clasificación Diagnóstica

El TLP está considerado, dentro de las dos clasificaciones más utilizadas a la fecha, como un trastorno mental, específicamente uno de la personalidad. La Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10] (*World Health Organization* [WHO], 1995), en su apartado de Trastornos Mentales y del Comportamiento, establece criterios específicos para su diagnóstico, los cuales incluyen cumplir con criterios de trastorno de la personalidad, como el desvío fuera de los límites, las normas aceptadas y esperadas en la propia cultura referente a las cogniciones, emociones, control de impulsos o relación con los demás, siendo esta desviación persistente, por lo que adquiere un sentido desadaptativo y ésta no puede ser explicada como consecuencia de otro trastorno mental del adulto. Además, debe estar presentes al menos tres de los síntomas para Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, como:

- Predisposición para actuar de forma inesperada sin contemplar las consecuencias
- Conflicto con los demás
- Arrebatos de ira o violencia sin capacidad de control
- Dificultad para mantener actividades duraderas y sin recompensa inmediata
- Humor inestable y caprichoso

Por último, debe cumplir con por lo menos dos de los criterios específicos para el Tipo limítrofe, que pueden ser:

- Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales)
- Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales
- Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados
- Reiteradas amenazas o actos de autoagresión
- Sentimientos crónicos de vacío (WHO, 1995).

Por su parte, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición [DSM 5] (APA, 2013), lo agrupa dentro de los Trastornos de la personalidad del grupo B, describiéndolo como personas impulsivas que adoptan comportamientos que les generan daño (aventuras sexuales, gastos inapropiados, consumo excesivo de sustancias o alimentos). Con un efecto inestable, en muchas ocasiones muestran ira intensa e inapropiada. Se sienten vacíos o aburridos, e intentan evitar de manera frenética el

abandono, sienten incertidumbre en torno a quiénes son, y carecen de la capacidad para mantener relaciones interpersonales estables. Se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

- Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación
- Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo
- Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente auto lesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios)
- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación
- Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días)
- Sensación crónica de vacío
- Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2013).

Ambas clasificaciones refieren al TLP con criterios muy similares, criterios que en su conjunto y frecuencia son considerados como graves, por las implicaciones que

conllevan, así como por el deterioro y discapacidad que causan, llegando a acentuar una desadaptación del individuo con su entorno, principalmente cuando no se cuenta con la atención adecuada. Los síntomas tienden a acentuarse con el tiempo, y en la mayoría de los casos suelen presentarse comorbilidades con otros trastornos mentales o padecimientos físicos, factor que deteriora la funcionalidad.

1.2 Prevalencia

El estudio epidemiológico de los trastornos de la personalidad es especialmente complejo, debido a diversas razones, primero, la existencia de una elevada comorbilidad con otros trastornos, lo cual en TLP es sumamente común, provocando confusión en los datos utilizados; por otro lado el uso de distintas metodologías y mediciones utilizadas lo cual varía no solo a lo largo del tiempo sino también por el lugar; otro punto importante ha sido el desarrollo conceptual del diagnóstico a lo largo de la historia lo que dificulta la comparación de datos más antiguos; por último, el uso de los criterios no siempre se cumple o no es utilizando el mismo, debido a la interpretación del clínico que diagnostica, lo que puede alterar los datos disponibles.

Lo que la investigación si ha podido arrojar es que las personas con trastornos de la personalidad tienden a usar los servicios médicos en una tasa más elevada que la población general (Sansone *et al.*, 2011), es en estos lugares donde se han logrado realizar la mayor parte de los estudios, o por lo menos los que mayor información han aportado, los cuales suelen arrojar cifras que se calculan arriba del 40% de la población que muestra alguno de estos trastornos (Newton-Howes et al., 2010). Por otro lado, Molina *et al.* (2004) encontraron, también en poblaciones clínicas, que el trastorno de la personalidad es

altamente frecuente y que entre el 30% y el 60% de las personas con algún trastorno de la personalidad, cumple con los criterios para diagnóstico de TLP.

Por ejemplo, en Estados Unidos se ha estudiado la epidemiología del TLP también en población general con diferentes encuestas, en estos estudios se han reportado que las tasas de prevalencia varían entre 0.5% y 1.4% (Arens, et al., 2013; Samuels et al., 2002; Torgersen *et al.*, 2001), mientras que otros estudios en el mismo país encontraron tasas más altas, que oscilan entre 2.7% y 5.9% (Grant et al., 2008; Lenzenweger, 2010), dependiendo de qué tan estrictamente aplican los criterios diagnósticos, así como las metodologías utilizadas en cada estudios.

Las cifras estimadas en población general varían dependiendo el estudio, sin embargo, las tasas se mantienen por debajo del 8%, cifra que se eleva considerablemente al estudiarse en población clínica. En algunos países esta cifra se eleva llegando aproximadamente al 20% de los pacientes psiquiátricos (ambulatorios u hospitalizados) o en prisión (Gunderson, 2009). En México, estudios en población clínica han detectado tasas entre un 25% y un 36 % de pacientes psiquiátricos que cumplen criterios de TLP (Biagini *et al.*, 2009).

En cuanto a la distribución por género, Widiger y Weissman (1991), encontraron en los años 90's una relación de 3 a 1 en la distribución por sexo, resultando más frecuente en mujeres que en hombres, no obstante, en la actualidad, se ha encontrado que aunque el TLP se diagnostica predominantemente en mujeres, es decir, aproximadamente un 75% contra el 25% en hombres (APA, 2001; APA, 2013), se estima que es igualmente frecuente en hombres (Lenzenweger *et al.*,2007; Ten Have et al., 2016), y estas diferencias algunos autores se las atribuyen a sesgos diagnósticos respecto al uso de los criterios (Trull *et al.*,

2010), así como al hecho de que las mujeres se presentan a los servicios con más frecuencia que los hombres (Skodol y Bender, 2003).

Por otro lado, a pesar de que en población joven es posible identificar características o rasgos el trastorno, es hasta los 18 años que se diagnóstica formalmente, así, se ha observado que la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años al realizar el diagnóstico (Swartz *et al.,* 1990). Otros datos relevantes que se han encontrado en algunos estudios, son los referentes al aspecto sociodemográfico, por ejemplo, en Estados Unidos en el 2010, datos de la Encuesta Nacional Epidemiológica sobre uso de Alcohol y Condiciones Relacionadas, NESARC (por las siglas en inglés *National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions*) sugieren que el nivel de ingreso bajo, la edad (menor de 30 años), el estado civil (separados, divorciados, viudos) y un menor nivel educativo se asociaron con un mayor riesgo de aparición del TLP (Tomko *et al.*, 2013).

1.3 Comorbilidades

También existe evidencia consistente de una alta comorbilidad del TLP con trastornos mentales comunes como los relacionados con el estado de ánimo, la ansiedad, los trastornos por uso de sustancias (Coid *et al.*, 2006; Grant et al., 2008; Ten Have et al., 2016), así como con los trastornos de la conducta alimentaria, con el trastorno de estrés postraumático y con otros trastornos de la personalidad (Stoffers et al., 2013), por ejemplo, Eaton *et al.* (2011) utilizaron los datos de 34,653 personas que participaron en la NESARC, con la finalidad de elaborar un modelo del TLP tomando en cuenta las comorbilidades que interactúan con el diagnóstico, y encontraron concurrencias elevadas con el trastorno depresivo mayor,

trastorno de pánico y trastorno por uso de sustancias. Como este, existe una gran cantidad de estudios que revelan elevadas concurrencias con el trastorno por uso de alcohol, en donde las tasas de coexistencia a lo largo de la vida de estos dos trastornos fueron entre 9.8% y 14.7% (Gianoli *et al.*, 2012) y en población clínica esta comorbilidad oscilaba entre el 14.3% y 48.8%, resultando aún más elevadas estas tasas (59%) en mujeres. (Trull *et al.*, 2000). En trabajos con población alemana se encontró que la probabilidad de ocurrencia de una dependencia a las drogas o al alcohol, o un trastorno relacionado con sustancias en general, aumenta significativamente entre pacientes con TLP en comparación con la población general (Skodol y Bender, 2003).

Lo anterior nos permite observar que el TLP es un padecimiento que comúnmente se presenta acompañado de otros padecimientos, lo cual, además de dificultar su diagnóstico preciso, subraya la complejidad de los síntomas, así como del tratamiento y el impacto en las personas a lo largo del curso. En este mismo sentido, el tema de la autolesión deliberada también es un problema particular dentro del grupo de personas con TLP, ya que es común el uso de los servicios de salud después de una conducta de autolesión o intento suicida, lo que además puede ameritar hospitalizaciones en repetidas ocasiones, lo que evidentemente se ve reflejado en los costos de salud y atención en salud pública. El nivel de deterioro asociado con TLP y su importancia para la salud pública se refleja en su prevalencia en entornos clínicos tanto para adultos como para adolescentes, ya que se calcula que aproximadamente entre el 10% y 20% de pacientes ambulatorios y hasta 50% de pacientes hospitalizados por autolesión o por intento suicida, cumplen los criterios de TLP o son diagnosticados formalmente (Ayodeji et al., 2015; Glenn y Klonsky, 2013; Stepp *et al.*, 2016).

Existen datos que sugieren que TLP se asocia con una alta tasa de mortalidad, por ejemplo, Links y Kolla (2009) encontraron que entre un 60% y el 78% de las personas diagnosticadas con TLP realizan intentos suicidas, aunque la tasa de suicidios completados es mucho menor, la cual se calcula en hasta el 10% de pacientes que completan un suicidio (Paris y Zweig-Frank, 2001). En un estudio longitudinal, Zanarini *et al.* (2015) encontraron tasas de suicidio de 4.5% durante un estudio de seguimiento a 16 años, mientras que Stone (1993) reportó una tasa de suicidio de 8.5% después de 16.5 años. Resulta trascendente el estudio de estas cifras, las cuales se pueden llevar incluso al ámbito de salud pública, si se asocia la cantidad de personas que asiste a las instituciones a solicitar algún servicio de salud, principalmente en emergencias, debido a un intento suicida con o sin intención.

Por otro lado, existen factores que pueden incrementar estos riesgos, algunos asociados con factores medio ambientales, y algunos otros con patologías. Las estimaciones del estudio del riesgo de suicidio a lo largo de la vida entre las personas diagnosticadas con TLP varían del 3% al 10% (Links y Kolla, 2009), siendo los trastornos comórbidos del estado de ánimo o el consumo de sustancias los factores de riesgo más relevantes para la realización (Black *et al.*, 2004).

El curso del TLP es variable y, aunque muchas personas recuperan funcionalidad con el paso de los años, algunas otras pueden seguir experimentando dificultades sociales e interpersonales a lo largo de la vida. Existe cierta evidencia de que en los seguimientos a largo plazo se muestra un curso más favorable, con tasas de remisión de aproximadamente 85% a 88% en 10 años (Gunderson et al., 2011; Zanarini, et al., 2007), sin embargo, esta remisión solo se refiere a que los criterios diagnósticos no se cumplen en su totalidad, pero no indica la ausencia total de los síntomas, de hecho, Zanarini *et al.*. (2007) encontraron que mientras que los síntomas de mayor gravedad -como la autolesión, las amenazas o

intentos suicidas, y la impulsividad- en la mayoría de los casos disminuyen con el tiempo, sin embargo, síntomas afectivos que reflejan áreas de disforia como sentimientos crónicos de vacío, ira intensa o abandono profundo, permanecen en gran medida. Por lo tanto, la mayoría de las personas con TLP después de varios años, aún tienen niveles significativos de síntomas y experimentan un deterioro severo y persistente en el funcionamiento social sin necesariamente cumplir con la totalidad de los criterios diagnósticos (Kongerslev *et al.*, 2015). Además, el deterioro psicosocial severo puede persistir durante décadas después de la remisión como se ha visto en algunos estudios (Bagge et al., 2004; Paris y Zweig-Frank, 2001).

Es importante considerar el desgaste emocional de las personas cercanas, ya que la carga total atribuible a los trastornos de personalidad se extiende más allá del paciente, por lo que hay que considerar la afectación de los cuidadores y de la sociedad en general. Resulta sumamente complicado calcular el costo que causan los trastornos de personalidad con total precisión en las instituciones públicas, pero es importante generar mayor investigación y desarrollar modelos de prevención, así como de tratamiento lo cual podrá ser de gran beneficio para las personas en riesgo, sus familias y la sociedad (Newlin y Weinstein, 2015). Dichos tratamientos, deben de estar dirigidos a esta población, tomando en cuenta las necesidades institucionales, principalmente en escenarios de salud pública, ya que los tratamientos efectivos podrían potencialmente reducir los altos costos asociados con esta condición (Soeteman *et al.*, 2008; Zanarini *et al.*, 2010).

Capítulo 2. Autolesión

Como ya se mencionó, dentro de los signos clínicos incluidos en el TLP y que se consideran de mayor gravedad, se encuentra el dañarse a sí mismo con intención, conducta que aumenta la probabilidad de que estos pacientes hagan mayor uso de los servicios de salud. El término daño a sí mismo se refiere a la presencia de dos fenómenos, las autolesiones y los intentos de suicidio.

Según Walsh (2007), la autolesión es definida como un acto intencional y auto infligido que conlleva un daño corporal de baja letalidad, efectuado con la finalidad de aminorar el dolor emocional. Diversos estudios indican que la autolesión suele aparecer en la adolescencia y regularmente se mantiene como una conducta oculta, por lo que se cree que su incidencia es más elevada en este sector, principalmente en población clínica; la conducta lesiva más común suelen ser los cortes en la piel.

Así, estas conductas se pueden diferenciar si vemos que el intento suicida busca dar fin a la consciencia suprimiendo la vida, mientras que el auto lesionador se inflige daño de baja letalidad con el fin de afrontar el dolor emocional para continuar viviendo (Walsh, 2007), por lo que se llega a considerar que la autolesión representa un mayor sufrimiento emocional.

Entonces, la autolesión se refiere a conductas deliberadas y auto infligidas, como la destrucción del tejido corporal, con la ausencia de intento suicida; además, no debe ocurrir en respuesta a alucinaciones o cuando se diagnostica autismo o retraso mental grave (Favazza *et al.*, 2003). Sin embargo existen diferentes tipos de autolesión, la forma más común es lo que Favazza (1998) describe como "*auto mutilación superficial o moderada*", caracterizada por acciones episódicas o repetitivas que rara vez son letales, no obstante, se

han registrado algunas otras como quemaduras, arañazos y auto-golpes, con lesiones resultantes que van desde heridas superficiales hasta mutilación severa y permanente, las cuales varían en su presentación y métodos (Lenkiewicz *et al.*, 2017; Turner *et al.*, 2014; Cerutti *et al.*, 2012).

Estas conductas tienen la característica de no ser aceptadas social ni culturalmente, por lo que es común que se realicen de forma oculta dado la implicación social que se genera, puede llegar a ser angustiante para el paciente, familia y amigos, y representa un problema importante a nivel social en muchos países, ya que está vinculado al riesgo de suicidio y por consiguiente a la gran demanda de servicios clínicos.

2.1 Prevalencia

La autolesión ha recibido una atención creciente de poblaciones no clínicas, la evidencia reciente sugiere tasas del 4% entre la población general para adultos (Ceruti et al., 2012; Klonsky *et al.*, 2003), las cuales se elevan conforme disminuye la edad, sin embargo, es difícil determinarlas, debido a los sentimientos de vergüenza que suelen acompañar a estas conductas, principalmente en un contexto que es el clínico.

Algunos otros estudios también en población general, que buscan datos de conductas de autolesión en algún momento de la vida, sugieren tasas de entre 13% y 66% (Hilt, Cha, y Nolen-Hoeksema, 2008; Lundh *et al.*, 2007) y del 17% al 41% en muestras de adultos jóvenes, la mayoría estudiantes universitarios (Gratz, 2006; Whitlock *et al.*, 2006). Sin embargo, la prevalencia exacta de este comportamiento entre las poblaciones no clínicas es difícil de determinar, esto debido al uso de diferentes mediciones en cada estudio, por lo que estudios que utilizan medidas específicas de autolesión, reportan tasas

más elevadas que los que solo utilizan un reactivo general (Muehlenkamp y Gutiérrez, 2004).

En el contexto del TLP se han encontrado tasas del 48% al 79% (Dubó *et al.*, 1997) resultando bastante común entre las poblaciones psiquiátricas (Zlotnick *et al.*, 1999). De este modo, la autolesión se entiende como uno de los síntomas del trastorno límite de la personalidad, sin embargo, los resultados de la investigación de los últimos años sugieren que la autolesión podría presentarse en adolescentes y adultos jóvenes con una prevalencia significativamente mayor en la población general que en el TLP (Muehlenkamp *et al.*, 2012); también un gran número de jóvenes hospitalizados por autolesión no cumplen con todos los criterios de diagnóstico para los trastornos de personalidad (Dickstein et al., 2015), por lo que la autolesión puede coexistir con otros trastornos. En todos los casos la autolesión puede ser un predictor importante para futuros intentos de suicidio, en el cual intervienen diferentes factores y variables.

2.2 Variables Implicadas

La autolesión es un problema en donde interactúan diversos factores, tanto sociales, como biológicos y psicológicos, de aquí la importancia de conocer los factores de riesgo asociados con esta conducta, a fin de implementar acciones preventivas, así como para la construcción e implementación de intervenciones dirigidas específicamente a esta población. Resulta de suma importancia conocer las variables implicadas en la conducta de autolesión, principalmente si se pretende abordar su tratamiento, por lo que la tabla 1 resume algunos de los hallazgos más coincidentes entre sí, respecto a los estudios que han abordado este tema, lo cual fue encontrado en la búsqueda de la literatura más reciente.

Tabla 1. Revisión de literatura: Variables relacionadas con la autolesión

Estudio	Año	Autores	País	Variables
Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model.	2006	Chapman, Gratz y Brown	EUA	-Evitación experiencial -**Desregulación emocional** -**Impulsividad**
The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence	2007	Klonsky	EUA	-**Regulación emocional** -Evitación de suicidio -Auto castigo -Anti-disociación
The Role of Emotional Responding and Childhood Maltreatment in the Development and Maintenance of Deliberate Self-Harm Among Male Undergraduates	2007	Gratz y Chapman	EUA	-Inexpresividad emocional -Reactividad al afecto -**Desregulación emocional** -Maltrato infantil
A Multimethod Analysis of Impulsivity in Nonsuicidal Self-Injury	2010	Glenn y Klonsky	EUA	-**Impulsividad** -**Regulación de emociones** -Urgencia -Pobre planificación
Self-Harm. The NICE Guideline on Longer-Term Management	2012	National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH)	UK	-Estado civil (soltero) -Género (femenino) -Ocupación (desempleado) -Historial psiquiátrico (**Trastornos de personalidad y Trastorno depresivo mayor**) -Abuso de alcohol -**Síntomas depresivos**
Predicting Impulsive Self-Injurious Behavior in a Sample of Adult Women	2013	Black y Mildred	Australia	-**Impulsividad** -**Urgencia**
Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder	2015	Gratz, Bardeen, Levy, Dixon-Gordon y Tull	EUA	-**Desregulación emocional**
Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review	2017	Lockwood, Daley, Townsend y Sayal	UK	-**Impulsividad** -**Premeditación** -**Auto-regulación** -Emociones negativas

Como se describió, se han observado factores demográficos involucrados en la conducta de autolesión (como edad o género), sin embargo, existen factores psicológicos, sumamente importantes que adquieren un papel mediador en la conducta, los cuales han sido descritos en la literatura. Uno de ellos es la impulsividad, la cual ha sido considerada como un factor medular no solo en la conducta autolesiva, sino en el trastorno límite de la personalidad, y al cual algunos autores la relacionan con el comportamiento disfuncional más predominante en este padecimiento, en conjunto y directamente relacionado con la agresión (Zanarini, 1993). Estudios desde hace algunas décadas y a la actualidad, reportan que los niveles más altos de impulsividad parecen estar fuertemente relacionados con la autolesión no suicida (Herpertz *et al.*, 1997; Rawlings *et al.*, 2015).

La impulsividad se ha estudiado desde diversos conceptos, por ejemplo, Barrat (1993) desarrolló un enfoque complejo, en donde buscó incluir información desde la perspectiva del modelo médico, psicológico, conductual y social; esta investigación desembocó en una variedad de instrumentos que incluyen autoinformes, inventarios cognitivos y conductuales, así como investigaciones con cerebros de animales. Al final, se identificaron tres factores que reflejaban los diferentes componentes: la impulsividad atencional, la motora y la no planificación (Barrat, 1993; Patton *et al.*, 1995).

En un intento por organizar las diferentes definiciones y mecanismos, Whiteside y Lynam (2001) propusieron la Escala de Comportamiento Impulsivo IBS-UPPS (de las siglas en inglés *Impulsive Behavior Scale Urgency Persistente Planning Sensation*), la cual se creó a través de una serie de análisis factoriales, que retomó el modelo de los Cinco Factores de la Personalidad (McCrae y Costa, 1990) junto con ocho escalas de impulsividad. Al final, se identificaron cuatro dominios asociados al comportamiento impulsivo: (a) urgencia: la tendencia a acciones precipitadas, o acciones negativas, (b) falta

de perseverancia: la incapacidad para realizar una tarea hasta el final, (c) falta de premeditación: la incapacidad para retrasar la acción con el fin de planificar, y (d) búsqueda de sensación: la tendencia a buscar la emoción y la aventura. Los datos del modelo IBS-UPPS permite una mayor utilidad predictiva al examinar la impulsividad como un factor de riesgo de autolesión (Lynam *et al.*, 2011).

De este modo se propuso la Teoría de la Urgencia, la cual sugiere que, en presencia de una emoción negativa intensa, se aumenta la probabilidad de realizar una acción de forma precipitada, por impulso (Lockwood et al., 2017), ya que el comportamiento impulsivo busca obtener ganancias a corto plazo más que lograr objetivos a largo plazo (Tice *et al.*, 2001). De esta forma, la impulsividad puede aumentar la vulnerabilidad de un individuo para involucrarse en conductas desadaptativas, como la autolesión. La implementación exitosa de esta estrategia para aliviar la angustia, y satisfacer la urgencia, conduce a un refuerzo negativo de la autolesión (Klonsky, 2007), al eliminar las sensaciones aversivas, por lo que se considera que la impulsividad es un elemento sumamente involucrado en el comportamiento auto lesivo.

Moeller *et al.* (2001), señalaron que la impulsividad se caracteriza por una predisposición hacia la ejecución de reacciones rápidas y no planeadas hacia estímulos internos o externos, estas reacciones se expresan de forma prematura y riesgosa, y regularmente son una respuesta inapropiada a la situación; es decir, se actúa sin considerar las consecuencias negativas que esta reacción pueda tener tanto para el individuo, como para otros, sin embargo ofrecen una recompensa inmediata, lo que termina siendo un factor importante en el mantenimiento de la conducta.

Algunos estudios aportan información que fortalece este mecanismo de acción en la autolesión, por ejemplo, se ha reportado en estudios con jóvenes que se autolesionan, que la

frecuencia de esta conducta aumenta cuando se usa como medio para regular sus emociones, y con mayor frecuencia para disminuir los estados emocionales negativos (Chapman et al., 2006). Algunos autores han realizado la hipótesis de que los pacientes con un trastorno límite de la personalidad pueden estar en un riesgo particular de suicidio consumado cuando la impulsividad, elemento importante de TLP, está presente junto con la agresividad, concluyendo que los altos niveles de impulsividad pueden facilitar la conducta suicida pero el suicidio consumado requiere de una contribución adicional de la agresividad.

Otro de los mecanismos más estudiados en la conducta autolesiva es la regulación emocional, la cual se entiende como un proceso que implica el monitoreo, evaluación y modificación de las reacciones emocionales con la finalidad de acceder a las propias metas. La disfunción de la misma, es decir la desregulación emocional, se ha asociado con una gran cantidad de patologías emocionales y del comportamiento, entre las cuales se encuentran las autolesiones, el trastorno límite de la personalidad, el consumo de sustancias, la depresión y la ansiedad, los ataques de pánico y el trastorno de estrés postraumático (Marín *et al.*, 2012).

Gross y Thompson (2007) explica la emoción como una línea continua en donde se pueden presentar 5 puntos importantes para la regulación de las emociones: Selección de la situación, modificación de la situación, despliegue atencional, evaluación y cambio cognitivo y la modulación de la respuesta. Desde esta perspectiva la emoción puede encontrar formas tanto adaptativas como desadaptativas de responder para modificar la situación y es el uso inflexible de la implementación de alguna de estas estrategias lo que puede suigerir una dificultad en la regulación emocional. Esto puede verse en la

presentación de algunas patologías que comparten variables importantes como la evitación experiencial o la supresión (Kring y Sloan, 2009)

Según Linehan (1993), la regulación emocional se compone por dos estrategias básicas; una donde se experimenta y se identifican las emociones que se experimentan, y la otra, donde se regulan los estímulos que aumentan las emociones negativas. Es decir, que cuando una emoción aversiva se presenta, el individuo debe ser capaz de identificar la emoción con la finalidad de regular el estímulo que la está provocando, así se puede lograr una adecuada regulación emocional. Por esto, cuando este mecanismo falla, se presenta una constante evasión de las emociones, lo cual no impide la identificación de las emociones negativas, truncando el proceso para aprender estrategias nuevas de afrontamiento (Linehan, 1993).

En general, en la literatura, diversos autores destacan el papel central de la desregulación emocional en la AL (Gratz, 2007; Gratz y Tull, 2010; Gratz et al., 2015; Linehan, 1993). Klosnky (2007) realizó una revisión en 18 estudios, en donde encontró que el alivio de estados emocionales aversivos fue la función que apareció en casi todos los estudios, como una consecuencia de la AL, por lo que esta se relaciona directamente con factores internos, más que con factores ambientales. Es de esta forma que la regulación emocional se convierte en una respuesta que cumple una función para el individuo al llevarlo a un estado de alivio. La desregulación entonces se entiende como un estado inflexible e inapropiado de afrontamiento del malestar emocional, por lo que el mecanismo de respuesta tiende a ser la evitación o el escape. Lo anterior, se ve influenciado por la baja capacidad a tolerar emociones negativas, o que el individuo percibe como incómodas, desarrollando un mecanismo de escape como respuesta ante estas emociones para lograr un

alivio, este proceso funciona como reforzador, lo cual permite que la conducta se mantenga (Chapman et al., 2006).

2.3 Modelo explicativo

También, existen varios modelos que intentan abordar y explicar desde diferentes perspectivas la conducta de la autolesión, algunos de los de mayor importancias son: el modelo ambiental, en donde se considera a las respuestas positivas del ambiente (atención, cuidado) como reforzadoras de la conducta al manipular la conducta a través de ellas (Suyemoto, 1998); el modelo de las pulsiones, el cual la aborda desde la posición psicoanalítica adjudicando la AL como un reemplazo de la conducta suicida ("microsuicidio") siendo esta, una representación de una acción destructiva letal, intentando crear una ilusión de dominio sobre la muerte (Firestone y Seiden, 1990); el modelo de la disociación, en el cual se explica a la AL como un afrontamiento disociativo, el cual, por un lado induce relajación y alivio, y por otro, es utilizada para terminar con un estado disociativo perturbador (Vanderlinden y Vandereycken, 1997); y el modelo de la regulación afectiva, en donde la AL es el medio para externar emociones desagradables e intolerables, y mediante el cual se busca tener una sensación de control sobre ellas (Linehan, 1993). Aunque estos y otros modelos tienen un amplio sustento en la literatura, es el modelo de la evitación experiencial (Chapman *et al.*, 2006) el que logra incorporar la mayoría de las variables abordadas en diversas investigaciones, por lo que es el que se toma como sustento para el presente estudio, para lograr entender los procesos implicados en el proceso de autolesión.

Dicho modelo sugiere que la AL cumple con una función psicológica para la persona, y que esta, es reforzada negativamente a través de la evitación de estados emocionales no deseados. Así, cuando hay una situación evocadora de estos estados emocionales, los cuales la persona no se siente capaz de tolerar, se incrementa el estrés, y al mismo tiempo la sensación de fracaso al no poder controlar la respuesta aversiva, por lo que se presenta una deficiencia en su regulación emocional, después, hay una búsqueda de alivio inmediato, lo cual combinado con la falta de estrategias de enfrentamiento adecuadas y la impulsividad generan una respuesta de autolesión en búsqueda de alivio emocional, siendo este el factor clave, al lograr escapar de estados emocionales desagradables (Chapman et al., 2006).

De este modo, la conducta es perpetuada por un reforzador negativo, al lograr eliminar estados emocionales indeseables, a su vez, también por un reforzador positivo al conseguir un estado deseable, en menor medida, interactúan un reforzador social positivo, cuando se logra tener la atención y cuidados de personas importantes, así como un reforzador social negativo, al escapar de obligaciones impuestas. Los autores del modelo ponen énfasis en la función adaptativa que cumple la autolesión en las personas, al ser una respuesta ante el malestar emocional.

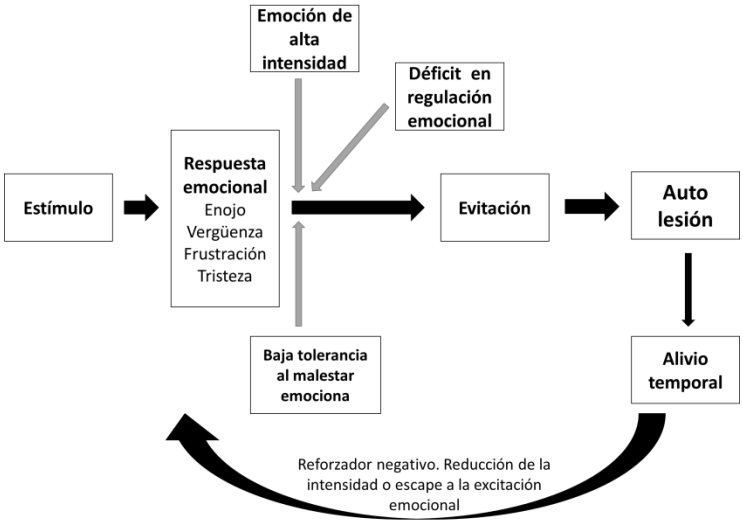

Figura 1. Modelo de la evitación experiencial en la autolesión (Chapman et al., 2006)

Capítulo 3. Efectividad de los Tratamientos en el Trastorno Límite de la Personalidad

El TLP por sí mismo se trata de un trastorno mental cuyo tratamiento es difícil, y lo es, por un lado, porque los tratamientos farmacológicos no siempre son eficaces, y en el mejor de los casos consiguen disminuir la impulsividad y la inestabilidad emocional asociada, por el otro, porque los tratamientos psicológicos disponibles tampoco han conseguido unos resultados satisfactorios, apareciendo frecuentemente una alta tasa de abandono (Binks et al., 2006).

Para conocer y entender a mayor profundidad y conocer las intervenciones de mayor efectividad, en el trastorno límite de la personalidad, se realizaron búsquedas sistematizadas mediante la metodología PIO, intentando responder a la pregunta: *¿Cuál es la intervención de mayor efectividad para la reducción de la autolesión en pacientes con trastorno límite de la personalidad?* Para esto se utilizaron los motores de búsqueda de las principales bases de datos: *PsychInfo, Cochrane Library, PubMed, EMBASE y CINAHL,* mediante el cruce de las palabras en inglés y español, como se ilustra en la tabla 2*:*

Tabla 2. Términos de búsqueda mediante PIO

P	I	O
Borderline Personality disorder *Non-Suicidal Self-Injury*	*Intervention* *Therapy* *Treatment* *Psychotherapy*	*Symptom reduction* *Severity reduction* *Self-harm reduction*

A los resultados obtenidos se les realizó un filtro para quedarse únicamente con los estudios del año 2000 al presente, así como los realizados tanto en adultos como en adolescentes, se excluyeron los que trabajaran con poblaciones con discapacidad o con algún trastorno del espectro psicótico, así como los estudios de autolesión como intento

suicida. Después se realizó un primer análisis breve con base en el título, verificando que contuvieran como variable algunos de los términos de interés, para que, en caso de ser así, por medio del *abstract* determinar si dentro de sus objetivos de estudio, el diseño, los participantes, resultados o conclusiones, podían aportar información de interés al presente estudio. De ser así se realizó el análisis completo de la publicación (en caso de tenerla disponible) para revisarla con mayor detalle. Por último, se revisó la bibliografía de interés de los trabajos revisados, para realizar su búsqueda, así como la revisión de ser necesario.

Se encontraron un total de 443 artículos mediante los motores de búsqueda electrónicos, mediante los filtros indicados se analizaron los *abstract* de en su totalidad 88 trabajos de los cuales se concluyó que 36 respondían a la pregunta inicial. Finalmente, se hizo un análisis detallado de estos, de los cuales sobresalen las guías de uso clínico y algunas revisiones sistemáticas resumidas en la tabla 3, así como los artículos de interés relacionados con los temas abordados.

Tabla 3. Revisiones sistemáticas y Guías de utilidad clínica.

Título	Año/ País	Autores	Estudio	Conclusiones
Guideline watch: Practice guideline for the Treatment of patients with Borderline personality disorder	2001-2005 USA	APA - Oldhman	Guía de utilidad clínica	**Terapia dialectico conductual (TDC)** es la terapia con más evidencia. La recomendación es el uso de TDC o terapias de corte psicodinámico o psicoanalítico. La combinación de terapia grupal e individual.
Borderline personality disorders. The NICE guideline on treatment and management	2009 Reino Unido	NCCMH	Guía de utilidad clínica	Se recomienda el uso de **TDC** para mujeres con TLP y la prioridad de reducir la AL. **Terapia cognitiva asistida por manual (TCAM)** es potencialmente una opción rentable (costos-efectividad) para personas con episodios recurrentes de AL.

Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de personalidad	2011 España	Álvarez y Andión	Guía de utilidad clínica	Grado de recomendación B: **TDC**. Grado de recomendación C: **Terapia basada en la mentalización (TBM)** Se recomienda investigar la efectividad de los programas en condiciones de práctica clínica habitual. No existe suficiente evidencia para recomendar el uso **TCAM** es una de las intervenciones en las que se recomienda mayor investigación.
Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad	2012 España	Yust y Pérez-Díaz	Revisión sistemática	Las principales revisiones sistemáticas y los estudios de metaanálisis avalan la eficacia diferencial de la **TDC** sobre otro tipo de terapias. Entre los tratamientos probablemente eficaces, la **terapia cognitivo-conductual (TCC)** y la **terapia basada en la transferencia** parecen ser buenas opciones de tratamiento.
Self-Harm. The NICE guideline on longer-term management	2012 Reino Unido	NCCMH	Guía de utilidad clínica	**Las intervenciones deben incluir elementos de TCC, psicodinámicos o de solución de problemas**. Contener un promedio de 6 sesiones (entre 3 y 12). La evidencia en **TDC** muestra una reducción en puntajes de AL.
Terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad	2013 España	Navarro-Leis y López	Revisión Sistemática (Teórica).	Las terapias de tercera generación son compatibles entre sí, incluso han sido aplicadas y evaluadas de forma conjunta. Psicoterapia Analítico Funcional (PAF) genera las condiciones necesarias para una aplicación más eficaz de **Terapia de aceptación y compromiso (TAC)**, y **TDC**. Se concluye que la combinación de las 3 tendrá buenos resultados.
Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions	2014 Canadá	Turner *et al.*	Revisión sistemática	Se identificaron 15 con nivel de evidencia I, 3 con II-1, 18 con II-2 y 3 con II-3. Varias intervenciones parecen ser prometedoras para reducir AL incluyendo **TDC**, **Terapia grupal de regulación de emociones (TGRE), TCAM**, **psicoterapia dinámica deconstructiva** y TCC combinada con fármacos. Resultados sugieren que se pueden lograr reducciones en AL con tratamientos de naturaleza relativamente breve.

Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review)	2016 Cochrane	Stoffers *et al.*.	Revisión sistemática	Hay indicaciones de efectos benéficos de las psicoterapias. Se ha estudiado con mayor intensidad **TDC**, seguido de **TBM**, terapia centrada en los esquemas y el sistema de entrenamiento para la previsibilidad emocional y resolución de problemas. Sin embargo, ninguno de los tratamientos tiene una base de evidencia muy sólida. Los **tratamientos breves** han mostrado resultados alentadores, sin embargo, **aún falta información y evidencia** de cuando deben usarse.
Psychosocial interventions for self-harmin adults (Review)	2016 Cochrane	Hawton *et al.*	Revisión sistemática	Se sugiere que la psicoterapia basada en **TCC** es eficaz para reducir la repetición de AL en comparación con el tratamiento habitual (TH). En la mayoría de los ensayos, la psicoterapia basada en TCC fue breve (menos de 10 sesiones). Los estudios de TCAM están considerados dentro de TCC, y aunque no desglosan su evidencia, las gráficas muestran un buen tamaño de efecto.
Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder A Systematic Review and Meta-analysis	2017 Rumania	Cristea *et al.*	Revisión sistemática	**TDC** y los enfoques psicodinámicos, son eficaces para la sintomatología límite. No obstante, los efectos son pequeños y son particularmente inestables en el seguimiento.

Se ha demostrado que el tratamiento farmacológico puede reducir la depresión, ansiedad y agresión impulsiva (Lieb *et al.*, 2004), los fármacos utilizados en el tratamiento para el TLP tienen como objetivo principal el reducir la sintomatología de las comorbilidades altamente presentes en este trastorno. Los más comunes según Nieto (2006) son: síntomas afectivos, trastornos conductuales y de la impulsividad, y las alteraciones cognitivo-perceptivas que presentan las personas con este trastorno, pero hasta la fecha no existe ningún fármaco que pueda considerarse de primera elección para todos los síntomas, sino que en función de los síntomas predominantes habrá que decidir el tratamiento farmacológico que mejor puede ayudar al paciente.

Así mismo, diversas intervenciones psicosociales han demostrado efectividad en su tratamiento, sin embargo, sus impactos son moderados y los datos existentes sobre su eficacia limitados (Bailey *et al.*, 2009; Navarro-Leis y López, 2013). Ejemplos de estas intervenciones incluyen: Tratamiento Basado en la Mentalización [TBM] (Bateman y Fonagy, 1999, 2009), Terapia Centrada en el Esquema (Geisen-Bloo et al., 2006), Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (Clarkin *et al.*, 2001), y la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) considerada el tratamiento de mayor eficacia documentada (Scheel, 2000; Verheul et al., 2003).

En la década de 1990 comenzó el desarrollo de las terapias cognitivo conductual de tercera generación, la cual se considera enfocada en principios de aprendizaje y altamente sensible al contexto del individuo y buscan una flexibilidad y efectividad en la solución de los problemas en lugar de la eliminación de estos. La mayoría ocupan técnicas que no se enfocan tanto en los síntomas al sujeto, sino en modificar su experiencia subjetiva y la conciencia de ella, de tal modo que los síntomas resulten excesivos u obsoletos (Moreno, 2012).

3.1 Terapia Dialectico Conductual

La TDC es una psicoterapia conductual desarrollada por la Dra. Marsha M. Linehan (1993) para el tratamiento de pacientes con TLP y conducta suicida crónica. Fue evaluada inicialmente con usuarios femeninos con diagnóstico de TLP y se diseñó para responder a sus necesidades y complejidades (Linehan, 1993). Actualmente es el tratamiento más útil para la reducción de la conducta autolesiva en usuarios con intento suicida crónico, TLP y polisindromáticos (Lieb, y Stoffers, 2012). Consta de tres fases principales. La primera,

orientada a la reducción de la conducta suicida y estabilidad funcional del paciente, tiene una duración de entre 9 y 12 meses de duración (36 sesiones como mínimo); una segunda fase, de un estimado de tres meses de duración, se orientada a la reducción de síntomas postraumáticos; y una tercera fase, de duración indefinida, es dirigida al logro de objetivos personales y al incremento de la satisfacción (Koerner y Dimmef, 2007).

Se trata de una modalidad de tratamiento que incluye sesiones individuales y grupales para el entrenamiento de diversas habilidades, mediante un enfoque de origen cognitivo-conductual que incorpora la filosofía dialéctica y la práctica del Zen. Desde este enfoque, las alteraciones emocionales y conductuales propias del TLP son mantenidas por un ambiente invalidante que refuerza unas conductas claramente disfuncionales. A partir de aquí, el tratamiento se dirige en primer lugar al abordaje de conductas que pueden suponer una situación de riesgo vital para el paciente (conductas de autolisis e intentos de suicidio). La finalidad de la terapia es básicamente entrenar al paciente para la puesta en práctica de otras conductas más adaptativas para la resolución de las relaciones intra e interpersonales, mitigando al mismo tiempo otras conductas que interfieren negativamente con el éxito de la terapia, para conseguir después la validación y la aceptación de las propias experiencias personales (Yust y Pérez-Díaz, 2012). Diversos estudios, incluyendo revisiones sistemáticas y guías de uso clínico (Álvarez y Andión, 2011; Cristea et al., 2017; NCCMH, 2009; NCCMH, 2012; Turner et al. 2014) la señalan como el tratamiento de mayor evidencia y con una gran efectividad, ya que cuenta con numerosos estudios de alta calidad que permiten considerar al modelo terapéutico como uno de los de primera elección. La TDC constituye una gran herramienta terapéutica para el tratamiento de pacientes con TLP, pero su duración es prolongada, sus diversas modalidades y la baja cantidad de terapeutas

especializados en ella, dificultan el ajuste e implementación en instituciones de salud públicas, donde la demanda de atención es altamente saturada.

3.2 Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) es una forma de psicoterapia conductual-contextual que enfatiza la intervención de la evitación experiencial y fusión cognitiva para flexibilizar la conducta y desarrollar una vida congruente con los valores personales (Hayes, 2004; Luciano y Wilson, 2002). Los datos disponibles sobre la eficacia de la TAC para pacientes con TLP muestran sus beneficios en el tratamiento de trastornos afectivos como la depresión y el estrés postraumático (Siang-Yang, 2011). Esto se debe a que, en la literatura funcional-contextual, es justamente la dificultad para regular emociones (o modificar el tipo, duración y frecuencia de las emociones que se experimentan) (Fairlholme *et al.*, 2010) lo que se asocia con abuso de sustancias, conductas parasuicidas y suicidas, estallidos de ira, depresión mayor, trastornos de ansiedad, el mantenimiento de síntomas postraumáticos múltiples, alexitimia, síntomas disociativos, deterioro de la calidad de vida e incapacidad para desarrollar una imagen estable del "sí mismo". Diversos autores han sugerido que esta dificultad en la regulación emocional es el factor central en el mantenimiento del TLP (Bernstein *et al.*, 2007; Herman, 1997; Strosahl, 2004). Desde esta perspectiva, el TLP se conceptualiza como un severo problema de evitación experiencial (Hayes *et al.*, 1996; Reyes, 2013) donde: la interacción entre antecedentes biológicos e históricos como la dificultad para regular las emociones y una historia de adversidad y maltrato continuos, resultan en la presencia de experiencias emocionales inusuales que fungen como antecedentes para el uso de conductas severamente disfuncionales que tienen

el efecto de reducir el malestar psicológico a corto plazo; pero amenazan la sobrevivencia, satisfacción de objetivos personales y el establecimiento de la identidad (Morton y Shaw, 2012).

Los estudios comparativos demuestran que TAC tiene impactos significativos sobre estos problemas con mayor brevedad que la TDC, además de lograr un incremento significativamente superior en la calidad de vida (Lieb y Stoffers, 2012; Morton y Shaw, 2012; Yust y Pérez-Díaz, 2012). La duración estimada de un tratamiento basado en TAC para pacientes con TLP tiene 20 sesiones de duración y muestra efectividad en la reducción de los síntomas afectivos, e incrementos en la calidad de vida y efectividad interpersonal (Morton y Shaw, 2012); en contraste, la eficacia de la TDC se ha probado, básicamente, en la primera fase del tratamiento, y su evaluación se concentra en la reducción de la conducta suicida y parasuicida (Paris, 2008; Yust y Pérez-Díaz, 2012). Esta no es una variable directamente intervenida en TAC, por la combinación de estos modelos pudiera lograr los beneficios de ambas intervenciones.

Algunos estudios han logrado demostrar la efectividad de estos tratamientos de forma combinada. Un par de estudios controlados han reportado la eficacia de tratamientos TAC para la reducción de conductas autolesivas, desregulación emocional, evitación experiencial, severidad de los síntomas de TLP, ansiedad y depresión (Gratz y Gunderson, 2006; Morton y Shaw, 2012). De igual forma, en México, Reyes *et al.*. (2019) probaron que la combinación de tres tratamientos (TAC+TDC+PAF) mostraban la misma efectividad que los que están compuestos por uno solamente (TAC o TDC), esto en las puntuaciones de severidad del TLP, desregulación emocional, evitación experiencial y apego al no encontrar diferencias significativas entre los tres grupos. Esto apoya la posibilidad de que los tratamientos compuestos pueden resultar igual de efectivos, pero con otras ventajas.

3.3 Terapia Basada en la Mentalización

La Terapia basada en la mentalización [TBM] (Bateman y Fonagy, 1999) se basa en el supuesto de que el TLP ocurre debido a una alteración en el desarrollo del apego, que causa incapacidad de mentalización, es decir, la capacidad para entender los estados mentales propios y los de los demás. El objetivo de la intervención es aumentar la capacidad de autorreflexión del paciente, con una orientación psicoanalítica y abarca terapia individual, terapia analítica grupal, terapia con psicodrama y una reunión comunitaria semanal, durante un máximo de 18 meses, la intervención se ha desarrollado más recientemente para su uso en entornos ambulatorios de hospitales.

Bateman y Fonagy (1999) compararon en un estudio, la efectividad de esta terapia contra el tratamiento habitual en una muestra de 38 personas adultas con TLP que se autolesionaban, realizaban intentos de suicidio y presentaban comorbilidad de trastornos afectivos. Los pacientes que recibieron la TBM mostraron una disminución estadísticamente significativa en todos los parámetros en contraste con el grupo control, que mostró un cambio limitado o un deterioro en el mismo período. Los resultados demuestran una mejora en síntomas depresivos, una disminución en suicidios y actos de AL, una reducción de los días de hospitalización y una mejoría de la función social e interpersonal que comenzó a los 6 meses y continuó hasta el final del tratamiento a los 18 meses. En otro estudio, Bateman y Fonagy (2009), compararon la TBM contra el tratamiento habitual en un seguimiento a 5 años, encontrando que la TBM continúo funcionando incluso 5 años después de que hubiera acabado, lo anterior en hospitalización

y grupos de terapia, es decir el efecto benéfico se mantiene durante un largo período de tiempo.

En una publicación del 2012 de las guías de tratamiento de NICE (por las siglas en ingles *National Institute for Clinical Excellence*) (NCCMH, 2012), retoma que la TBM en comparación con el tratamiento habitual, la primera muestra cierto efecto sobre los síntomas del TLP y un efecto a lo largo del tiempo, aunque con una calidad de la evidencia moderada, de igual forma las personas con TLP recibieron menos medicación psicotrópica que las del grupo control. Los pacientes que recibieron 18 meses de tratamiento basado en la TBM en hospitalización parcial, seguidos de 18 meses de TBM de mantenimiento siguieron presentando una función social deteriorada a pesar de presentar un mejor estado clínico. Por lo anterior, esta intervención es recomendable para ambientes de hospitalización para conseguir una mayor adherencia al tratamiento, mejora del curso clínico, disminución de intentos de AL, reducción de las hospitalizaciones y mejora de la función social, laboral e interpersonal. Sin embargo, estos efectos se pueden deber a que las personas se encuentran en intervención constante a largo plazo durante las mediciones, por lo que se puede ver influidos los resultados.

Por otro lado, gran parte de las revisiones sistemáticas y guías de recomendación clínica, mencionan las terapias breves como una opción para explorar y realizar mayor investigación (Álvarez y Andión, 2011; Hawton et al.,2016; Turner et al., 2014). Algunas de estas intervenciones cuentan con un sustento en la efectividad que han demostrado, y pueden ser aplicables en contextos de atención más habituales, no obstante, son pocos los estudios que se han realizado por lo que la recomendación es el aporte de evidencia mediante réplicas e investigación. Dos de estas intervenciones que están dirigidas a reducir

la conducta de autolesión son la Terapia grupal de regulación de emociones (TGRE) y la Terapia cognitiva asistida por manual (TCAM) las cuales se describirán brevemente.

3.4 Terapia Grupal de Regulación de Emociones

Gratz y Gunderson (2006), Gratz y Tull (2010) y Gratz *et al.* (2015), han desarrollado y probado una intervención, la cual está incluida en varias revisiones y con resultados prometedores, la cual, a diferencia de otras, si ha sido diseñada para reducir la autolesión en pacientes con TLP, y que se resume en la tabla 4. Es una intervención grupal que toma elementos de la TAC y de TDC, e incluye aspectos de la psicoterapia focalizada en las emociones y de la terapia conductual tradicional conductual. Tiene una duración de 16 semanas las cuales se centran de manera directa en la desregulación emocional y la evitación experiencial, ya que se consideran como procesos mediadores potenciales de conductas desadaptativas y mecanismos aversivos para el cambio en terapia. La evidencia científica de esta terapia se basa en un ECA, con una muestra total de 22 pacientes con un diagnóstico de TLP donde se encontraron efectos positivos en las autolesiones, la desregulación emocional, la evitación experiencial, los síntomas de severidad, así como en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Ha obtenido resultados alentadores, aunque aún cuenta con poca evidencia, por lo que se sugieren realizar más estudios ya que la muestra es pequeña para poder generalizar los resultados.

Tabla 4. Estudios con TGRE para disminuir la autolesión en TLP.

Título	Año / Autores	Población / Variable	Resultados
Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder	2006 Gratz y Gunderson	22 mujeres Desregulación emocional	Los resultados indican que la intervención grupal tuvo efectos positivos sobre la autolesión, la desregulación emocional, la evitación experiencial y los síntomas específicos de TLP, así como los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Los participantes en la condición de tratamiento grupal evidenciaron cambios significativos en el tiempo en todas las medidas, y alcanzaron niveles normativos de funcionamiento en la mayoría.
Extending Research on the Utility of an Adjunctive Emotion Regulation Group Therapy for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Pathology	2010 Gratz y Tull	23 mujeres Desregulación emocional	Los resultados indican cambios significativos a lo largo del tiempo (acompañados por tamaños de efectos grandes) en todas las medidas de resultado (síntomas psiquiátricos, funcionamiento adaptativo (incluido deterioro social y vocacional y calidad de vida) y los mecanismos de cambio propuestos (desregulación emocional y evitación experiencial), excepto en la calidad de vida y los comportamientos autodestructivos (aunque este último fue un efecto de gran tamaño). Además, el 55% de los participantes informaron abstinencia de AL.
Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder	2015 Gratz *et al.*	31 mujeres con TLP con historia reciente de AL Desregulación emocional	Los resultados revelaron que las mejoras en la desregulación emocional a lo largo del tratamiento mediaban las reducciones observadas en los síntomas cognitivos y afectivos del TLP durante el tratamiento y predecían mejoras adicionales en la AL durante el seguimiento.

3.5 Terapia Cognitiva Asistida por Manual

La terapia cognitiva asistida por manual (Evans et al., 1999) se desarrolló como una intervención para personas con repetidos intentos de suicidio y no tanto para el TLP, sin embargo, como ya se mencionó, un porcentaje elevado de esta población cumple los

criterios del TLP. La intervención consiste en una terapia breve, de orientación cognitiva y focalizada en los problemas, que incluye hasta seis sesiones, con la opción de añadir sesiones de refuerzo. Se utiliza como recurso terapéutico la biblioterapia, por lo que se apoya del contenido de un folleto y de libros para estructurar las sesiones. El manual cubre una evaluación de la función que cumple la autolesión para la persona, habilidades para enfrentar una crisis, técnicas cognitivas básicas de resolución de problemas para controlar las emociones e identificar el pensamiento, y estrategias de prevención de recaídas. El grupo de estudio POPMACT (por las siglas en inglés *Prevention Of Parasuicide by Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy*) realizaron una serie de estudios (Byford et al., 2003; Davidson et al., 2004; Davidson *et al.*, 2014; Evans *et al.*, 1999; Goldney, 2004; Tyrer et al., 2003a; Tyrer et al., 2003b; Tyrer et al., 2004) donde se evaluó la eficacia, factibilidad, costos e incluso el papel de las competencias de los terapeutas, encontrando resultados favorables y que apoyan el uso de la intervención, sin embargo, en ninguno de estos se abordó directamente el uso en población con TLP, y en algunos tampoco se hizo la diferencia conceptual entre el parasuicidio y la autolesión. Weinberg *et al.* (2006) realizaron una adaptación de la versión original, para dirigirla específicamente a reducir la AL en personas con diagnóstico de TLP, y compararon la TCAM con el tratamiento habitual en una muestra de 30 mujeres adultas con TLP, con la finalidad de comprobar la eficacia del tratamiento, y reportaron una reducción significativa de la ideación suicida, así como un descenso significativo en la frecuencia e intensidad de los episodios de autolesión, tanto al final del tratamiento como en el seguimiento a 6 meses obteniendo resultados favorables. La tabla 5 ilustra en resumen los artículos referentes a esta intervención.

La guía de práctica clínica sobre el TLP de Barcelona (Álvarez y Andión, 2011) reconoce la efectividad de TCAM en el tratamiento para TLP específicamente para aquellos

pacientes donde predominan las conductas auto lesivas e intentos de suicidio, no obstante, indica que se dispone de pocos estudios controlados. Tal parece que se trata de una intervención prometedora frente a la AL en pacientes con TLP, principalmente al tratarse de una intervención breve y de fácil aplicación en instituciones públicas, pero es necesario efectuar más estudios con la finalidad de aportar evidencia científica que permitan ser más concluyentes respecto a esta intervención.

Tabla 5. Estudios con TCAM

Titulo	Autores	Año / País	Muestra	Variables	Conclusiones
Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm	Evans y cols.	1999 Reino Unido		Riesgo parasuicida	
Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatmment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study	Tyrer y cols. (POPMACT)	2003b Reino Unido	480 pac. de hospitales con Autolesión	Riesgo parasuicida, ansiedad y depresión, funcionamiento, calidad de vida.	TCC breve (TCAM) tiene efectividad para reducir la frecuencia de AL, pero no es significativa, sin embargo, es más económica que TH en términos de costos y efectividad combinada.
Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach	Byford y cols. (POPMACT)	2003 Reino Unido	480 pac. de hospitales con Autolesión	Datos económicos, costo-efectividad, calidad vida	Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en costos totales a favor de TCAM en seguimiento a 6 meses. A 12 meses los costos fueron similares, sin embargo, puede que sea más rentable para reducir la frecuencia de AL.

Service variation in baseline variables and predition of risk in a randomised controlled trial of psychological treatment in repeated parasuicide: the POPMACT study	Tyrer y cols. (POPMACT)	2003a Reino Unido	480 pac. de hospitales con Autolesión	Evalúa la factibilidad de realizar los estudios en los 5 centros de accidentes y emergencias del Reino Unido.	Hubo una gran variación en los datos de referencia entre los cinco sitios, y aunque algunos pueden deberse a diferencias en las poblaciones atendidas, también parecen ser una consecuencia de las políticas de tratamiento con pacientes con gran riesgo de AL incluidos.
Manual assisted cognitive behaviour therapy is as effective as treatment as usual for deliberate self-harm, but is more cost effective	Goldney	2004 Austr.	Evalúa a la par, los dos estudios previos.	Se consideran las variables descritas en ambos artículos.	No hay diferencias estadísticamente significativas entre TCAM y TH en eficacia, pero si fue significativamente más barata 6 meses, (no lo fue a 12). La probabilidad de que TCAM sea más rentable que la TH, según las curvas de aceptabilidad de la rentabilidad, es superior al 90%.
Therapist competence and clinical outcome in the Prevention of Parasuicide by Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy Trial: the POPMACT study	Davidson y cols. (POPMACT)	2004 Reino Unido	26 terapeutas con entrenam. en TCAM + 11 suplentes	Tres aspectos de las competencias terapéuticas según la Escala de Calificación TCAM.	El nivel de competencia del terapeuta para administrar TCAM se asoció significativamente con un mayor cambio en depresión, ansiedad y síntomas clínicos globales y funcionamiento social a 12 meses, esto fue menos evidente a 6 meses. No hubo diferencias en la reducción de episodios de AL.

Differential effects of manual assisted cognitive behavior therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: the POPMACT study	Tyrer y cols. (POPMACT)	2004 Reino Unido	480 pac.	Efectividad y costos	Severidad y tipo de Trastorno de personalidad influyeron en la repetición de AL. Hubo menos episodios de AL y menos suicidios entre los que recibieron TCAM, la cual fue 10% más barata que TH
Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients	Weingberg y cols.	2006 EUA	30 mujeres con TLP que presentaron AL mientras estaban en TH	AL o intentos suicida	TCAM fue asociada con una reducción significativa en frecuencia de AL en el post y un decremento significativo en la frecuencia y severidad de AL, pero no en la ideación suicida.
A pilot study of Manual-Assisted Cognitive Therapy with a Therapeutic Assessment (TA) augmentation for Borderline Personality Disorder	Morey, Lowmaster & Hopwood	2010 EUA	16 pac. Adultos con TLP	Ideación suicida	TCAM tuvo reducciones significativas en síntomas de TLP e ideación suicida, pero más de la mitad de la muestra no completaron el tratamiento. TA no mejoró el tratamiento, pero se asoció con una mejora clínica. Los resultados sugieren que en 6 semanas de tratamiento es posible notar reducciones en la ideación suicida y los síntomas de TLP
Manual-assisted cognitive therapy for self-harm in personality disorder and substance misuse: a feasibility trial	Davidson y cols. (POPMACT)	2013 Reino Unido	20 pacientes con TP y abuso de sustancias. Adultos con episodio de Autolesión	Uso de sustancias, Autolesión, depresión y ansiedad	TCAM fue aceptable en la población, tuvo efectos significativos en sintomatología (ideación suicida y ansiedad y depresión) y se mantienen en el seguimiento a 3 meses. No hubo cambios significativos en consumo de alcohol entre el pre y seguimiento

3.6 Intervenciones en Línea

La pandemia por COVID-19 ha provocado que gran parte de las actividades de la vida de diaria, que antes era presenciales, como las clases, reuniones, eventos sociales o artísticos… ahora se realicen de forma virtual, ya sea por teléfono o videollamada a través de internet. Ocurre lo mismo con las citas psicológicas, los terapeutas se han visto obligados a innovar y desarrollar intervenciones psicoterapéuticas en línea, lo que ha permitido poder seguir implementando y recibiendo intervenciones psicológicas, aún y con las restricciones causadas por la pandemia (Alqahtani et al., 2021).

La implementación de intervenciones en línea ha permitido mejorar enormemente su alcance, ya que puedan realizarse a distancia y llegar a más personas, a un coste razonablemente bajo. Además, permiten mayor comodidad, y se pueden adaptar mejor a los tiempos tanto de los terapeutas como de los pacientes (Guillén, 2018). Por otro lado, permite que las intervenciones continúen, minimizando el riesgo de exposición y contagio, a pesar de las restricciones de distancia social provocadas por la pandemia por COVID-19, sobre todo en estos momentos donde los síntomas ansiosos, de estrés o depresivos están más presentes (Alqahtani et al., 2021).

En cuanto a la eficacia de estas intervenciones, existen varios estudios, incluso algunas revisiones y metanálisis, que demuestran que los resultados obtenidos con este tipo de intervenciones no difieren de los obtenidos por los métodos tradicionales cara a cara (Andersson et al., 2014; Coughtrey y Pistrang, 2018). Además, los participantes se muestran satisfechos al recibir este tipo de intervenciones (Turgoose et al., 2018) e incluso se ha

reportado que asisten a más sesiones antes de abandonar los tratamientos (Hernandez-Tejada et al., 2014).

A pesar de sus beneficios, estas intervenciones generan algunas preocupaciones. Además de las cuestiones más generales, como las relacionados con la seguridad y confidencialidad de la información (Merchant, 2021), otra preocupación que puede surgir a la hora de implementar intervenciones psicológicas en línea se relaciona con la dificultad de establecer una relación terapéutica con el paciente, ya que puede ser más difícil de conseguir, debido a que se trata de ambientes más impersonales (Guillén, 2018), sin embargo, se ha comprobado que sí puede generarse alianza terapéutica aunque el terapeuta y el paciente no se encuentren cara a cara (Berger, 2016). Otro problema que puede derivarse de utilizar este método para implementar las intervenciones psicológicas son las desigualdades de acceso y limitaciones que implica depender de internet, sobre todo en personas con escasos recursos; lo que podría, en lugar de facilitar el acceso a las intervenciones, impedir que algunas personas lo tuvieran (Torres, 2021).

En definitiva, los servicios psicológicos deben estar disponibles durante la pandemia, incluido en las personas que tienen COVID-19, por lo que será importante que, para que las intervenciones por telepsicología sean efectivas, se sigan una serie de lineamientos que aseguren su uso adecuado. Es importante que los terapeutas desarrollen competencia en esta área y, para ello, es recomendable que se entrenen en el uso de las tecnologías, tanto para la evaluación como para el tratamiento de problemas clínicos. Además, deben asegurarse ciertos estándares de práctica y éticos. Finalmente, la obtención del consentimiento informado debe ser primordial, incluso aunque no se atienda presencialmente a los pacientes (Alqahtani et al., 2021; Gamble et al., 2015).

Existe una la falta de evidencia en intervenciones breves dirigidas específicamente a la reducción de la AL, síntoma muy común y sumamente incapacitante en personas con TLP, por lo que es necesario abundar en la consolidación de tratamientos que permitan abordar esta problemática de manera contundente y efectiva. Las guías de uso clínico y las revisiones sistemáticas recomiendan el aporte de estudios que siga apoyando la evidencia generada en estudios que se colocan como prometedores por los resultados reportados, así como por los beneficios que los pacientes con características tan peculiares pueden tener.

Actualmente, los espacios públicos dedicados a la atención y tratamiento de la salud mental se encuentran altamente saturados, esto se debe un poco a la alta demanda de servicios, sin embargo, hay que sumarle los tiempos, espacios y costos que implica la correcta atención, lo cual complica el tema, principalmente en las áreas de urgencias. La pandemia por COVID-19 puso de manifiesto una necesidad de atender la salud mental de las personas, y debido a la saturación del servicio resulta importante implementar tratamientos breves. A esto se le suma la importancia de optimizar y adaptar la atención a través de diferentes formas, una de estas puede ser la telepsicología, la cual, además de ser uno de los medios para seguir tratando a las personas en crisis sanitarias, también puede optimizar los procesos de atención.

En México, uno de los principales centros dedicados a la atención e investigación de los temas referentes a la salud mental, es el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el cual es un centro de atención pública, con bajos costos a la población, pero con alta calidad en su personal y servicios que otorga. Sin embargo, como casi todas las instituciones similares, la demanda de servicios suele sobrepasar la capacidad ideal de atención. El Instituto cuenta con una clínica especializada en la atención y tratamiento de los trastornos de la personalidad: la clínica de trastornos de la personalidad, la cual atiende

a una elevada cantidad de pacientes todos los días. Después de una valoración exhaustiva y completa, los pacientes son referidos a su tratamiento farmacológico, y se refieren a uno de los tratamientos psicoterapéuticos habituales de la clínica.

Resulta de gran importancia que las intervenciones también tomen en cuenta el contexto al que se enfrentan todos los días las instituciones de salud pública en nuestro país, los cuales en la mayoría de los casos se encuentran limitados. De aquí la necesidad de implementar modelos e intervenciones breves que al mismo tiempo resulten efectivas, en tanto se dirijan a modificar las variables íntimamente relacionadas con la AL en pacientes con TLP, a través de diferentes medios. En ese sentido, se ha demostrado en algunos estudios la efectividad de versiones breves y complementarias a los tratamientos habituales, que pueden dotar de mayor eficacia en el tratamiento de pacientes con estas necesidades adicionales y que pueden ser rentables en las instituciones públicas. En la clínica de trastornos de personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría, se implementa como tratamiento habitual una modalidad breve de TDC, que está compuesto por 18 sesiones grupales y 16 individuales de forma semanal, con duración de 60 minutos las sesiones grupales y 30 minutos las individuales, la cual ya ha demostrado en algunos estudios su efectividad, sin embargo, existen pacientes pueden requerir de componentes terapéuticos adicionales a la intervención breve con TDC, particularmente aquellos con elevado riesgo de autolesión.

Aun es necesario abundar en la consolidación de evidencia de este tipo de intervenciones, sin embargo, el dotar de datos a la literatura nos permitirá tomar decisiones sustanciales basadas en la evidencia.

Justificación

El TLP constituye un trastorno mental altamente incapacitante cuya gravedad se potencializa cuando es acompañado de conductas auto lesivas, las cuales pueden aumentar la probabilidad de intento suicida, así como la demanda de servicios de salud pública, especialmente del área de urgencias.

Actualmente existe evidencia que sustenta el uso de intervenciones de larga duración como TDC y TBM, las cuales además de reducir los síntomas de gravedad, también ayudan en el manejo de la AL e intentos suicidas, sin embargo, su implementación en instituciones públicas tiende a elevar los costos y tiempos de atención. Es necesario que estas intervenciones tomen en cuenta el contexto al que se enfrentan todos los días las instituciones de salud pública en nuestro país, es decir, los tiempos, espacios y costos de atención y capacitación del personal de salud, los cuales en la mayoría de los casos se encuentran limitados.

De aquí la necesidad de implementar modelos e intervenciones breves al mismo tiempo que efectivas, en tanto se dirijan a modificar las variables íntimamente relacionadas con la AL en pacientes con TLP, y que, en caso de ser necesarios, puedan funcionar en diferentes modalidades como en línea. En ese sentido, se ha demostrado en algunos estudios la efectividad de versiones breves de TDC, sin embargo, algunos pacientes pueden requerir de componentes terapéuticos adicionales a la intervención breve con TDC, particularmente aquellos con elevado riesgo de autolesión.

La TCAM es una terapia breve diseñada específicamente para el tratamiento de autolesiones; esta consta de entre 5 y 7 sesiones, con opción a realizar más para refuerzo, que se basa en principios de terapia dialéctica conductual, terapia de solución de problemas

y biblioterapia, se apoya de un libro o folleto, el cual sirve los temas de cada sesión. En el Reino Unido fue probada su factibilidad en costos, tiempos y efectividad en diferentes centros hospitalarios con pacientes ambulatorios reportando resultados prometedores. Existe una adaptación que se realizó en Estados Unidos para reducir AL en personas con diagnóstico de TLP (Weinberg et al., 2006), aplicándola adicionalmente al tratamiento habitual (TH), logrando resultados favorables tanto en las mediciones postratamiento como en el seguimiento, en la variable de interés principal. Algunas guías clínicas y revisiones sistemáticas la perfilan como un tratamiento prometedor, que ha mostrado resultados favorables en la disminución de la frecuencia de la AL, y que, al ser una intervención breve, puede ayudar a reducir costos en instituciones de salud, así como en situaciones sanitarias atípicas, como es el caso de la pandemia por COVID-19. Sin embargo, hace falta una mayor cantidad de estudios que puedan aportar información respecto a su uso en diferentes contextos, así a su efectividad. No obstante, resulta sumamente importante al momento de aplicar una intervención el considerar la población a la cual se está dirigida, respetando no solo los aspectos del idioma, sino todo el contexto cultural, el cual en una gran cantidad de casos no se comparten por lo que se puede caer en el error de generalizar y aplicar elementos que no surtirán el mismo efecto en diferentes poblaciones.

Con lo anterior podemos concluir la alta importancia de probar intervenciones breves basadas en evidencia que ayuden en los contextos de salud pública de nuestro país, que ayuden a tratar problemas como la autolesión y que estén debidamente adaptadas bajos procesos sistematizados y probados en busca del bienestar de las personas que tienen un diagnóstico de salud grave.

Objetivo General

Determinar la factibilidad de la intervención breve MACT aplicada en línea, en pacientes con TLP para reducir la autolesión.

Objetivos Secundarios

Adecuar culturalmente a población mexicana, así como adaptar a pacientes con diagnóstico de TLP la versión original de la TCAM con el propósito de reducir la AL.

Valorar la relevancia y la aplicabilidad con base en las recomendaciones de los expertos.

Identificar el nivel de cambio en la frecuencia y severidad de la AL con el tratamiento.

Evaluar la relación entre las variables involucradas, con el grado de disminución de las mismas.

Método

El presente estudio toma la versión original del libro utilizado en la TCAM, el cual fue diseñado por Ulrike Schmidt y Kate Davidson, dicha intervención está dirigida a reducir y prevenir el parasuicidio, término que en el que los autores abarcaron tanto conductas autolesivas como los intentos suicidas (Kreitman *et al.,* 1970), en personas que llegan al área de emergencias de diferentes centros de salud del Reino Unido.

Se obtuvo la autorización del uso de la intervención, así como el material (manual), por parte del responsable del grupo de estudio conformado para esta intervención en aquel país, Peter Tyrer, con la finalidad de comenzar con el proceso de traducción y adaptación cultural sistematizado.

Se han seguido los pasos y fases sugeridas por Barrera y Castro (2006) para la adaptación cultural de intervenciones basada en evidencia, lo cual resulta de gran relevancia debido a que, en caso de no seguir un proceso sistematizado, se corre el riesgo de imponer a un grupo de personas modelos de tratamiento desarrollados y probados en otro grupo con características diferentes. De este modo, las adaptaciones culturales se pueden utilizar para apoyar la cultura y el idioma de origen, así como en el desarrollo y mantenimiento de los valores culturales, que son estrategias de empoderamiento (Bernal y Domenech, 2012), de esta forma se busca proteger la integridad científica de la investigación basada en la evidencia al promover la validez ecológica de los tratamientos (Bernal *et al.*, 1995). Según Bernal *et al.* (2009) la adaptación cultural es un protocolo diseñado para considerar el idioma, la cultura y el contexto, con la finalidad de que sea compatible con los patrones, significados y valores culturales de la población objetivo. Lo anterior implica que este procedimiento se lleve a cabo de manera sistemática y que esté

detalladamente documentado para que pueda ser replicable, con lo anterior puede conducir a que existan las debidas pruebas de efectividad.

En el marco de referencia planteado por Barrera y Castro (2006) se sugiere que dicha adaptación para intervenciones basadas en la evidencia debe incluir cuatro etapas: recolección de información, diseño de adaptación preliminar, evaluación de la adaptación preliminar y refinamiento de la adaptación.

Etapa 1: Recolección de información. El objetivo de esta etapa es identificar los aspectos que puedan balancear las disparidades culturales que se encuentran en la población. Se puede llevar a cabo de varias formas, a través de la revisión de la literatura, encuestas cuantitativas y cualitativas tanto con expertos como con posibles participantes, estadísticas, etc.

Etapa 2: Diseño preliminar de la adaptación. En esta fase se intenta juntar la información que se analizó en la primera fase para plasmarla en el primer borrador de la intervención. Es nuevamente una oportunidad para obtener la opinión de los posibles participantes y de los expertos en el tema. Resulta de suma importancia establecer un método sistematizado en donde se integren los enfoques de todo el equipo y las partes interesadas en la adaptación para mejorar la efectividad del tratamiento.

Etapa 3: Evaluación de la adaptación preliminar. El objetivo de esta etapa es realizar los estudios de caso o estudios piloto de las adaptaciones con grupos pequeños. Antes, durante y al final el tratamiento, se evalúa a los participantes con medidas cuantitativas y cualitativas para determinar si se lograron los objetivos deseados, así como para identificar 3 aspectos elementales: los aspectos que hayan impedido el cumplimiento del programa, las dificultades en la implementación del tratamiento y las dificultades con el contenido o con

las actividades. Así mismo se busca evaluar la satisfacción con el tratamiento y las posibles mejoras.

Etapa 4: Refinamiento de la adaptación. En esta etapa se busca concentrar todos los resultados del piloteo con la finalidad de realizar las modificaciones resultantes de la implementación. Aquí resultan de gran relevancia la experiencia de los pacientes quienes son los expertos en su padecimiento.

Las primeras dos etapas de la adaptación se realizaron en la fase uno del presente estudio, las dos restantes en la segunda fase.

Primera Fase. **Traducción y Adecuación Cultural al Español de México, y Adaptación a Trastorno Límite de la Personalidad del Manual Original (etapa 1 y 2)**

Tipo de Estudio

Instrumental (Montero y León, 2007).

Participantes (para el jueceo de expertos)

Se solicitó el apoyo de cuatro clínicos expertos con sólidos conocimientos teóricos en terapia cognitivo conductual, terapia dialéctico conductual, construcción y aplicación de manuales de intervención, y con experiencia en el manejo y tratamiento de pacientes con TLP. Estos participantes conformaron lo que se denominó el "grupo de expertos clínicos" y su función fue revisar el material de la intervención traducido y adaptado y emitir una evaluación, así como recomendaciones que consideraron pertinentes, con la finalidad de enriquecer y facilitar la aplicación, comprensión y utilidad del material.

Instrumentos

Para esta fase del estudio se diseñó un formato de apoyo para poder unificar los criterios que evaluaron el grupo de expertos clínicos. Se trabajó en un archivo de Excel en el cual se dividió las secciones de las cuales consta el material adaptado en diferentes pestañas, quedando 4 diferentes secciones las cuales son "Manual para el paciente", que contiene las explicaciones de los temas desarrollados a lo largo de la lectura; "Historias de

vida", que concentra todos los ejemplos o historias de las que se apoyan las explicaciones del manual, y que buscan lograr una identificación y validación de lo que le podría estar sucediendo a la persona que lo lee; "Ejercicios", las cuales son las hojas con las que trabajará cada paciente lo explicado en cada uno de los capítulos o sesiones; y "Guías para el clínico" las cuales no están consideradas en el material original y constituyen una propuesta que servirá como apoyo para que el clínico guie la intervención de una manera sistematizada y pueda replicarse adecuadamente.

Una vez asignada cada sección en cada una de las pestañas del documento se dividió todo el material en capítulos y a su vez cada capítulo se dividió en apartados (denominados por un encabezado o subtitulo). Quedaron un total de 152 apartados repartidos en diferentes filas en la misma columna del documento, a cada uno de ellos cada experto clínico les asignó tres diferentes evaluaciones.

Estás tres evaluaciones corresponden dimensiones que son de interés medir en un proceso de adaptación cultural a través del juicio de expertos (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008). Las tres dimensiones quedaron conformadas de la siguiente forma: dimensión 1 "Redacción y claridad", que evalúa si el apartado posee una sintaxis adecuada en su redacción por lo que facilita su comprensión; dimensión 2 "Coherencia", que evalúa si el apartado tiene una lógica y se dirige hacia el objetivo de cada capítulo; dimensión 3 "Relevancia", que evalúa la importancia de que sea incluido en el capítulo para lograr los objetivos establecidos.

Para evaluar las dimensiones en cada apartado se dio una escala ordinal que va de 1 a 4 donde a mayor puntaje indicaba que cumplía con la definición de la dimensión y a menos puntaje es que menos cumplía de acuerdo al juicio de cada experto. Las primeras dos dimensiones tenían la siguiente escala: "1 No cumple", "2 Le faltan elementos", "3 Tiene lo

necesario” y “4 Cumple totalmente”; mientras que la tercera dimensión contó con la siguiente escala “1 Nada relevante”, “2 Poco relevante”, “3 Relevante” y “4 Muy relevante”. Además, a lado de cada dimensión se colocó una casilla para que pusieran observaciones en formato libre, dichas recomendaciones podían estar enfocadas a justificar el porqué del valor asignado o bien a proponer una corrección o solución a la observación. Por último, a cada experto se le indicó la función de la casilla de “Observaciones”, dándoles también la opción de que estas fueran realizadas en el documento de lectura en formato Word y con la función de control de cambios activada. El formato se coloca en el apartado de Anexos (Anexo 1).

Procedimiento

Etapa 1 Recolección de información

1. Se realizó la revisión de la literatura de forma sistematizada mediante la metodología PIO en las principales bases de datos especializadas.
2. Se documentó información respecto a características del trastorno límite de la personalidad, su diagnóstico, prevalencia, comorbilidades; así mismo de la autolesión, su concepto, características, prevalencia, las variables implicadas, los diferentes modelos teóricos que buscan explicar su funcionamiento y basándose en la información se eligió el modelo sobre el cual se trabajará; por último, también se reunió información acerca de los tratamientos basados en la evidencia, sus características y su efectividad en el problema central así como la relación establecida con las variables del modelo explicativo.

3. Se conjuntó y desarrolló toda esta información en el apartado de “Introducción” en el presente escrito

Etapa 2: Traducción, adaptación y adecuación cultural

4. Se llevó a cabo una traducción del idioma inglés al español del material original, el cual, en esta versión consta de 152 páginas, conformadas por material explicativo, 10 hojas de trabajo, y dividido en 7 capítulos que equivalen a una sesión por cada capítulo. Dicho trabajo lo llevó a cabo el investigador principal.
5. Basándose en la información recolectada en la etapa 1, se cuidó la correspondencia entre las variables abordadas en la intervención, las dimensiones implicadas en modelo explicativo de la AL y la función de cada módulo de intervención.
6. El siguiente paso fue crear un grupo de expertos clínicos para la evaluación del manual ya traducido con la finalidad de obtener recomendaciones basadas en su experiencia y conocimientos. Dicho grupo constó de 4 clínicos los cuales fueron invitados a participar al cumplir los criterios indicados. Se les invitó a todos por medio de correo electrónico y se les explicó en qué consistía su participación, se despejaron las dudas por el mismo medio electrónico y al final la lista quedo conformada por las personas y características que se indican en la tabla del Anexo 2.
7. Se envío por correo electrónico al grupo de expertos, la versión traducida y adaptada del manual para su revisión, un breve resumen del proyecto de investigación, una explicación de las variables a abordar con base en el modelo de la evitación experiencial, una propuesta de guías clínicas para los terapeutas y el formato de Excel que se utilizó para evaluar la intervención.

8. Se realizó el análisis de las opiniones y recomendaciones del grupo de expertos. El análisis cuantitativo se hizo mediante el cálculo de la V de Aiken con las valoraciones emitidas por el grupo de expertos, los cuales se concentraron en un único archivo y se calcularon los valores. El análisis cualitativo se hizo con base en las observaciones y recomendadas o bien mediante la revisión de los apartados que obtuvieron un valor crítico en el análisis cuantitativo.
9. Se realizaron las adaptaciones y cambios correspondientes derivados del paso anterior.
10. Se concluyó con una versión preliminar del material, la cual se utilizó para realizar un grupo piloto en la siguiente fase.

Análisis de Datos

Después de recabar la opinión del grupo de expertos mediante el formato de evaluación, se concentraron en un solo archivo de Excel todas las calificaciones y observaciones. En este mismo archivo y de forma manual se calculó el índice de V de Aiken (1985) el cuál es un coeficiente que permite cuantificar la relevancia, coherencia y, en este caso, redacción y claridad, de los apartados del manual respecto del objetivo de cada capítulo a partir de las valoraciones de 4 jueces, que evaluaron estos criterios de manera independiente.

Además de conocer la confiabilidad del juicio emitido por los expertos y su grado de acuerdo, a través de este método, podemos conocer la una magnitud de la proporción de jueces que manifiestan una valoración positiva acerca de cada uno de los apartados evaluados, y puede tomarse como un criterio para la toma de decisiones respecto a cada

apartado, por ejemplo, en cuanto a la pertinencia de revisar o eliminar cada apartado. Este índice fue calculado mediante la siguiente fórmula:

$$V = \frac{x - l}{k}$$

Donde:

V = índice V de Aiken

x = media de calificaciones de los jueces

1 = valor de calificación más bajo de la escala

k = diferencia entre el puntaje mayor y el menor de la escala de evaluación

La V de Aiken es sencillo de interpretar, su valor puede oscilar entre 0 y 1, donde a menos puntuación se interpreta un menor acuerdo entre los jueces, por el contrario, entre más se acerca al valor máximo, es decir 1, nos indicará que hay un mayor acuerdo entre los jueces en lo que se está evaluando (Penfield y Giacobbi, 2004).

A su vez, es necesario calcular también los intervalos de confianza (IC) para el estimador puntual, lo cual se realizará mediante la siguiente fórmula:

$$L = \frac{2nk + z^2 - \sqrt{4nkV(1 - V)} + z + z^2}{2(nk + z^2)}$$

Dónde:

L = límite inferior

n = número de jueces

z = valor del puntaje z en la distribución normal correspondiente al nivel de confianza:

90%: z = 1.65; 95%: z = 1.96; 99%: z = 2.58

V = V de Aiken

k = diferencia entre el puntaje mayor y el menor de la escala de evaluación

El resultado fue interpretado asumiendo un nivel de confianza del 95% y se estableció un punto de corte de .70, con error Tipo I ≤ .05 (Charter, 2003), para revisar todos los apartados que estuvieron por debajo de los puntos de corte, llevando a cabo una revisión dependiendo la dimensión.

De esta forma, aplicados los criterios para la revisión de los apartados fueron por un lado los valores V de Akien inferiores a ,7 (equivalentes a puntuaciones medias de la escala inferiores a 3), valores críticos a un nivel de confianza de 95% (límite inferior) es igual o inferior a ,5 (Penfield *et al.*, 2004), y las observaciones sobre la necesidad de mejorar o eliminar el apartado.

Segunda Fase: Pilotaje de la Intervención Preliminar para la Reducción de Autolesión y Refinamiento de la Intervención (etapa 3 y 4)

Tipo de Estudio

Piloteo de la intervención en su versión preliminar mediante un diseño de caso único AB, donde A representa las mediciones de la línea base y B las mediciones de la intervención. En este tipo de diseño se toman medidas repetidas en ambas fases de experimentación (A y B) de las conductas a observar; en el presente estudio las conductas fueron la autolesión, al ser la conducta de interés, así como la desregulación emocional, la impulsividad y la evitación experiencial, estás últimas al ser consideradas variables implicadas en la autolesión, según la literatura. Se recogieron las mediciones para conocer si existe una relación que pueda incidir directamente en la presencia o ausencia de la AL, de este modo se tiene una frecuencia natural de la conducta y después se tiene la frecuencia al introducir el tratamiento para ver los cambios (Barlow *et al.*, 1973). El estudio piloto de la intervención experimental se llevó a cabo en el tiempo de espera que tienen los pacientes para tomar su tratamiento habitual de la clínica, por lo que se recabaron mediciones de línea base (A) por tres semanas antes de iniciar la intervención, y durante el tiempo que dura la para los registros y análisis correspondientes, todo esto antes de iniciar su tratamiento habitual el cual consta de una modalidad breve de TDC. Tres meses después de finalizada la intervención se realizó un registro de seguimiento de las mismas variables.

El esquema del diseño quedó de la siguiente forma:

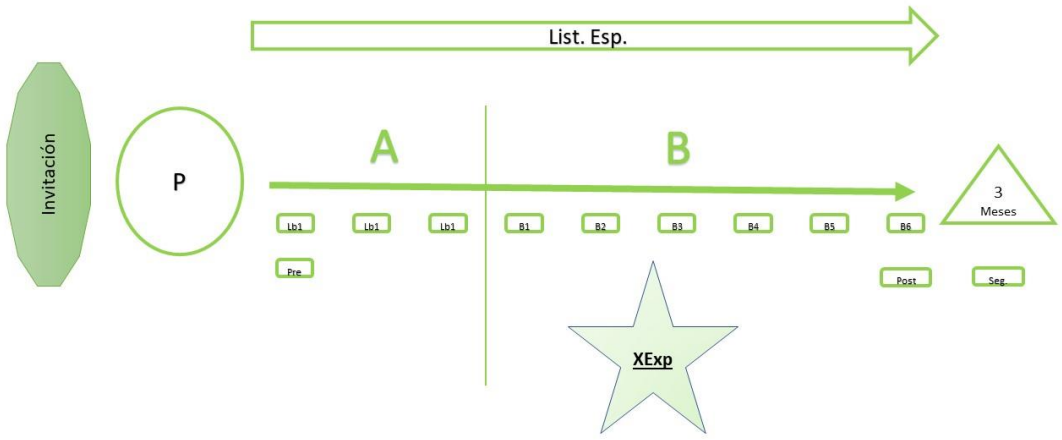

Figura 2. Diseño de caso único AB para el piloteo de la intervención. P: grupo piloto; List. Esp.: lista de espera; A: mediciones línea base; B: mediciones tratamiento; XExp.: intervención experimental (TCAM 5-6 semanas); Pre: evaluaciones pretratamiento; Post: evaluaciones postratamiento; Seg.: evaluaciones de seguimiento (3 meses después); Lb1,2,3: registros semanales de línea base; B1,2,3,4,5,6: registros semanales durante el tratamiento.

Participantes

Se realizaron réplicas de la intervención hasta alcanzar la cantidad de entre 11 pacientes mediante un muestreo por conveniencia, tomando a los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, que concluyeron con por lo menos el 80% de asistencia a su tratamiento experimental y llenaron las evaluaciones semanales. Los pacientes se tomaron de la derivación cotidiana que se realiza en la clínica de trastorno límite de la personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en la Ciudad de México. Los médicos adscritos y residentes determinaron que pacientes de su consulta diaria cumplen con los criterios, se les entregó un folleto de invitación y se capturaron los datos

de contacto en una base a la que el investigador principal tuvo acceso para contactar con los pacientes. Los criterios son los siguientes:

Criterios de Inclusión:

-Ser mayor de 18 años

-Tener un diagnóstico confirmado de TLP

-Ser paciente del Instituto Nacional de Psiquiatría

-Estar bajo tratamiento en la clínica de trastornos de la personalidad

-Aceptar participar en el estudio mediante firma del consentimiento informado (Anexo 11)

-Presentar la conducta auto lesiva como síntoma del TLP (esto se determinará mediante el instrumento de gravedad de TLP, mencionado y definido en la parte de instrumentos utilizados, y se confirma en la entrevista que realiza el médico psiquiatra)

Criterios de Exclusión:

-Que presente algún trastorno del espectro psicótico, o algún trastorno mental secundario a causa médica no psiquiátrica, antecedente de enfermedad neurológica u otra condición grave que le impida participar.

-Presencia de pensamiento suicida o intentos previos (esto se evaluará directamente con los pacientes en la llamada telefónica para explicar el estudio y se pondrá en el folleto de investigación)

Criterios de Eliminación:

-No cumplir con el 80% de asistencia al tratamiento habitual o experimental

-No completar las evaluaciones correspondientes

Variables e Instrumentos

Con la finalidad de apegarse a la práctica clínica diaria de la Institución, en su mayoría se tomaron en consideración los instrumentos que actualmente se utilizan en el escenario clínico habitual, buscando cuidar la validez ecológica.

1. Formato de variables sociodemográficas y clínicas

Las variables demográficas (incluyendo edad, sexo, escolaridad y estado civil) así como las clínicas (presencia y/o tipo de tratamiento farmacológico, comorbilidad psiquiátrica) fueron registradas en un formato *ad hoc*, el cual fue diseádo para el presente estudio.

2. Escala de evaluación de la severidad en el tiempo del Trastorno Límite de la Personalidad versión 1.7 (Pfohl y Blum, 2009).

Consta de 15 reactivos en escala de tipo Likert de 5 puntos. Del reactivo 1 al 12 califican de 1 “Nada/ casi insignificante” a 5 “Extremo”, y los reactivos 13 al 15 su calificación es de “5 Casi siempre” al “1 Casi nunca”. Se divide en tres secciones: A. Pensamientos y

sentimientos; B. Conductas (Negativas); y C. Conductas (Positivas). Al inicio del cuestionario se les hace la indicación del tiempo a ser considerado para las preguntas el cual puede ser “Los últimos 7 días”, “Últimos 30 días” y “Otros”, esto se toma en cuenta a consideración del periodo de tiempo a registrar. Este instrumento se utiliza en la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad, con fines de investigación. Tanto los parámetros de confiabilidad como de validez son adecuados, la consistencia interna es elevada, con un alfa de Cronbach de 0.86 a 0.90, una confiabilidad Test-Retests después de 45 días de 0.62.

El reactivo número 10 evalúa la frecuencia en los últimos 30 días con que se hacen cosas “a propósito para lastimarse a si mimo o intentar suicidarse”. Para determinar el grupo al que pertenecen las pacientes, se incluirán a aquellas que puntúen 1 o 2 (casi nunca o pocas veces) en el grupo sin autolesión/intento suicida, y aquellas con 4 o 5 puntos (la mayor parte del tiempo o casi siempre) en el grupo con autolesión/intento suicida.

3. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y drogas. ASSIST

Es una prueba desarrollada por la OMS (WHO ASSIST *Working Group*, 2002) con la finalidad de detectar consumo de diferentes sustancias y que puede ser considerado de riesgo o peligroso. Se ha visto de gran utilidad en diferentes contextos culturales y sociales, así como para evaluaer diferentes sustancias como el tabaco, el alcohol, la marihuana, cocaína, inhalables entre otros. Consta de 8 reactivos que indagan acerca de 6 diferentes áreas, uso de sustancias a lo largo de la vida, durante el último mes, problemas relacionados con el consumo, riesgo actual de presentar problemas, posibilidad de dependencia y uso de drogas por vía intravenosa.

Presenta adecuados índices de consistencia interna (α=0.89) y validez por lo que se ha utilizado en diferentes poblaciones y países. Tiburcio Sainz *et al.* (2016) validaron con población de universitarios mexicanos, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.87 y se encontró sensible al identificar casos de riesgo. En el presente estudio se utilizará para decidir si se aplicar el módulo 5 cuyo objetivo es la reducción o abandono del consumo.

4. Escala de impulsividad de Barratt

E. S. Barratt (Stanford et al., 2009) desarrolló la primera escala que mide específicamente la impulsividad, la "Escala de impulsividad de Barratt", la cual se trata de una escala auto-aplicable para evaluar la impulsividad, misma que define como un rasgo de personalidad complejo relacionado con una tendencia a realizar acciones motoras rápidas, no planeadas y con frecuencia ineficientes o incorrectas. Consta de 30 preguntas, agrupadas en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva (8 reactivos) 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27. Impulsividad Motora (10 reactivos) 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29. Impulsividad no planeada (12 reactivos) 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 25, 28 y 30. Cada una de las preguntas tiene 4 posibles respuestas (raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre) que puntúan como 0-1-3-4. Salvo los reactivos 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 22 y 23 que lo hacen al revés. La puntuación total es una suma de todos los reactivos y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas. Es uno de los instrumentos más utilizados para la valoración de impulsividad. Ha sido validada por Oquendo *et al.*. (2001) al español, mostrando que los parámetros de fiabilidad como de validez son adecuados, y la consistencia interna es elevada, con un alfa de Cronbach de 0.89 y una confiabilidad Test-Retests después de dos meses de 0.89.

5. Escala de Dificultades de Regulación Emocional.

La desregulación emocional se define como una inhabilidad para afrontar experiencias o procesar las emociones. Regularmente se observa como una marcada intensidad emocional, que se interpreta como indeseada, intrusiva, abrumadora o problemática (p. e. pánico, urgencias o intolerancia), o como una excesiva desactivación de la misma (p. e. experiencias disociativas como la despersonalización o aletargamiento) (Leahy *et al.*, 2011).

Se evaluó por medio de la "Escala de Dificultades de Regulación Emocional", desarrollada para evaluar problemas de regulación emocional en adultos. Se usa para medir el miedo a la experiencia emocional y sentimientos de pérdida de control sobre su expresión interna y conductual. Cada reactivo se puntúa de 1 a 5 puntos y se califica sobre un puntaje total y cuatro subescalas: experiencia emocional, dificultades para mantener la conducta orientada a una meta, falta de conciencia emocional y falta de claridad emocional. A mayor puntaje se indica mayor temor a las emociones. La escala validada en México (Marín et al., 2012) muestra una consistencia interna de α=0.93, y una confiabilidad test-retest de r = 0.88. El análisis factorial realizado para esta escala mostró que los datos se ajustaban mejor a un modelo de 24 reactivos y cuatro factores (corroborados con un segundo AFC: $X2$=259.729, gl=230, $p>0.05$). Las alfas de Cronbach de cada subescala tuvieron un rango entre .85 y .68. La validez por medio de grupos contrastados y la correlación con las medidas concurrentes mostraron resultados significativos (r de Pearson de .51 a .76, $p<0.05$).

6. Cuestionario de evitación y acción

La evitación experiencial es un fenómeno que sucede cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con ciertas experiencias privadas como pueden ser emociones, pensamientos, sensaciones o predisposiciones conductuales, para esto hacer lo posible por modificar (por ejemplo, evitar o escapar) la forma o la frecuencia de esas experiencias y el contexto que los ocasiona (Hayes *et al.*, 1996).

Se evaluó con la segunda versión del cuestionario desarrollado por Hayes *et al.*. (2004) y adaptada a población mexicana por Patrón (2010). Se trata de una escala auto aplicable de diez reactivos, con respuestas tipo Likert de siete puntos que van de "nunca" a "siempre", lo cual nos permite conocer por un lado el nivel de evitación experiencial o bien su contrario "flexibilidad psicológica", dependiendo hacia donde se oriente cada reactivo. En su adaptación a población mexicana, mostró una validez de constructo semejante a la versión en inglés y una buena consistencia interna, Alfa de Cronbach de 0.89.

7. Cédula de autolesión CAL-I (Autorregistros)

La autolesión es una conducta observable, la cual puede ser medible en la frecuencia y temporalidad de su presentación, debido a esto resulta importante llevar un registro que permita conocer su presencia en diferentes momentos de la vida de los pacientes. Los auto registros pueden ser una herramienta de fácil acceso a los pacientes, por lo que, para el presente estudio, se utilizará una cédula en forma de cuestionario con la finalidad de medir la frecuencia y severidad de la conducta, y ha sido utilizada en otras investigaciones (Marín, 2013) Está compuesta de 17 reactivos que permiten detectar y medir la presencia

de conductas autolesivas sin intención suicida. Los primeros 11 constan de 3 secciones, y abordan ejemplos específicos de conductas de daño, se pide indiquen si se ha realizado o no la conducta, en caso afirmativo se contesta la sección dos y tres para indicar la cantidad de veces que se ha realizado y cuando fue la última vez La segunda parte solo se contesta en caso de haber contestado afirmativamente a alguno de los reactivos anteriores y permiten conocer las características de la autolesión.

Marín (2013) ha desarrollado un algoritmo que permite cuantificar la gravedad de la autolesión. Para la primera parte, y mediante un análisis factorial se determinó la presencia de dos componentes, los cuales explican el 47% de la varianza, el factor de la autolesión significativa y el de la no significativa. Los reactivos 1, 2, 3, 5 y 6 se encuentran en el primer factor, los reactivos restantes son considerados para el factor de la autolesión no significativa. Para la calificación en una escala continua solo se consideran las autolesiones significativas (primer factor). Cualquier respuesta "No" equivale a un puntaje de cero. La segunda sección es de respuestas es la que se considera para puntuar y se asigna en orden creciente en sus 5 opciones de respuesta (1, 2-5, 6-10, +10, +20). La puntuación máxima es de 25 puntos y se considera significativa a partir de 2 puntos. La tercera sección de esta primera parte de la cédula permite establecer un criterio temporal y determinar las puntuaciones con base en este criterio.

Los reactivos considerados en el factor 2 (autolesiones no significativas) no se contemplan para la puntuación por el momento, ya que hace falta tener mayor cantidad de información, la cual se puede complementar con la segunda parte de la cédula para determinar si se cubre el criterio conceptual, de ser así estos reactivos pueden sumarse al puntaje del factor 1. Esta segunda parte como ya se indicó, permite profundizar en las características de la autolesión y aporta información clave como la edad de inicio, la

función que cumple la conducta, la severidad, la necesidad de intervención, el tipo de reforzamiento y explora la motivación para detener el hábito.

8. Encuesta de satisfacción

Esta encuesta fue diseñada para el presente estudio y consta de 17 reactivos de los cuales los primeros trece tienen una escala de respuesta tipo likert de cinco puntos y que buscan conocer la opinión del paciente respecto a la intervención experimental y sus componentes (efectividad, contenido, material, tiempo y duración, facilidad). Un reactivo para conocer la percepción general del paciente con respuesta dicotómica, y tres preguntas abiertas para que pueda expresar su opinión y sugerencias. Por último, se deja un espacio abierto para comentarios y sugerencias.

Todos los instrumentos se aplicaron por medio electrónico a todos los pacientes, mediante una liga que se les hizo llegar por correo electrónico y asignando un número de identificación a cada uno. El cuestionario de variables demográficas, solo se aplicó al inicio, es decir, cuando el paciente comenzó con sus registros de línea base. La encuesta de satisfacción solo se aplicó al finalizar la intervención. La escala de gravedad y la de detección de consumo, se aplicarán tanto al inicio como al finalizar la intervención. Los demás cuestionarios se aplicarán de manera semanal calculando que puede llevar 10 minutos aproximadamente llenarlos. La tabla 2 que se presenta a continuación resume las variables los instrumentos que se utilizarán para realizar las mediciones y su periodicidad:

Tabla 6. Variables e instrumentos

Variable	Instrumento	Pre	Post	Semanal	Seguimiento
Datos demográficos y clínicos	Cuestionario de datos demográficos y clínicos	**X**			
Gravedad	Escala de evaluación de la severidad en el tiempo del TLP	**X**	**X**		**X**
Consumo de alcohol	ASSIST	**X**	**X**		**X**
Impulsividad	Escala de impulsividad de Barratt	**X**	**X**	**X**	**X**
Desregulación emocional	Escala de Dificultades de Regulación Emocional DERS	**X**	**X**	**X**	**X**
Evitación experiencial	Cuestionario de evitación y acción AAQ-II	**X**	**X**	**X**	**X**
Autolesión	Cédula de autolesión CAL-I	**X**	**X**	**X**	**X**
Opinión del paciente	Encuesta de satisfacción para paciente		**X**		
	Tiempo	**15**	**15**	**10**	

Descripción de la Conducta

La definición conceptual de la autolesión utilizada en este estudio es la que han abordado diferentes autores en la literatura (Marín, 2013; Walsh, 2007), donde se indica que se trata de acción lesiva, intencional y deliberada que una persona lleva a cabo en sí misma, que produce un daño corporal de baja letalidad. Posee características de ser crónica, repetitiva y la mayoría de las veces cumple con la función de reducir el malestar emocional. No tiene la finalidad de terminar con la vida.

Descripción de los Tratamientos

Tratamiento Habitual

La versión breve de TDC, es una adaptación realizada para pacientes con TLP que son atendidos en una instancia de salud saturada y con recursos limitados. Consta de 18 sesiones grupales de 60 minutos de duración cada una y 16 individuales de 30 minutos. En las sesiones grupales se enseñan habilidades durante las sesiones y se asignan tareas para que los pacientes puedan practicar su uso diario en sus vidas. El grupo de habilidades se divide en cuatro módulos que incluyen cuatro sesiones de mindfulness, cuatro sesiones enfocadas en la regulación emocional, cinco en la tolerancia al estrés y cuatro sesiones en habilidades para la efectividad interpersonal.

Las sesiones individuales fueron diseñadas centrándose en el análisis en cadena de las conductas de los pacientes analizar las conductas con la finalidad de identificar las conductas que podría incrementar o reducir y dar seguimiento con los demás miembros del equipo con la finalidad de conseguir sus objetivos mediante el reforzamiento y retroalimentación después de cada paso.

Este modelo también incluye una hora semanal de asistencia telefónica con el equipo de profesionales.

Terapia Cognitiva Asistida por Manual

La TCAM es una terapia breve que consta de 7 capítulos divididos en 6 sesiones, con opción a realizar más para refuerzo de lo aprendido; se basa en principios de la terapia

dialéctica conductual, la terapia de solución de problemas y la biblioterapia. Todas las sesiones se apoyan del libro o folleto en donde se encuentran explicaciones, ejemplos y ejercicios para que los pacientes vayan leyendo y realizando algunos de los ejercicios, los cuales se abordan en la sesión. Se trata de un manual para el paciente, el cual se compone de 7 capítulos (los seis primeros capítulos corresponden a una sesión cada uno, y el capítulo 7 es opcional para que el paciente se lo de a leer a algún familiar o amigo y no se aborda una sesión para este capítulo.) Cada uno de los seis primeros capítulos se van dando semanalmente al paciente para su lectura; en cada uno se abordan diferentes temas, explicaciones ejemplos y ejercicios para que el paciente vaya desarrollándolos de forma individual y en sesión con el terapeuta, mediante diferentes hojas de trabajo.

En el capítulo 1 se introduce intentando dar explicaciones de porque las personas se autolesionan, para esto se relatan las historias de 6 personas o casos, con diferentes razones y situaciones. De aquí se intenta conocer las razones del lector mediante un ejercicio. También se trata de hacer consciencia de las personas a las que puede acudir en caso de ser necesario, así como de las ventajas y desventajas de seguir o no con la conducta.

El capítulo 2 se centra en que el paciente elabore un plan de acción detallado en caso de que alguna de las estrategias que se muestran a lo largo del manual no le funcione, dicho plan busca que el paciente se mantenga a salvo durante una posible crisis. Para esto se indican algunas habilidades que le pueden ser de utilidad y a su vez se indican algunas actividades que pueden servir de ejemplo.

El capítulo 3 aborda la solución de problemas a través de 6 pasos y acompañado de ejemplos y ejercicios, lo anterior busca que la persona aprenda un camino diferente a la autolesión en un momento de malestar emocional y ante adversidades a las que se puede encontrar. Primero lo aborda desde alguna de las historias que se han desarrollado

anteriormente, y después mediante el ejercicio de identificar una situación personal y llevar a cabo los pasos uno a uno en ese problema.

A lo largo del capítulo 4 se explica lo que es un pensamiento y la diferencia entre este y el estado de ánimo, su asociación y como un pensamiento puede estar sesgado, la explicación y ejemplos de este último y algunas estrategias para identificarlos, así como las formas más comunes en que se presenta. Finalmente muestra cómo se llevar un registro de pensamientos con la finalidad de comenzar a manejar los que se identifiquen como sesgados mediante estrategias.

En el capítulo 5 se aborda el tema del consumo de alcohol y drogas, se plantean algunas cuestiones que permitan que el lector logre identificar si el consumo de alguno de estos le está causando problemas y mediante un registro de ventajas y desventajas logre tomar una decisión acerca de este consumo. Finalmente, se brindan algunas recomendaciones que ayuden a reducir o frenan el consumo de las sustancias.

El capítulo 6 se centra en realizar un recuento de lo aprendido y como ha impactado en su forma de ver la autolesión. Por otro lado, aborda el tema de las posibles recaídas y de la aceptación, centrándose en el presente y el futuro.

El último capítulo, el 7, está dirigido a los familiares y amigos que cuenten con el permiso del paciente para revisar el material, y se centra en orientar respecto a cómo ellos pueden brindar apoyo e involucrarse en el tratamiento de alguien que se autolesiona.

Cada uno de los ejercicios abordados a lo largo del material, contienen la recomendación de hacerlos solo, sin embargo, ante cualquier duda o dificultad se le pide al paciente se apoye de su terapeuta. Todos los capítulos cuentan con un apartado al final, donde se encuentran las hojas de trabajo, así como cada uno de los ejercicios revisados, con la finalidad de que los pacientes puedan usarlas y guardarlas si así lo prefieren.

La TCAM incluye en sus módulos algunos de los componentes sugeridos por el MEE el cual, como se describió en la introducción, describe la función principal de la autolesión (AL) como una evitación o escape de estados de activación emocional no deseados o aversivos. Pone énfasis en las fuertes tendencias a esta evitación, la cual es derivada de las respuestas emocionales intensas, la baja tolerancia al malestar emocional, el déficit en habilidades de regulación emocional y/o dificultades para implementar estrategias alternativas de afrontamiento cuando se presenta una activación emocional, lo cual puede contribuir de manera más general al aumento o la probabilidad de presentar una conducta de AL.

El MEE destaca la utilidad de enseñar a las personas que se autolesionan habilidades para tolerar o regular la excitación emocional no deseada. También sugiere que la exposición conductual puede ayudar al aprendizaje de respuestas alternativas a los estímulos que provocan experiencias internas no deseadas ya que la AL interfiere con el aprendizaje de nuevas respuestas alternativas a los estímulos. Por tanto, intervenciones que faciliten el aprendizaje de estas nuevas respuestas podrían ayudar a romper este ciclo auto-perpetuante de la AL. Otra forma que puede tomar el tratamiento es debilitar la dependencia que presenta el paciente de las estrategias de evitación experiencial en respuesta a la activación emocional, ya que es probable que el uso excesivo de conductas de evitación (“efectivas” para el alivio a corto plazo) tenga consecuencias paradójicas a largo plazo, lo que finalmente resultará en un mayor malestar emocional

Con lo anterior, podemos resumir en la siguiente tabla la correspondencia de las variables explicadas en el MEE y las variables en las que la TCAM busca incidir:

Tabla 7. Módulos, dimensiones del MEE y técnicas propuestas por TCAM

Capítulo	Objetivo	Dimensiones del modelo de evitación experiencial	Evaluación en la fase 2	Técnica de intervención en este estudio
1	1.1 Explorar los motivos que tiene el paciente y que función cumple la autolesión. 1.2 Lograr la identificación y motivación al cambio. 1.3 Búsqueda y conformación de red de apoyo para comenzar un plan de crisis	1. Respuesta emocional intensa 2. Dificultad para implementar estrategias alternas de afrontamiento	DERS AAQ II Subescala del DERS: Dificultades para implementar conductas dirigidas a metas	Validación Análisis conductual Balance decisional
2	2.1 Elaborar un plan de crisis, al cual se podrá acudir en caso de alguna crisis o deseo de autolesionarse y el cuál debe incluir nombre y números telefónicos de personas importantes, sitios de atención de urgencias, habilidades que puede utilizar el paciente.	3. Baja tolerancia al malestar emocional 2. Dificultades para implementar estrategias alternas de afrontamiento	Subescala del DERS: No aceptación de respuestas emocionales AAQ II Subescala del DERS: Dificultades para implementar conductas dirigidas a metas	Habilidades de tolerancia al malestar emocional Plan de crisis Búsqueda de actividades importantes
3	3.1 Que el paciente conozca y aplique el proceso de solución de problemas a las situaciones de su vida, principalmente las que le generan malestar emocional.	2. Dificultades para implementar estrategias alternas de afrontamiento 4. Déficit en las habilidades de regulación emocional	AAQ II Subescala del DERS: Dificultades para implementar conductas dirigidas a metas DERS AAQ II Barrat	Solución de problemas
4	4.1 Que el paciente aprenda a identificar emociones. 4.2 Que conozca la relación entre emoción y pensamiento 4.3 Que conozca la forma mediante la cual puede identificar pensamientos sesgados	4. Déficit en las habilidades de regulación emocional	DERS AAQ II Barrat	Validación de emociones Reestructuración cognitiva
5*	5.1 Que el paciente realice una valoración respecto al consumo del alcohol, drogas y los medicamentos, y logre tomar una decisión de reducir o dejar de consumir de ser necesario	3. Baja tolerancia al malestar emocional 2. Dificultades para implementar estrategias alternas de afrontamiento	Subescala del DERS: No aceptación de respuestas emocionales AAQ II Subescala del DERS: Dificultades para implementar conductas dirigidas a metas	Balance decisional Técnicas de reducción de consumo
6	6.1 Realizar una revisión de los temas abordados 6.2 Tener un plan de crisis actualizado 6.3 Aceptar las cosas que no puede cambiar 6.4 Que el paciente sepa que puede hacer en caso de una recaída	3. Baja tolerancia al malestar emocional 2. Dificultades para implementar estrategias alternas de afrontamiento Prevención de recaídas	Subescala del DERS: No aceptación de respuestas emocionales AAQ II Subescala del DERS: Dificultades para implementar conductas dirigidas a metas	Aceptación radical Prevención de recaídas y plan de crisis

*** Este módulo es opcional y su aplicación será en caso de que el paciente presente consumo de sustancias, con base en el cuestionario ASSIST.**

Procedimiento

Etapa 3: Evaluación de la adaptación preliminar

1. Mediante la derivación diaria de la clínica de trastorno límite de la personalidad del Instituto, a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, su médico tratante les entregó en su consulta un tríptico (Anexo 10), el cual contenía información relacionada al TLP, algunas estrategias de regulación, un directorio de lugares a los que puede acudir, así como algunas aplicaciones que les pueden ser de ayuda al momento de presentar malestar emocional. Por último, también contenía una breve descripción del estudio y la invitación a participar, así como los medios de contacto. Por otro lado, también se les dio la opción de que el investigador principal les pudiera contactar, esto se hizo por medio de una base de datos compartida entre el clínico tratante y el investigador.
2. A los participantes interesados se les realizó la invitación y explicación detallada del estudio por llamada telefónica, y se contestaron todas sus dudas. Una vez que el paciente estuvo seguro de su participación se envió por correo electrónico el consentimiento informado (Anexo 11). Se le dio la opción de responder el correo aceptando o bien mandar escaneado el consentimiento.
3. Se les mando por correo electrónico la liga donde respondieron las evaluaciones pre-tratamiento con los instrumentos descritos anteriormente y se registraron esos datos como línea base 1.

4. Semanalmente se les contactó por correo electrónico para darles el enlace de registro durante las siguientes 2 semanas antes de comenzar la intervención, lo que terminó de conformar la línea base de cada uno de los participantes dentro del diseño AB, logrando tener 3 registros como mínimo en la parte A del diseño antes de iniciar la intervención.
5. Se envió el manual para el paciente, producto de la primera fase en el estudio. Esto se hizo de forma electrónica por correo en dos archivos, en formato PDF se les envió el capítulo completo y en formato Word la parte de los ejercicios para que tuvieran la opción de realizarlos electrónicamente o impresa.
6. Una semana después de enviado cada uno de los capítulos se llevó a cabo la sesión que corresponde a la intervención por medio de una plataforma digital segura y encriptada, previamente acordada con cada uno de los pacientes. Cada una de las sesiones tuvo una duración aproximada de 50 minutos, en donde se siguieron las guías de aplicación propuestas para la intervención experimental TCAM.
7. Durante el tiempo que duró la intervención (5 o 6 sesiones), se pidió que se continuara con los cuestionarios semanales mediante el enlace semanal. Estos registros se fueron registrando para conformar la parte B del diseño experimental.
8. Al finalizar la última sesión se les hizo llegar el último capítulo del manual al paciente, indicándole que es opcional el que se lo entregue a sus familiares o personas cercanas.

9. Al finalizar la última sesión se envió el enlace para los cuestionarios post-tratamiento. Dentro de esta aplicación está incluida la encuesta de satisfacción para el paciente.

Etapa 4

10. Se analizaron los datos recolectados por la encuesta de satisfacción de los pacientes, para realizar las modificaciones pertinentes.
11. Se redactó la versión final de la terapia cognitiva asistida por manual para reducir la autolesión en pacientes con trastorno límite de la personalidad.
12. Se analizaron los datos de los registros mediante los análisis estadísticos mencionados en el apartado correspondiente para conocer cómo se comportaron las variables de interés.
13. A los 3 meses de terminada la intervención se envió a todos los participantes un enlace para los cuestionarios de seguimiento, y los resultados sirvieron para aportar información relevante.

Consideraciones Éticas

El presente estudio fue sometido a la aprobación por parte del Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, para salvaguardar los principios éticos de investigación científica en humanos (Anexo 12). A todos los participantes se les invitó a participar de forma voluntaria, explicándoles claramente que dicha participación no afectaría la atención recibida en el Instituto. Se les dio una explicación de la naturaleza y los objetivos del estudio y se resolvieron cada una de las dudas antes de firmar el consentimiento informado, en el cual se brinda toda la

información por escrito, así como los medios de contacto para cualquier problema que se pudiera presentar, se les dio un juego de dicho consentimiento firmado, recalcándoles la posibilidad de retirase del estudio en el momento que ellos lo deseasen.

Cuidando las medidas sanitarias impuestas por el gobierno federal, y salvaguardando la salud e integridad de todos los involucrados en el proyecto, tanto la invitación, dudas, intervención y todos los pasos de la investigación se hicieron vía remota. El consentimiento se obtuvo primero de forma verbal, mediante llamada, y después de manera electrónica, esto debido a las medidas de prevención que se tienen que seguir por la contingencia por COVID-19. La literatura indica de algunas circunstancias en las cuales se dispensa el requisito de obtener consentimiento informado escrito: a) si no es factible obtenerlo, b) los estudios tienen un importante valor social y c) sólo suponen riesgos mínimos para los participantes (CIOMS, 2016). Para respaldar el consentimiento verbal se les dio a cada paciente dos opciones de firma de consentimiento: la primera fue que realizara la firma del documento en físico y lo enviara de vuelta al correo electrónico del investigador principal en formato electrónico. En caso de que por alguna razón no tuviera la posibilidad de imprimir y firmar el consentimiento, se les dio la segunda opción, la cual consistía en únicamente conteste al correo electrónico que contiene el formato, indicando su nombre completo y con la siguiente leyenda: “Sí deseo participar en el estudio”.

Se cuidó el anonimato y confidencialidad de la información de los pacientes utilizando números de folio en lugar de nombres tanto en la recopilación de datos con los instrumentos, así como en el pilotaje de la intervención, por otro lado, todas las sesiones se llevaron a cabo entre cada participante y el terapeuta únicamente. El presente estudio tuvo como finalidad el adaptar culturalmente y a la población del Instituto, una intervención que cumpliera con las necesidades de atención de una conducta que puede representar un riesgo

moderado de salud y basándonos en las nuevas formas de trabajo que se han derivado a partir de la situación de salud mundial. Su aplicación corrió a cargo de un terapeuta con entrenamiento y habilidades clínicas para la contención y desregulación emocional que podría presentarse. Por ser una intervención no presencial se pidió el número de contacto de algún familiar o amigo con quien poder comunicarse en caso de presentar autolesión en el momento de la intervención, también se les solicitó la ubicación del lugar donde tomaron las sesiones. Se aclaró al participante que en caso de ser necesario (por motivo de autolesión) el terapeuta se contactaría con su familiar responsable o con algún servicio de emergencia. Es decir, este procedimiento se hizo previo consentimiento del participante y con la sola finalidad de salvaguardar su seguridad. De ocurrir el caso, el familiar sería informado de los procedimientos que debe llevar a cabo a fin de trasladar a atención al paciente según la gravedad de la autolesión. El procedimiento a aplicar propuesto fue: primero se pediría realizar la valoración de la lesión para determinar si es necesaria la asistencia de los servicios de emergencias, en caso de que así sea se le ayudaría a solicitar el apoyo vía telefónica y se mantendría en conexión hasta su arribo; si la lesión no es grave se pediría el apoyo del familiar para implementar técnicas de manejo de crisis (como tolerancia al malestar, regulación emocional y solución de problemas) con base en recomendaciones de la terapia dialectico conductual para el manejo de estas situaciones; en caso de que el malestar persistiera o que se evaluara una posible escalada de riesgo, se pediría al familiar acompañe al paciente a los servicios de urgencias del Instituto para lo cual también se apoyaría a coordinar dicho traslado. Durante la intervención no se presentó la necesidad de acudir a servicio de emergencias ni apoyarse de algún familiar, solo se tuvieron que aplicar algunas estrategias de tolerancia al malestar por una situación de crisis en una ocasión

El producto final del estudio es una intervención manualizada, adaptada mediante un procedimiento sistematizado, y con un sólido respaldo teórico, este manual servirá para probarse en una línea de investigación enfocada en medir la efectividad en un estudio más grande, y en caso de mostrar resultados positivos, aplicar este tratamiento complementario a poblaciones específicas que se atienden diariamente en el Instituto, con intervenciones basadas en la evidencia y en su caso, poder replicarla en un mayor número de personas. Por lo anterior, este estudio representa la parte previa de un estudio que busca beneficiar a la mayor cantidad de pacientes del Instituto.

Análisis Estadístico

Uno de los objetivos de los diseños de caso único es evaluar el impacto que tiene la intervención en las variables de interés, así como en el cambio en la conducta, esto es si el grado de cambio en la conducta que se logra durante el tratamiento logra mejorar el funcionamiento del participante en situaciones diarias (Kazdin, 1978). Para esto, se graficaron las frecuencias de los cuestionarios semanales de cada una de las variables registradas para cada uno de los participantes de la etapa 3 (pilotaje de la intervención), desde la línea base hasta el finalizar la intervención; primero se realizó un análisis visual de los datos, para detectar si existen valores atípicos y poder determinar el mejor análisis a calcular.

Se calculó el índice de no solapamiento de todos los pares o NAP (por sus siglas en inglés para *non-overlaping All Pairs*) desarrollado por Parker y Vannest, 2009. Este procedimiento que hace uso de todos los datos al comparar cada punto de una fase (A) con

cada punto de la siguiente fase (B). El número de puntos de datos a comparar es, por tanto, el producto del número de observaciones en cada fase.

Para su cálculo se suman el número de pares sin solapamiento más la mitad del número de empates, el total se divide entre el número posible de pares de datos comparando la línea base con el tratamiento y el seguimiento y se multiplica por 100 para tener un porcentaje. Los rangos del efecto propuestos por Parker y Vannest (2009) son: <65% efecto débil, entre 66% y 92% efecto medio y de 93% a 100% efecto grande.

Resultados

Primera Fase

Se realizó el análisis de la evaluación emitida por los expertos clínicos mediante el procedimiento arriba descrito. Cada uno de los cuatro expertos evaluaron 152 apartados en las tres diferentes dimensiones del formato diseñado, para tener un total de 456 puntajes de todo el manual. Se obtuvo la media de puntajes asignados (que podían ir de 1 a 4) para cada uno de los apartados en las diferentes dimensiones. A continuación, se calculó la V de Aiken con la finalidad de determinar el nivel de acuerdo que tenían los expertos al evaluar con un puntaje alto cada uno de los apartados. La media de cada dimensión se resume en la tabla 8, así como la cantidad de apartados cuyo límite inferior en el intervalo de confianza del 95% de la V de Aiken, se encontraron por debajo de 0.50, mientras que los puntajes de cada apartado para la media, la V de Aiken y el intervalo de confianza se especifican en el Anexo 13.

Tabla 8. Media de los apartados y cantidad de apartados por debajo del límite inferior del IC < 0.50

Dimensión	Redacción y claridad	Coherencia	Relevancia
Media	3.68	3.94	3.94
Límite inferior (IC) <.50	21*	1*	1*

Fueron un total de 22 valores menores a 0.50 repartidos en dos de las dimensiones evaluadas, sin encontrarse ninguna puntuación en el intervalo de confianza por debajo del límite inferior para dos categorías al mismo tiempo. La mayoría de los apartados que se

encontraron con una valoración baja y coincidieron los expertos en esto es en la dimensión de “Redacción y claridad” con 21 puntuaciones por debajo del límite inferior, esto coincide con la media de puntajes más baja por dimensión (3.68) siendo esto un indicador de la necesidad de revisión detallada en cuanto a la sintaxis de las oraciones con la finalidad de tener un mejor entendimiento por parte de la población a la que está dirigido el material. En la dimensión de “Relevancia” se encontraron únicamente un puntaje y en la de “Coherencia” ninguno por debajo del límite inferior del IC.

En cuanto a la dimensión de “Redacción y claridad” ocho de los apartados evaluados y que puntuaron por debajo del límite inferior del IC se encontraron en la sección del “Manual para el paciente”, siete en la sección de las “Historias de vida”, cinco en “Ejercicios para pacientes” y uno en las “Guías para el clínico”. Mientras que en la dimensión de “Relevancia” el único apartado por debajo del límite inferior se encontró en la sección de “Historias de vida” y por lo tano fue considerado para ser eliminado ya que no se fue considerado importante para el objetivo del capítulo.

En todos los casos se analizaron las observaciones emitidas por los expertos ya sea en el espacio asignado para ello dentro del formato de evaluación, o directamente en el documento como “control de cambios”.

En el primero capítulo se agregó un párrafo para poder explicar de una forma no invalidante que función puede cumplir la autolesión cuando se busca la atención de las demás personas. Para poder registrar y entender la función de la conducta también se agregó una pregunta para explorar la temporalidad (última vez) y otra para conocer el detonador, en el ejercicio de “intentando entender tus razones para autolesionarte”, y se adicionó una columna de casillas con las opciones para facilitarlo. Una de las historias, “la historia de Teresa”, se modificó en su redacción de forma que se pudiera neutralizar, ya que

algunos pacientes con alta vulnerabilidad podrían desregularse al leerlo. En el apartado "¿Hay alguien ahí afuera?" se ahondo en la explicación de las ventajas de que el paciente desarrolle la capacidad de contarle a alguien más acerca de su conducta autolesiva, y el papel que tiene el apoyo social en la disminución de estas.

En el capítulo 2 se agregó una definición de crisis según el manual de TDC lo cual puede ser de utilidad para lograr reconocer cuando las pacientes se encuentran en una, y poder hacer uso de las estrategias y el plan propuesto. Dentro del "plan de crisis" se agregaron habilidades TIP desarrolladas en el manual del taller de habilidades de la TDC (Linehan, 1993). En el capítulo 3 el apartado "Paso 2: Analizar detalladamente las opciones" se redactó de una forma resumida, ya que podría ser cansada su lectura y difícil de seguir la lógica

Al apartado de "Asociación entre sentimientos y pensamientos" del capítulo 4, se agregó una definición clara de lo que es el pensamiento, del término de personalización y de catastrofización, con la finalidad de que el paciente que lo lea tenga clara que es lo que estamos nombrando y pueda tener mayor posibilidad de detectar estos términos. En el mismo capítulo, se modificó la presentación del formato "¿cómo cambiar un pensamiento sesgado?" ya que se encontraba en una hoja en posición vertical y dificultaba visualmente su entendimiento y comprensión, por lo que se pasó a una hoja en posición horizontal.
El concepto de "mejorar dando un significado" abordado en el capítulo 6 se detectó que podría ser más claro si se intentaba explicar basándose en las fichas de trabajo del manual de TDC con las fichas de trabajo de aceptación radical. En la sección "guías para el clínico" se anotó como recomendación al terapeuta, el considerar la posibilidad de llevar a cabo la elaboración del "plan de crisis" del capítulo 2 en dos sesiones, ya que el trabajo de esta

actividad en la práctica con estos pacientes se ha visto que puede requerir de más de una sesión dependiendo cada paciente.

Los cambios más relevantes en el Manual fueron la eliminación de una historia de vida (El Full Monty) en el capítulo 3 por considerarse poco relevante, así como agregar párrafos que permitan contextualizar algunas explicaciones. Se revisaron y sustituyeron términos complejos, que se consideraron como abstractos o que se detectaron con poca identificación cultural con la población. Se redactaron algunas oraciones de manera más sencilla con la finalidad de facilitar la comprensión y facilitar la lectura.

Segunda Fase

Se invitaron un total de 24 pacientes de la clínica, todos derivados por los médicos de guardia según el rol establecido. De tres de ellos no se recibió respuesta, tres más decidieron no participar, cinco respondieron con el consentimiento y comenzaron a llenar sus registros, pero no comenzaron intervención y no se les pudo localizar nuevamente, dos iniciaron tratamiento, pero abandonaron después de unas sesiones (por falta de tiempo) y terminaron tratamiento un total de once (como se muestra en la figura 3).

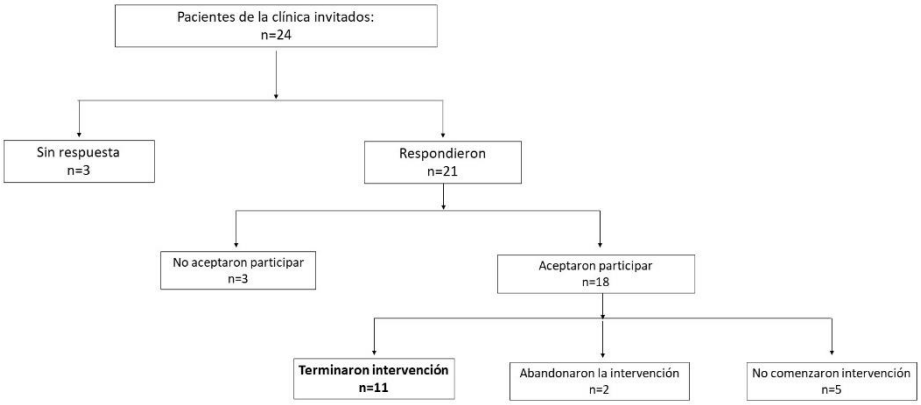

Figura 3. Flujograma de participantes

Se aplicó la intervención a 11 participantes todas mujeres, con una edad promedio de 37 años, ocho de ellas sin pareja (soltera o divorciada) y tres con pareja (casada y unión libre), cinco contaban con la licenciatura terminada, cinco con bachillerato concluido y una con una carrera técnica. Para cinco de las participantes era la primera vez que estaban en terapia, las otras seis ya habían tomado en algún momento de su vida, aunque no lo hacían

en ese momento; dos de ellas ya habían recibido el tratamiento habitual del Instituto (TDC-breve), mientras que el resto se encontraban en lista de espera al momento de la intervención. Seis de ellas refirieron diagnóstico de algún trastorno mental, aparte del TLP (T. depresivo, T. de ansiedad generalizada, T. por estrés postraumático, duelo y T. obsesivo compulsivo, T. por estrés crónico), dos reportaron un problema de salud (Hipotiroidismo e hígado graso) y tres no reportaron ningún otro diagnóstico además del TLP. Todas las participantes se encontraban en tratamiento psiquiátrico al momento del estudio. Solamente 6 de las participantes contestaron los cuestionarios de seguimiento a los 3 meses.

Los datos sociodemográficos descritos anteriormente se resumen en las siguientes tablas.

Tabla 9. Último grado de estudios concluido

	Frecuencia	Porcentaje
C. Técnica	1	9%
Bachillerato	5	45%
Licenciatura	5	45%

Tabla 10. Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Con pareja	3	27%
Sin pareja	8	73%

Tabla 11. Han tomado terapia anteriormente

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5*	45%
No	6	55%

*2 han estado en grupo de habilidades TDC

Los índices de NAP por participantes y variable se resumen en la Tabla 12. Los participantes Px03 mostró n un tamaño de efecto grande en AL, y un tamaño de efecto moderado en dos variables más, la desregulación y impulsividad. El participante Px10 también mostró un tamaño de efecto grande en la variable de AL y un efecto moderado en la desregulación. El participante Px15 mostró un tamaño de efecto moderado en las cuatro variables estudiadas, mientras que los participantes Px04 y Px14 solo mostró efectos moderados en la variable AL, en las otras tres mostraron efecto débil. Los participantes Px11 y Px20 mostraron tamaño de efecto grande en la impulsividad y moderado en las tres restantes. Por último, la participante Px19 fue la única que presentó tamaños de efecto débil en todas la variables.

Tabla 12. Índices NAP

Participante	Autolesión	Desregulación	Evitación	Impulsividad
Px01	0.61	0.67**	0.67**	0.64
Px02	0.93**	0.87**	0.73**	0.17
Px03	**1*** **	0.92**	0.62	0.71**
Px04	0.83**	0.47	0.36	0.44
Px06	0.40	0.47	0.77**	0.17
Px10	**0.94*** **	0.78**	0.42	0.36
Px11	0.83**	0.83**	0.83**	**0.94*** **
Px14	0.83**	0.20	0.63	0.10
Px15	0.83**	0.83**	0.70**	0.77**
Px19	0.61	0.03	0.08	0.42
Px20	0.92**	0.87**	0.87**	**1*** **

Nota: ** Tamaño de efecto moderado, *** Tamaño de efecto grande

Las variables en donde se observaron mayor cantidad de tamaños de efecto grandes y moderados fueron en la AL, en donde dos participantes registraron tamaños de efecto grandes. La variable de desregulación no presento tamaños de efecto grandes, aunque sí 7 participantes registraron tamaños de efecto moderados. En la variable de evitación se

registraron 6 participantes con tamaño de efecto moderados, y en la variable de impulsividad, que fue en donde menos tamaños de efecto moderados o grandes se registraron, con 2 tamaños de efecto moderados y 2 grandes.

Autolesión

La gráfica 4 muestra los resultados de las 11 participantes en la variable de autolesión, dividiendo las primeras mediciones que conforman la línea base, de las mediciones durante el tiempo que duró la intervención (5 a 6 sesiones), y las personas que contestaron una aplicación de seguimiento. Diez de las participantes reportaron autolesiones significativas (mayor a 2) en por lo menos uno de sus registros de línea base. A lo largo de las sesiones tres de las participantes vuelven a reportar un puntaje mayor a 2, dos de ellas en más de una ocasión. Nueve participantes redujeron a cero sus puntuaciones, de las cuales en siete de ellas esta puntuación prevalecía en los últimos tres registros. Seis participantes contestaron el seguimiento, las cuales se mantuvieron con una puntuación de cero. En cuanto al índice NAP, dos participantes mostraron un tamaño del efecto grande, seis presentaron tamaño de efecto moderado y tres un tamaño del efecto débil.

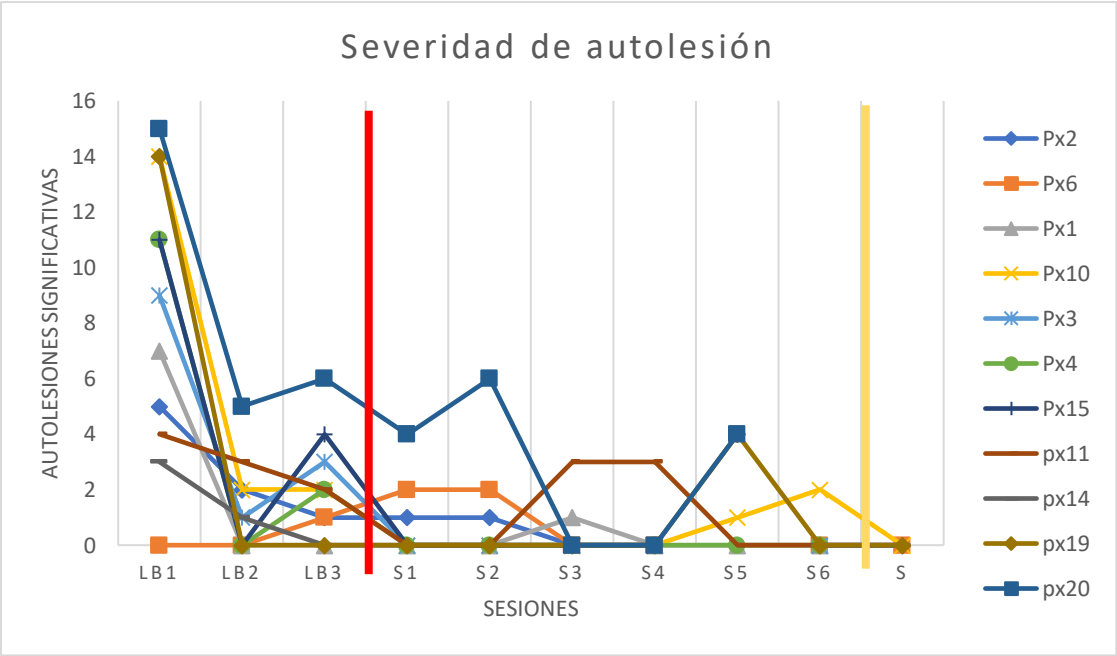

Figura 4. Puntuaciones de las autolesiones significativas. LB: Línea base, S: sesión, P: participante

Impulsividad

Esta fue la variable que presentó puntajes más bajos en el índice NAP, así como menos cantidad de participantes con tamaños de efecto mayores al débil (dos participantes con tamaño de efecto moderado y dos con tamaño del efecto grande). En cuanto a los puntajes, en la figura 5 se aprecia que las líneas de cinco de las participantes muestran una tendencia a disminuir, aunque las puntuaciones varían pocos puntos. En el caso de cuatro participantes se observan variaciones, sin, embargo, no hay cambios relevantes en sus puntuaciones de LB y las finales. Opuesto a esto dos de las participantes (Px10 y Px14) muestran una tendencia al aumento de las puntuaciones. En el seguimiento una participante mostró un ligero aumento, una se mantuvo y las otras cuatro disminuyeron sus puntuaciones.

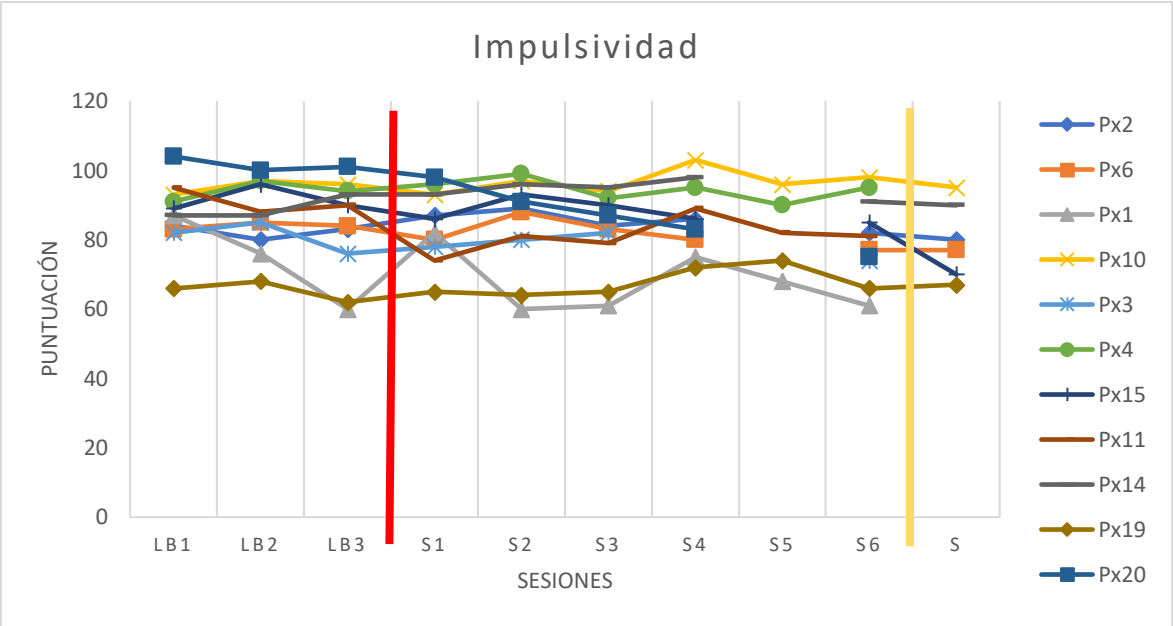

Figura 5. Gráfica de las puntuaciones de impulsividad. LB: Línea base, S: sesión, P: participante

Desregulación Emocional

Respecto a la variable de desregulación emocional los puntajes se muestran en la figura 6, en donde se presentaron ligeras diferencias al comparar la línea base con la intervención de cada participante, sin embargo, predominan el constante cambio de la dirección de las líneas de la gráfica. En tres de las participantes (Px3, Px11 y Px20) se observa una ligera tendencia a la reducción de la puntuación de esta variable durante la intervención, lo cual coincide con lo observado en el tamaño del efecto moderado respecto a los índices NAP. En el seguimiento tres participantes se mantuvieron en la tendencia a la reducción y tres reportaron un aumento sin mostrar un patrón específico. Siete participantes mostraron un tamaño de efecto grande en los índices NAP, el resto mostraron un tamaño de efecto débil.

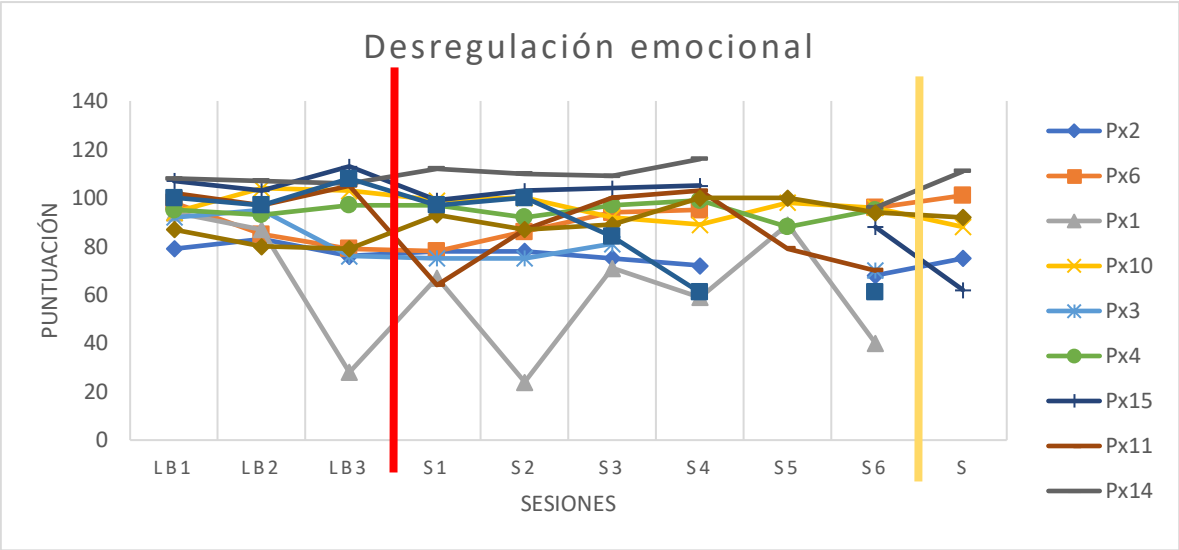

Figura 6. Puntuaciones de desregulación emocional. LB: Línea base, S: sesión, P: participante

Evitación Experiencial

Al igual que en la variable anterior, la cantidad de participantes en las que se puede observar una tendencia a la disminución es menor que en la variable de autolesión, estas puntuaciones están representadas en la figura 7. La disminución puede verse de manera más marcada en tres de las participantes (Px6, Px11 y Px20), lo cual coincide con los índices NAP que muestran tamaños del efecto moderados, mientras que las puntuaciones de dos de las participantes (Px10 y Px19) mostraron una tendencia a incrementarse. En el seguimiento tres participantes mostraron una ligera disminución y tres de ellas un aumento, sin mostrar un patrón claro en las gráficas.

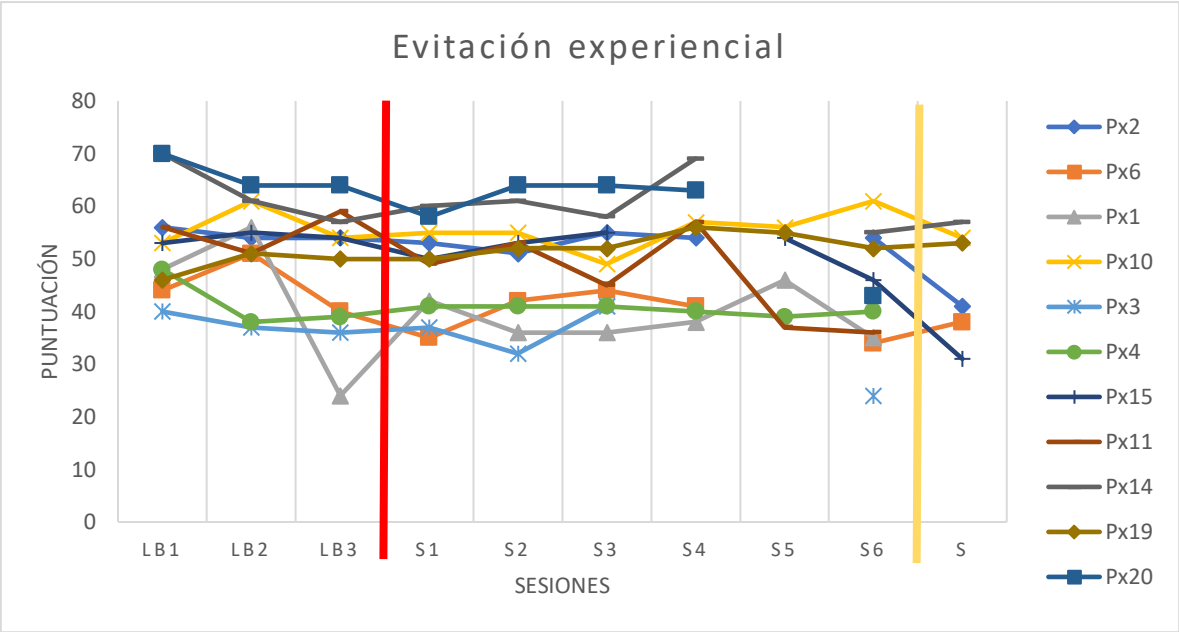

Figura 7. Puntuaciones de evitación experiencial. LB: Línea base, S: sesión, P: participante

Gravedad de TLP

En cuanto a la gravedad del TLP se consideraron los puntajes al inicio de las mediciones de línea base y al final de la intervención, mostrando mejoría en ocho de las participantes, dos de las participantes redujeron sus puntuaciones casi a la mitad. Una de las participantes no presentó cambios en sus puntuaciones pre y post, y dos de ellas mostraron un aumento en esta variable. En los reportes de seguimiento cuatro participantes mostraron una disminución, dos de ellas con una clara tendencia en este sentido, y dos participantes aumentaron sus puntuaciones. Lo anterior se representa en la figura 8.

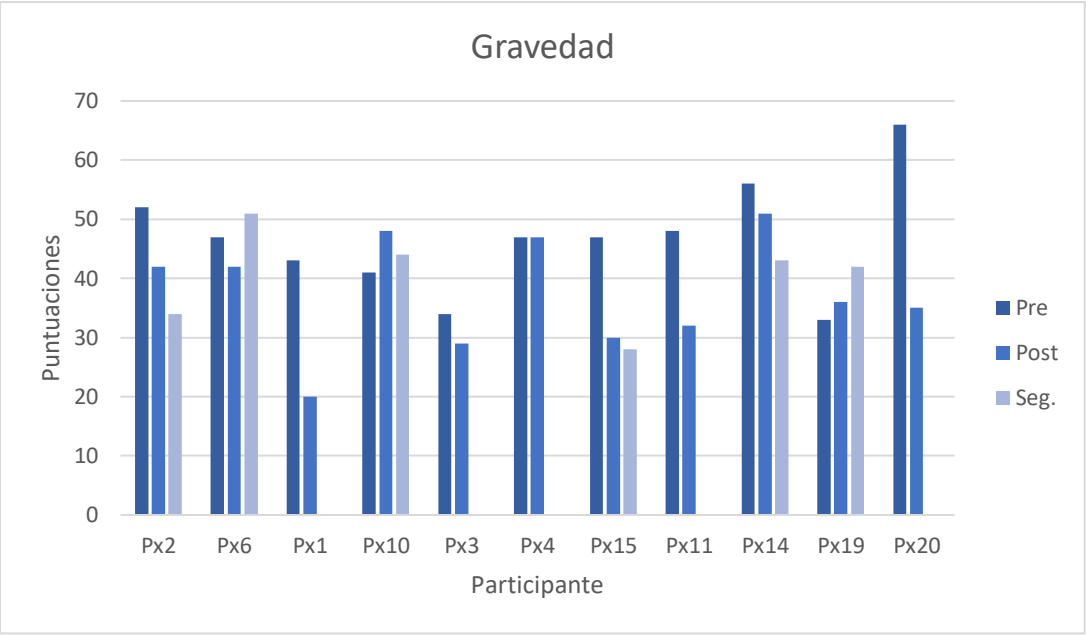

Figura 8. Puntuaciones de la severidad del TLP. P: participante

Consumo de Sustancias

En la figura 9 se observa que siete de las participantes no presentaron riesgo elevado de consumo de alcohol (>10 puntos), en su registro antes de la intervención, por lo que no se les dio el capítulo 5 del manual; no obstante, tres de ellas presentaron un aumento en su puntaje, pasando en los tres casos a presentar un consumo de riesgo al finalizar la intervención. Las cuatro participantes restantes mostraron un consumo de riesgo moderado por lo que se les dio la intervención completa, mostrando tres de ellas una disminución en sus mediciones post, llegando una de ellas a disminuir incluso su nivel de riesgo. De las seis participantes que contestaron el seguimiento tres de ellas mostraron una reducción en su consumo (una de ellas redujo el riesgo), dos mantuvieron los mismos puntajes (riesgo bajo) y una aumentó las puntuaciones.

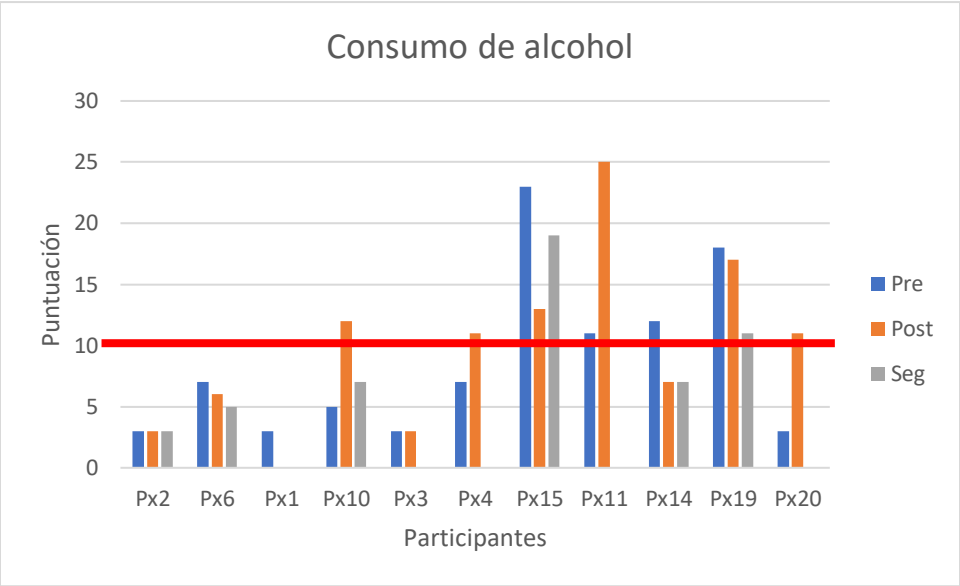

Figura 9. Puntuaciones de la severidad del TLP. P: participante

Encuesta de Satisfacción

Respecto a los resultados de la encuesta de satisfacción, las preguntas con escala de tipo Likert de 5 puntos, nos indican que las participantes muestran una media de 3.55 al auto percibir una mejora con el tratamiento, 2.91 en cuanto a la duración de las sesiones (50 minutos), 4.27 al calificar el contenido del material y considerarlo importante, 3.91 al identificar el material como entendible. En promedio calificaron con 3.73 su satisfacción con el tratamiento, 3.91 al calificarlo como útil en su padecimiento y 4.45 como una calificación al tratamiento en general. Todas estas puntuaciones son con tendencia a una evaluación positiva en general de cada una de las partes evaluadas. Por otro lado, también se observa una valoración más baja en los puntajes respecto a la duración del tratamiento (2.55) reflejando la necesidad de las participantes de tener un tratamiento más largo (Figura 10).

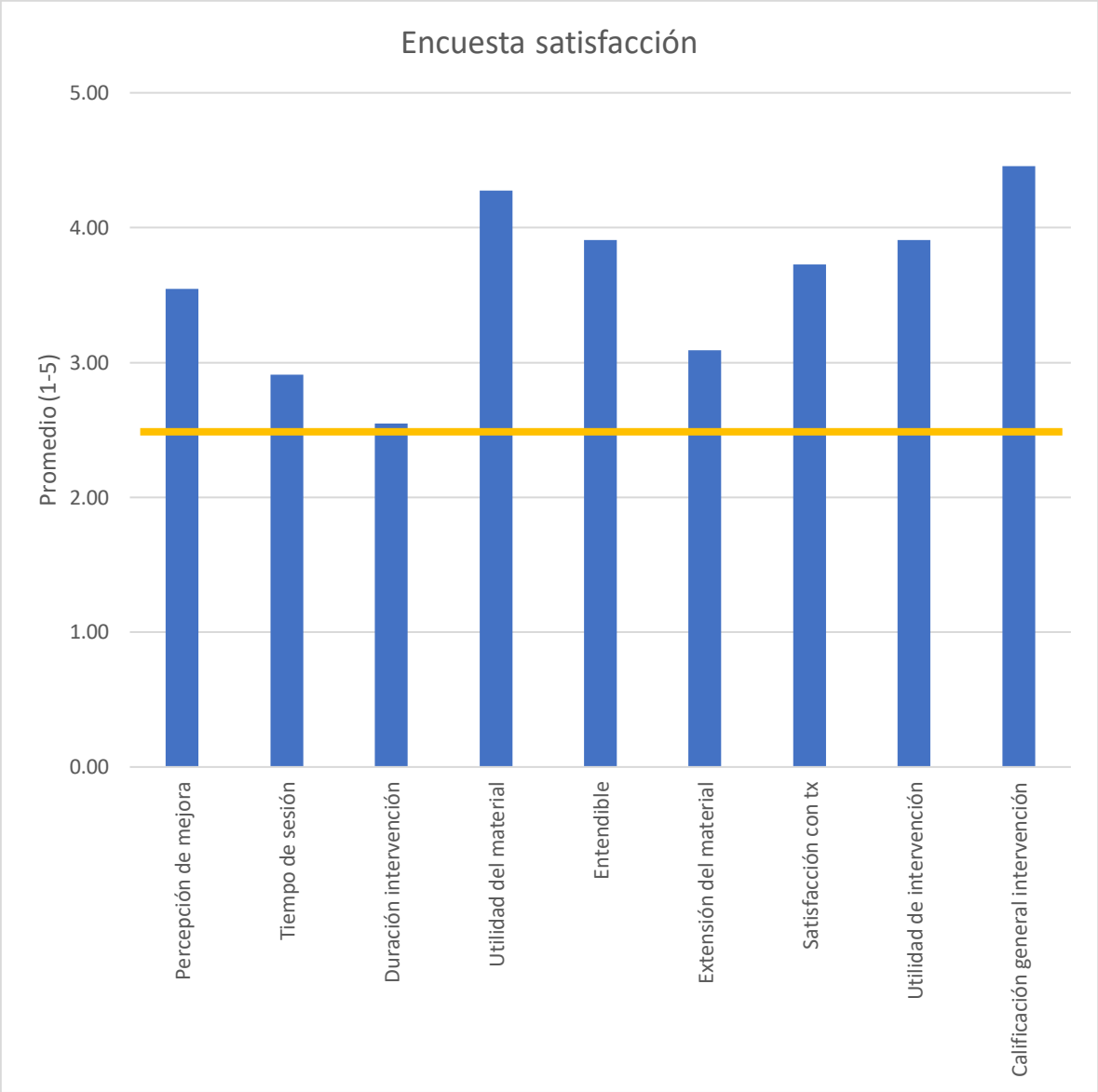

Figura 10. Puntuaciones de la media en las respuestas cuantitativas de los diferentes reactivos

Las observaciones cualitativas indican la satisfacción de las participantes, tanto con las estrategias aprendidas, el material, el modo de aplicación (en línea), así como la confirmación de la necesidad de una mayor cantidad de sesiones para poder practicar y aplicar lo revisado en el manual.

Análisis por Pacientes

La participante Px01 mostró una reducción importante en la gravedad del TLP, reduciéndose casi a la mitad sus puntuaciones al finalizar el tratamiento. No presentó consumo de alcohol de riesgo, por lo que no se le dio el módulo 5 de la intervención. La participante mostró tamaños de efecto débiles y medios en las variables medidas, como se muestra en la tabla 13, donde se resumen los índices NAP calculados en cada una de estas. Esta participante ya había tomado el tratamiento habitual de la clínica, sin embargo, reportaba conductas autolesivas significativas con una media en su línea base de 2.33, las cuales se lograron reducir a 0.17 después del tratamiento. De igual forma, las medias y medianas de todas las variables fueron menores durante la intervención a las presentadas en la línea base.

Tabla 13. Índices NAP, tamaño de efecto, medias y medianas de Px01

	NAP	Tamaño del efecto	Media durante LB	Media durante Tratamiento	Mediana durante LB	Mediana durante Tratamiento
Autolesión	0.61**	Débil	2.33	0.17	0	0
Desregulación	0.67**	Medio	69.67	58.33	87	63
Evitación	0.67**	Medio	42.67	38.83	48	37
Impulsividad	0.64**	Débil	74.33	67.83	76	64.5

Nota: ** Tamaño de efecto moderado, *** Tamaño de efecto grande

La participante Px02 mostró una reducción considerable en la escala de gravedad del TLP y no presentó consumo de alcohol de riesgo, por lo que tampoco se le dio el módulo 5 de la intervención. La participante mostró tamaño de efecto grande en la variable de autolesión lo cual se refleja en los cambios de sus puntuaciones de las medias y medianas durante la LB y durante el tratamiento, reduciendo ambas en 2 puntos. En las variables de desregulación y de evitación se calcularon índices NAP con tamaño de efecto

medio. En la primera de estás mostro reducción de puntajes en la media y mediana, mientras que la segunda variable no presento movimientos importantes en estos cálculos. Por último, la variable de impulsividad mostró un aumento en los puntajes de la media (de 82.33 a 85.6) y de mediana (de 83 a 86), por lo que el tamaño del efecto del tratamiento en esta variable fue débil. Lo anterior se resume en la tabla 14.

Tabla 14. Índices NAP, tamaño de efecto, medias y medianas de Px02

	NAP	**Tamaño del efecto**	**Media durante LB**	**Media durante Tratamiento**	**Mediana durante LB**	**Mediana durante Tratamiento**
Autolesión	**0.93*** **	Grande	2.67	0.4	2	0
Desregulación	0.87**	Medio	79.33	74.2	79	75
Evitación	0.73**	Medio	54.67	53.4	54	54
Impulsividad	0.17	Débil	82.33	85.6	83	86

Nota: ** Tamaño de efecto moderado, *** Tamaño de efecto grande

La participante Px03 mostró una ligera reducción en la escala de gravedad del TLP, sus puntuaciones en cuanto al riesgo de alcohol fueron bajas y no se le dio el módulo 5. Se calculó un índice NAP para la autolesión de 1.00, con un tamaño del efecto grande, lo cual refleja que durante toda la intervención redujo las autolesiones significativas a cero, como muestran la media y mediana durante el tratamiento. El índice NAP para la desregulación y para la impulsividad reflejaron un tamaño del efecto medio, siendo más marcada la diferencia en las puntuaciones de la desregulación (reduce más de 10 puntos en media y mediana), que en los de impulsividad. La variable de evitación mostró ligeras reducciones en sus medias y medianas, teniendo un tamaño de efecto débil. Todo esto se ilustra en la tabla 15.

Tabla 15. Índices NAP, tamaño de efecto, medias y medianas de Px03

	NAP	Tamaño del efecto	Media durante LB	Media durante Tratamiento	Mediana durante LB	Mediana durante Tratamiento
Autolesión	**1*** **	Grande	4.33	0	3	0
Desregulación	0.92**	Medio	87.67	75.25	92	75
Evitación	0.62	Débil	37.67	33.5	37	34.5
Impulsividad	0.71**	Medio	81	78.5	82	79

Nota: ** Tamaño de efecto moderado, *** Tamaño de efecto grande

La participante Px04 mantuvo sus puntajes en la escala de gravedad del TLP antes y después del tratamiento. En la escala de consumo de alcohol no presentó una puntuación de riesgo antes de la intervención, sin embargo, se incrementó al finalizar la misma, llegando incluso a considerarse de riesgo medio. Se calculó un índice NAP para la autolesión de 0.83, que equivale a un tamaño del efecto medio, mostrando una reducción en la media y mediana de las autolesiones significativas durante el tratamiento, reduciéndose a cero. Las demás variables presentaron un tamaño del efecto débil, con cambios pequeños en la media y mediana de las puntuaciones, e incluso en un aumento en la variable de impulsividad (tabla 16).

Tabla 16. Índices NAP, tamaño de efecto, medias y medianas de Px04

	NAP	Tamaño del efecto	Media durante LB	Media durante Tratamiento	Mediana durante LB	Mediana durante Tratamiento
Autolesión	0.83**	Medio	4.33	0	2	0
Desregulación	0.47	Débil	95	94.67	95	96
Evitación	0.36	Débil	41.67	40.33	39	40.5
Impulsividad	0.44	Débil	94	95.5	94	95

Nota: ** Tamaño de efecto moderado, *** Tamaño de efecto grande

La participante Px06 mostró una ligera reducción en sus puntajes de gravedad de TLP entre el pre y post, al igual que en el nivel de riesgo de consumo de alcohol, manteniéndose estos últimos por debajo de nivel de riesgo medio sin la aplicación del módulo 5 de la intervención. En la tabla 17 se resumen los índices NAP y la media y mediana de las puntuaciones durante la LB y durante el tratamiento de las 4 variables de interés. En esta tabla podemos observar índices NAP bajos con tamaño de efecto débil en 3 de las variables (autolesión, desregulación e impulsividad), en las cuales incluso hubo aumento en la media y mediana de las puntuaciones durante la intervención. La única variable que presentó un tamaño de efecto medio (con un NAP 0.77) fue la evitación, en donde la reducción de la media y mediana de puntajes durante el tratamiento fue de pocos puntos.

Tabla 17. Índices NAP, tamaño de efecto, medias y medianas de Px06

	NAP	Tamaño del efecto	Media durante LB	Media durante Tratamiento	Mediana durante LB	Mediana durante Tratamiento
Autolesión	0.40	Débil	0.33	0.8	0	0
Desregulación	0.47	Débil	87.33	89.8	85	94
Evitación	0.77**	Medio	45	39.2	44	41
Impulsividad	0.17	Débil	82.33	85.6	83	86

Nota: ** Tamaño de efecto moderado, *** Tamaño de efecto grande

La participante Px10 aumentó las puntuaciones de gravedad del TPL (de 41 a 48 puntos) en las mediciones pre y post. Inicialmente no presentó puntuaciones que indicaran un riesgo en su consumo de alcohol antes de iniciar el tratamiento, por lo que no se le dio el módulo 5 del tratamiento, no obstante, presentó un aumento considerable en esta escala, terminando con puntuación que indican un riesgo moderado. En la tabla 18 se muestran los índices NAP obtenidos con su respectivo tamaño del efecto, presentando un tamaño de

efecto grande en la variable de autolesión, un tamaño de efecto medio en la desregulación, y un tamaño del efecto débil en evitación e impulsividad, siendo estás últimas variables donde hubo un incremento en la media y mediana de las puntuaciones.

Tabla 18. Índices NAP, tamaño de efecto, medias y medianas de Px10

	NAP	Tamaño del efecto	Media durante LB	Media durante Tratamiento	Mediana durante LB	Mediana durante Tratamiento
Autolesión	**0.94*** **	Grande	6	0.5	2	0
Desregulación	0.78**	Medio	100.33	95.67	103	97
Evitación	0.42	Débil	56	55.5	54	55.5
Impulsividad	0.36	Débil	95.33	96.83	96	96.5

Nota: ** Tamaño de efecto moderado, *** Tamaño de efecto grande

La participante Px11 redujo sus puntuaciones en la escala de gravedad de TLP mostrando una diferencia de 16 puntos en las mediciones pre y post. Mostró un nivel de riesgo moderado en el consumo de alcohol, el cual al finalizar la intervención se incrementó de manera considerable, aun cuando esta participante sí recibió el módulo 5 de la intervención. En las variables de autolesión, desregulación y evitación obtuvo el mismo índice NAP (0.83) el cual equivale a un tamaño del efecto medio. Mostró una reducción importante en las medias y medianas de los puntajes de cada uno de estos instrumentos, sin llegar a reducir la autolesión significativa a cero. En la variable de impulsividad obtuvo un índice NAP de 0.94, equivalente a un tamaño de efecto grande, mostrando un decremento importante en la media y mediana durante el tratamiento en comparación con la línea base (tabla 19).

Tabla 19. Índices NAP, tamaño de efecto, medias y medianas de Px11

	NAP	Tamaño del efecto	Media durante LB	Media durante Tratamiento	Mediana durante LB	Mediana durante Tratamiento
Autolesión	0.83**	Medio	3	1	3	1
Desregulación	0.83**	Medio	101.33	83.83	102	83
Evitación	0.83**	Medio	55.33	46.17	56	47
Impulsividad	**0.94*** **	Grande	91	81	90	81

Nota: ** Tamaño de efecto moderado, *** Tamaño de efecto grande

La participante Px14 mostró desde el inicio puntajes altos en la escala de gravedad de TLP antes de iniciar con el tratamiento, al finalizar mostró una ligera reducción de 5 puntos. Se detectó antes de comenzar la intervención un riesgo medio en el consumo de alcohol por lo que se le dieron las estrategias encaminadas a tratar esta variable, mostrando una disminución importante en esta puntuación, bajando su nivel de riesgo a bajo al finalizar la intervención. En las variables medidas semanalmente no mostró tamaño de efecto grande al calcular los índices NAP, únicamente en la variable de autolesión se observó una disminución de las medias y medianas durante la línea base a comparación de durante el tratamiento, lo cual equivale a un tamaño de efecto medio en el índice NAP. Las demás variables mostraron tamaño de efecto débiles mostrando un aumento durante el tratamiento, en las medias y medianas de las puntuaciones (tabla 20).

Tabla 20. Índices NAP, tamaño de efecto, medias y medianas de Px14

	NAP	Tamaño del efecto	Media durante LB	Media durante Tratamiento	Mediana durante LB	Mediana durante Tratamiento
Autolesión	0.83**	Medio	1.33	0	1	0
Desregulación	0.20	Débil	107	108.6	107	110
Evitación	0.63	Débil	62.67	69.6	61	60
Impulsividad	0.10	Débil	89	94.6	87	95

Nota: ** Tamaño de efecto moderado, *** Tamaño de efecto grande

La participante Px15 mostró una reducción importante en los puntajes pre y post de la escala de gravedad de TLP, de igual forma, hubo una reducción considerable en los puntajes de nivel de consumo entre el pre y el post, sin embargo, no logró bajar en el nivel de riesgo de medio a bajo. Al calcular los índices NAP por variable, las cuatro mostraron un tamaño de efecto medio, mostrando reducciones en las medias y medianas durante el tratamiento de cada una de las estás variables. La variable de autolesiones significativas logró reducirse a cero tanto en la media como en la mediana durante el tratamiento como se muestra en la tabla 21.

Tabla 21. Índices NAP, tamaño de efecto, medias y medianas de Px15

	NAP	Tamaño del efecto	Media durante LB	Media durante Tratamiento	Mediana durante LB	Mediana durante Tratamiento
Autolesión	0.83**	Medio	5	0	4	0
Desregulación	0.83**	Medio	107.67	99.8	107	103
Evitación	0.70**	Medio	54	51.6	54	53
Impulsividad	0.77**	Medio	91.67	88	90	86

Nota: ** Tamaño de efecto moderado, *** Tamaño de efecto grande

La participante Px19 mostró un leve incremento en las puntuaciones pre y post de la escala de gravedad de TLP. Se detectó un consumo de riesgo de alcohol, por lo que se le dio el módulo 5 de la intervención, sin lograr reducir su riesgo el finalizar la intervención, y solo reducir pocos puntos en esta escala. Al calcular los índices NAP por variable, se observan únicamente tamaños de efecto débiles, mostrando los puntajes más bajos de NAP en todas las participantes, y con un incremento durante el tratamiento en la media y mediana de las variables de desregulación, evitación e impulsividad. En la variable de autolesión significativa mostró reducción en la media y se mantuvo en la mediana durante el tratamiento (tabla 22).

Tabla 22. Índices NAP, tamaño de efecto, medias y medianas de Px19

	NAP	Tamaño del efecto	Media durante LB	Media durante Tratamiento	Mediana durante LB	Mediana durante Tratamiento
Autolesión	0.61	Débil	4.67	0.67	0	0
Desregulación	0.03	Débil	82	93.83	80	93.5
Evitación	0.08	Débil	49	52.83	50	52
Impulsividad	0.42	Débil	65.33	67.67	66	65.5

Nota: ** Tamaño de efecto moderado, *** Tamaño de efecto grande

Por último, la participante Px20, fue la que mostró la puntuación más elevada de en el pre de la escala de gravedad del TLP, entre todas las participantes del estudio, mostrando una reducción muy importante en la puntuación de la aplicación post (31 puntos). Al puntuar sin riesgo de consumo de alcohol antes de iniciar el tratamiento, no se le dio el módulo 5 de la intervención, sin embargo, esta puntuación se incrementó al finalizar la intervención, llegando incluso a un aumento en el nivel de riesgo (medio). Al calcular los índices NAP por variable, se observó un tamaño de efecto medio en la autolesión la desregulación y la evitación, con índices altos (0.92, 0.87 y 0.87 respectivamente) sin llegar a ser un tamaño de efecto grande. En las autolesiones significativas se redijo considerablemente la media y mediana durante el tratamiento a comparación de la línea base, sin llegar a ser cero. La desregulación mostró reducciones importantes en la media y mediana durante el tratamiento, y la evitación también reducciones, aunque más discretas. La Px20 mostró un índice NAP con tamaño de efecto grande en la variable de impulsividad (1.00), lo cual se refleja en la disminución notable de medias y medianas de los puntuajes durante el tratamiento. Lo anterior se resume en la tabla 23.

Tabla 23. Índices NAP, tamaño de efecto, medias y medianas de Px20

	NAP	Tamaño del efecto	Media durante LB	Media durante Tratamiento	Mediana durante LB	Mediana durante Tratamiento
Autolesión	0.92**	Medio	8.67	2.33	6	2
Desregulación	0.87**	Medio	101.67	80.6	100	84
Evitación	0.87**	Medio	66	58.4	64	63
Impulsividad	**1.00*** **	Grande	101.67	86.8	101	87

Nota: ** Tamaño de efecto moderado, *** Tamaño de efecto grande

Discusión y Limitaciones

En este estudio se realizó la adaptación de la terapia cognitiva asistida por manual, la cual trató de reunir evidencias de validez de contenido, al ser realizada bajo los lineamientos de adaptación de Barrera y Castro (2006), evaluada por clínicos expertos y al considerar la opinión de los pacientes después del piloteo, lo que posibilita que esta sea usada para reducir la autolesión en población mexicana con TLP. En el estudio piloto se pudo observar una disminución de la severidad de la conducta de AL al aplicar la intervención adaptada, lo cual coincide con lo reportado en otros estudios que han utilizado dicha intervención (Byford et al., 2003; Davidson et al., 2004; Davidson *et al.*, 2014; Evans *et al.*, 1999; Goldney, 2004; Tyrer et al., 2003a;; Tyrer et al., 2003b; Tyrer et al., 2004; Weinberg et al., 2006), los cuales mostraron resultados favorables en la reducción de esta variable.

En el estudio la mayoría de las participantes, a excepción de dos, redujeron a cero la severidad de la autolesión al término de la intervención. En algunos casos, también se encontró una reducción de las otras variables que se encuentran relacionadas con la conducta, sin embargo, no todas las participantes lograron esa reducción. Como se ha visto en la literatura la desregulación emocional (Chapman et al., 2006; Linehan, 1993) tiene un papel central en la AL, y cumple la función de aliviar estados emocionales aversivos, sobre todo en personas con TLP. Una posible explicación de que no se lograra esta reducción es que para romper este patrón conductual se requiere aprender estrategias básicas como experimentar e identificar las emociones y regular los estímulos de las emociones (Linehan, 1993) las cuales requieren de tiempo y práctica constante para su aprendizaje, lo que es difícil conseguir en intervenciones breves.

Caso similar sucede con la evitación experiencial, ya que las personas con TLP pueden experimentar un déficit en las habilidades para afrontar el malestar, recurriendo de primera instancia a la evitación de estados aversivos a través de la AL, patrón que se mantiene al llevar la atención a otros estados más soportables para la persona y que requiere de tiempo y práctica para modificar (Chapman *et al.*, 2005; Chapman *et al*., 2006).

En cuanto a la impulsividad se han identificados diferentes facetas en este constructo, como las relacionadas con aspectos cognitivos y las relacionadas con las afectivas. En al cuestionario utilizado en la presente intervención se incluyen únicamente las primeras por lo que es posible que no se estén identificando los cambios generales de la intervención en esta variable (Lockwood *et al*., 2017).

Cambiar patrones de respuesta tan arraigados y gratificantes puede requerir una práctica constante y de largo plazo, por lo que es posible que una intervención breve como la del presente estudio resulte en un cambio moderado en estas variables. Sin embargo, esta intervención, que incorpora estrategias de tolerancia al malestar (Linehan, 1993), demuestra que, aunque no se modifiquen totalmente la desregulación emocional, la impulsividad y la evitación experiencial, sí puede incidir directamente en la conducta de AL, lo cual hace que pueda funcionar como un tratamiento adicional a la intervención habitual. Lo anterior es apoyado por los resultados de las dos las participantes (Px02 y Px01) que habían aprendido habilidades en el tratamiento habitual de la clínica y que mostraron tamaños del efecto moderados en desregulación emocional y en evitación experiencial, así como reducción de la gravedad del TLP, lo cual también coincide con otros estudios (Morey et al., 2010; Tyrer et al., 2004; Weingberg et al., 2006).

Se logró identificar un cambio importante en la conducta de autolesión al reducir la severidad de esta conducta. A pesar de que se observan disminución en las otras variables

medidas en el estudio, ningún participante presento reducción significativa en todas al mismo tiempo. Esto se contrapone con el modelo propuesto por Chapman *et al.* (2006) en donde se explica la implicación de las variables en la conducta. Lo anterior puede explicarse debido a que las estrategias utilizadas en la intervención están dirigidas a reducir la conducta sin necesariamente reducir las otras variables, es decir, en orden inverso a lo que plantea el modelo. Lo anterior podría traer implicaciones importantes ya que, si no complementan con el uso de estrategias que intervengan en las otras variables implicadas, a mediano plazo podría reaparecer la AL.

Durante el transcurso de las sesiones se observó que nueve de las participantes tenían la percepción de contar con el apoyo de algún familiar cercano, o amigo, siendo en algunos de los casos la principal motivación de mejora el mejorar la relación con estás personas. En las dos participantes restantes existía una sensación de aislamiento y poco contacto con personas, sus principales motivaciones al cambio fueron su desempeño laboral y lograr retomar y terminar sus estudios. Estás participantes fueron las que reportaron no compartir el capítulo dirigido a familiares, y mostraron tamaños de efecto débiles en las variables medidas al calcular el índice NAP, lo que puede sugerir ser un factor importante el apoyo social que reciben las personas con TLP para aumentar la motivación hacia el cambio (Mushtaq *et al.*, 2014), especialmente de los familiares y allegados (Miller, 2013; Regalado *et al.*, 2011), por lo que valdría la pena hacer énfasis en el uso del capítulo 7 de la intervención dirigido a estas personas.

En cuanto a la aplicación del módulo de reducción de consumos, únicamente se le dio a 4 de las participantes, ya que presentaron un riesgo medio de consumo, mostrando una reducción en sus puntajes (no necesariamente de su nivel de riesgo), sin embargo, se observó que en tres de los participantes que no recibieron este módulo, tanto el puntaje

como el nivel de riesgo aumento después de la intervención. Al ser una población con falta de estrategias para la regulación de sus emociones, con alta impulsividad y tendencia a la evitación (Linhehan, 1993; Linehan *et al.*, 2001) podría resultar importante dar el módulo de una forma preventiva a todos los que reciban el tratamiento en futuras ocasiones.

En cuanto la aceptabilidad de la intervención por las participantes resulta importante considerar los comentarios recabados en la encuesta de satisfacción. Uno de los aspectos negativos que expresaron estaba enfocado a la percepción de la brevedad del tratamiento ("*considero que debieron haber sido más* (sesiones)*, al menos el doble*", "*Pocas sesiones*", "*Sesiones más largas y que duren más tiempo*"). Una de las participantes refirió que le hubiera gustado iniciar las sesiones de forma diferente ("*al inicio de cada sesión me hubiera gustado que éstas comenzaran utilizando Mindfulness*"). En cuanto aspectos positivos, un elemento que destacaron fue la autopercepción de mejora ("*el haber conocido nuevas habilidades y recordar lo anteriormente aprendido en una terapia de DBT que tuve hace tres años, el darme cuenta de que soy una persona que aun puedo hacer algo por mí y para salir adelante de toda esta clase de adversidades por las que me encuentro atravesando*" "*Las estrategias para manejar las situaciones de crisis*", "*Me ayudó mucho, me seguirá ayudando*". "*ahora tengo herramientas y conocimiento de cómo enfrentar los problemas y emociones*"). También mostraron su agrado con el formato de la intervención ("*me gustó las sesiones por Zoom*", "*las lecturas y los ejercicios no se me dificultaron tanto en resolverlos sola*", "*El material es bastante claro*", "*las experiencias para una mejor comprensión*" "*me ayudó mucho a entender gracias*"). En general, las participantes refirieron que, aunque les faltó tiempo para dominar las estrategias aprendidas, les quedó la sensación de que es posible hacer algo diferente, lo que se entiende como un aumento en la

motivación. Todas estas observaciones contribuyen a complementar la intervención y sería útil que fueran tomadas en cuenta para futuros estudios o usos de la intervención.

Por otro lado, la forma de evaluar las variables del estudio se definió cuidando la validez ecológica, y utilizando mediciones de uso común en la clínica donde se realizó el presente estudio, sin embargo, estas mediciones fueron de autoreporte, lo que podría conllevar algunos sesgos (Manterola y Otzen, 2015; Gómez-Benito *et al.*, 2010), además, estos instrumentos se utilizaron semanalmente, lo que conlleva la posibilidad de recordar los mismos. Para futuros estudios, se recomienda hacer una revisión exhaustiva de los instrumentos que vayan a utilizarse, teniendo en cuenta la temporalidad de su aplicación, así como haciendo las validaciones necesarias para esta población, Como ejemplo, en el caso del AAQ-II, se han estado desarrollando versiones más breves con alto confiabilidad (Mellín y Padros; (2021). De igual forma, sería útil apoyarse con registros o reportes de familiares (Miller, 2013).

A pesar de las implicaciones que permite este estudio, se deben tener en cuenta las posibles limitaciones del mismo. Es importante reconocer que los participantes del estudio fueron en su mayoría quienes buscaron algún tipo de tratamiento, por lo que su motivación al cambio puede ser elevada, lo cual podría no ser representativo de este tipo de pacientes. La motivación al cambio es un factor importante para considerar en poblaciones con padecimientos mentales severos, existen factores sociales y culturales que pueden facilitar o socavar el sentido de autodeterminación de las personas al momento de estar en un tratamiento, y enfocarse en lograr cambios exigidos socialmente (Jochems *et al.*, 2015; Ryan y Deci, 2008). En este sentido, valdría la pena para estudios posteriores incorporar elementos que fomenten la autoeficacia de los participantes y responsabilizarles en su propio cambio, con la finalidad de aumentar la motivación, tanto de personas que ya se

encuentran dispuestas y buscando el tratamiento como con las que aún se encuentran en etapas de cambio previas (Prochaska y DiClemente, 1982; Prochaska, 2020).

Por otro lado, en este estudio solo se captaron pacientes mujeres que, aunque es la población que más se atiende en la clínica donde se realizó el estudio, no es excluyente, por lo que los resultados podrían variar en participantes hombres, por lo que se sugiere hacer estudios con una mayor cantidad de participantes y con diseños más elaborados que permitan comparar los resultados por sexo.

La intervención fue llevada por e investigador principal, quién cuenta con entrenamiento en TCC y TDC. Dichos conocimientos podrían ser un factor que influye en los resultados al tener un estilo particular de llevar a cabo las sesiones. Para tratar de tener un mayor control de lo anterior, se establecieron una "guías para el clínico", las cuales tienen como finalidad manualizar el tratamiento y que personal de salud de Instituciones públicas que atiende a personas con AL, pueda aplicar esta intervención. Estas guías permitirán ampliar la validez del tratamiento, y permitirán replicar el mismo por terapeutas con diferentes tipos de formación, incluso ampliando la posibilidad de que personal de salud con conocimientos básicos de intervención y aplicación de manuales puedan ser participes de su aplicación, cuidando la integridad de este en diferentes tipos de instituciones, por lo que se recomienda para estudios futuros incorporar profesionales de la salud con diferentes formaciones para controlar esta variable como se ha hecho en otros países (Davidson et al., 2004), e incluso aplicarla de forma grupal, lo cual abriría el alcance de los posibles resultados. A su vez, esto podría ampliar la cantidad de personas a las que se llega a atender, y si se considera la posibilidad de aplicar de manera remota, como se hizo en el presente estudio, y al ser de una duración breve, los alcances podrías ser mayores.

En futuros estudios se recomienda utilizar un criterio de dominio para asegurarse que el paciente tiene los conocimientos propuestos en cada objetivo, por lo que podría trabajarse con módulos en lugar de sesiones, esto podría ser a través de una detección de necesidades de cada participante para lo que le hace falta en cada uno de los módulos (Chorpita *et al.*, 2005). Lo anterior podría ayudar a que las estrategias aprendidas tengan un mayor impacto y sea más probable su generalización en la vida diaria.

También sería altamente recomendable estudiar más a fondo y con un adecuado diseño, la posible relación de diferentes comorbilidades, ya que es una población con alto predominio de estas y podría ser un factor que pudiera interferir con la efectividad de esta intervención (Reichl y Kaess, 2021; Turner *et al.*, 2015. Por último, aportaría información relevante si en futuros estudios se pudiera hacer un seguimiento más específico y constante, con la finalidad de identificar si los cambios encontrados en el presente estudio permanecen en el tiempo.

Conclusiones

La intervención derivada de este estudio fue adaptada y validada por clínicos expertos en el tratamiento de pacientes con TLP, y se sugiere que puede funcionar como un tratamiento adicional, que complemente el tratamiento habitual. Además, cuenta con la ventaja de estar manualizada, por lo que no requiere un entrenamiento especial, y al ser una intervención breve, que ha sido probada y validada de forma remota puede ser utilizada en servicios de salud saturados y aumenta la posibilidad de llegar a una mayor cantidad de personas, incluso de manera no presencial y aplicada por diferentes profesionales de la salud. El estudio piloto mostró una reducción en las conductas de AL significativas, lo cual puede reducir el uso de servicios de emergencia en esta población. Sin embargo, se recomienda la realización de más estudios con diferentes diseños y poblaciones para probar su efectividad.

Aunque el tratamiento se muestra efectivo en la reducción de la autolesión significativa, no es posible generalizarlo en otras variables implicadas en el TLP, por lo que se recomienda que futuros estudios deberán centrarse en probar su efectividad como tratamiento adicional a la intervención habitual.

Referencias

Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and psychological measurement*, 45(1), 131-142.

Alqahtani, M. M. J., Alkhamees, H. A., Alkhalaf, A. M., Alarjan, S. S., Alzahrani, H. S., AlSaad, G. F., Alhrbi, F. H., Wahass, S. H., Khayat, A. H., & Alqahtani, K. M. M. (2021). Toward establishing telepsychology guideline. Turning the challenges of COVID-19 into opportunity. Ethics, Medicine and Public Health, 16, 100612. https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100612

Álvarez, C. & Andión, O. (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(4), 1.

American Psychiatric Association. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association Pub.

Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. World Psychiatry, 13(3), 288-295. https://doi.org/10.1002/wps.20151

Arens, E. A., Stopsack, M., Spitzer, C., Appel, K., Dudeck, M., Völzke, H., ... & Barnow, S. (2013). Borderline personality disorder in four different age groups: a cross-sectional study of community residents in Germany. *Journal of personality disorders*, *27*(2), 196-207.

Asociación Americana de Psiquiatría APA. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5 ª ed.). Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.

Ayodeji, E., Green, J., Roberts, C., Trainor, G., Rothwell, J., Woodham, A., & Wood, A. (2015). The influence of personality disorder on outcome in adolescent self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, *207*(4), 313-319.

Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T. J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(2), 279.

Bailey, A., Mooney-Reh, D., Parker, L., & Temelkovski, S. (2009). Beyond the fragmented self: integrating acceptance and psychodynamic approaches in the treatment of borderline personality. En J. Ciarrochi & F. P. Deane (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary theory, research and practice*, (281-310). Bowen Hills: Australian Academic Press.

Barlow, D. H., Hersen, M., & Miss, J. (1973). Single-Case Experimental Designs. Uses in applied clinical research. *Arch Gen Psychiatry*, 29, 319-325.

Barratt, E. S. (1993). Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological and environmental data. En W. McCowan, J. Johnson, & M. Shure, *The impulsive client: theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Barrera Jr, M., & Castro, F. G. (2006). A heuristic framework for the cultural adaptation of interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *13*(4), 311-316.

Berger, T. (2016). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research, 27, 1-14. https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry*, *156*(10), 1563-1569.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1355-1364.

Bernal, G., Bonilla, J. & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. Journal of Abnormal Child Psychology, 23, 67-82. Doi:10.1007/BF01447045

Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice,* 40, 361–368. doi:10.1037/ a0016401

Bernal, G., & Domenech Rodríguez, M. M. (2012). Cultural adaptation in context: Psychotherapy as a historical account of adaptations. *Cultural Adaptations: Tools for Evidence-Based Practice With Diverse.* 3-22. Doi: http://dx.doi.org/10.1037/13752-001

Bernstein, D. P., Iscan, C., Maser, J., & Boards of Directors of the Association for Research in Personality Disorders and the International Society for the Study of Personality Disorders. (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of Personality Disorders*, *21*(5), 536-551.

Biagini, M., Torres, J., Torruco-Salcedo, M., Carrasco, B. (2009). Estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Salud Mental. 32*(3), 241-249

Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C., Duggan, C. (2006) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, (1) DOI: 10.1002/14651858.CD005652.

Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, *18*(3: Special issue), 226-239. DOI: 10.1521/pedi.18.3.226.35445

Black, E. B., & Mildred, H. (2013). Predicting impulsive self-injurious behavior in a sample of adult women. *The Journal of nervous and mental disease*, *201*(1), 72-75.

Byford, S., Knapp, M., Greenshields, J., Ukoumunne, O. C., Jones, V., Thompson, S., ... & Davidson, K. (2003). Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. *Psychological Medicine*, *33*(6), 977-986.

Castro, E., Benjet, C., Juárez, F., Jurado, S., Lucio, E. & Cruz, A. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, *6*(3), 2544-2551.

Cerutti, R., Presaghi, F., Manca, M., & Gratz, K. L. (2012). Deliberate self-harm behavior among Italian young adults: Correlations with clinical and nonclinical dimensions of personality. *American journal of orthopsychiatry*, *82*(3), 298.

Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy*, *44*(3), 371-394.

Chapman, A. L., Specht, M. W., & Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role?. Suicide and Life-Threatening Behavior, 35(4), 388-399.

Charter, R. A. (2003). A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *The Journal of General Psychology*, 130(3), 290-304.

Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. Applied and Preventive Psychology, 11(3), 141-156.

Ciarrochi, J., & Bilich, L. (2006). Acceptance and commitment therapy. *Measures Package (University of Wollongong: School of Psychology)*.

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. OPS y CIOMS, 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34457/9789290360902-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, *15*(6), 487-495.

Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, *188*(5), 423-431.

Coughtrey, A. E., & Pistrang, N. (2018). The effectiveness of telephone-delivered psychological therapies for depression and anxiety: A systematic review. Journal of Telemedicine and Telecare, 24(2), 65-74. https://doi.org/10.1177/1357633X16686547

Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, *74*(4), 319-328.

Davidson, K., Brown, T. M., James, V., Kirk, J., & Richardson, J. (2014). Manual-assisted cognitive therapy for self-harm in personality disorder and substance misuse: a feasibility trial. *The Psychiatric Bulletin*, *38*(3), 108-111.

Davidson, K., Scott, J., Schmidt, U., Tata, P., Thornton, S., & Tyrer, P. (2004). Therapist competence and clinical outcome in the Prevention of Parasuicide by Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy Trial: the POPMACT study. *Psychological medicine*, *34*(5), 855-863.

Dickstein, D. P., Puzia, M. E., Cushman, G. K., Weissman, A. B., Wegbreit, E., Kim, K. L., ... & Spirito, A. (2015). Self-injurious implicit attitudes among adolescent suicide attempters versus those engaged in nonsuicidal self-injury. *Journal of child psychology and psychiatry*, *56*(10), 1127-1136.

Dubo, E. D., Zanarini, M. C., Lewis, R. E., & Williams, A. A. (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *42*(1), 63-69.

Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing–externalizing structure of common mental disorders. *Psychological medicine*, *41*(5), 1041-1050.

Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.

Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., ... & Thompson, S. (1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological medicine*, *29*(1), 19-25.

Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective.

Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease*, *186*(5), 259-268.

Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric Services*, *44*(2), 134-140.

Firestone, R. W., & Seiden, R. H. (1990). Suicide and the continuum of self-destructive behavior. *Journal of American College Health*, *38*(5), 207-213.

Gamble, N., Boyle, C., & Morris, Z. A. (2015). Ethical Practice in Telepsychology. Australian Psychologist, 50(4), 292-298. https://doi.org/10.1111/ap.12133

Gianoli, M. O., Jane, J. S., O'brien, E., & Ralevski, E. (2012). Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: A review of the evidence and future recommendations. *Experimental and clinical psychopharmacology*, *20*(4), 333.

Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, *63*(6), 649-658.

Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *1*(1), 67.

Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Reliability and validity of borderline personality disorder in hospitalized adolescents. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *22*(3), 206.

Goldney, R. (2004). Manual assisted cognitive behaviour therapy is as effective as treatment as usual for deliberate self harm but is more cost effective. Disponible en: https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/38815/1/hdl_38815.pdf

Gómez-Benito, J., Hidalgo, M. D., & Guilera, G. (2010). El sesgo de los instrumentos de medición. Tests justos. Papeles del Psicólogo, 31(1), 75-84.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, *69*(4), 533.

Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 192-205.

Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(2), 238-250.

Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(11), 1091-1103.

Gratz, K. L., Bardeen, J. R., Levy, R., Dixon-Gordon, K. L., & Tull, M. T. (2015). Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, *65*, 29-35.

Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, *8*(1), 1.

Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, *37*(1), 25-35.

Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive therapy and research*, *34*(6), 544-553.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation (pp. 3–24). New York: Guilford Press.

Guillén, D. V. (2018). Reflexiones acerca de la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en Psicología Clínica: Eficacia, ventajas, peligros y líneas futuras de investigación. 12.

Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Pub.

Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... & Ansell, E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, *68*(8), 827-837. DOI: doi.org/10.1001/archgenpsychia

Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., ... & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *3*(8), 740-750.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, *35*(4), 639-665.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(6), 1152-1168.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Fosyth, J.P., Karekla, M. y McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.

Hermann, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence-from domestic abuse to political terror*. BasicBooks.

Hernandez-Tejada, M. A., Zoller, J. S., Ruggiero, K. J., Kazley, A. S., & Acierno, R. (2014). Early treatment withdrawal from evidence-based psychotherapy for PTSD: Telemedicine and in-person parameters. International Journal of Psychiatry in Medicine, 48(1), 33-55. https://doi.org/10.2190/PM.48.1.d

Herpertz, S., Sass, H., & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *Journal of psychiatric research*, *31*(4), 451-465.

Hilt, L. M., Cha, C. B., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress-function relationship. *Journal of consulting and clinical psychology*, *76*(1), 63.

Jochems, E. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., van Dam, A., Duivenvoorden, H. J., & Mulder, C. L. (2015). The effects of motivation feedback in patients with severe mental illness: a cluster randomized controlled trial. Neuropsychiatric disease and treatment, 11, 3049.

Kazdin, A. (1978). Methodological and interpretive problems of single-case experimental designs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(4), 629-642.

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, *27*(2), 226-239.

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Psychosocial risk and protective factors. *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*, *14*, 45-58.

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American journal of Psychiatry*, *160*(8), 1501-1508.

Koerner, K. & Dimeff, L. A. (2007). Overview of Dialectical Behavior Therapy. En L. A. Dimeff y K. Koerner (Comps.), Overview of Dialectical Behavior Therapy (pp. 1-18). Nueva York: The Guilford Press.

Kongerslev, M. T., Chanen, A. M., & Simonsen, E. (2015). Personality disorder in childhood and adolescence comes of age: a review of the current evidence and prospects for future research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, *3*(1), 31-48. DOI: 10.21307/sjcapp-2015-004.

Kreitman, N., Philip, A., Greer, S., & Bagley, C. (1970). Parasuicide. The British Journal of Psychiatry, 116(533), 460-461.

Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.

Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Lenkiewicz, K., Racicka, E., & Bryńska, A. (2017). Self-injury-placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature. *Psychiatr Pol*, *51*, 323-34.

Lenzenweger, M. F. (2010). Current status of the scientific study of the personality disorders: an overview of epidemiological, longitudinal, experimental psychopathology, and neurobehavioral perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *58*(4), 741-778. doi: 10.1177/0003065110386111

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, *62*(6), 553-564. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019

Lieb, K., & Stoffers, J. J. (2012). AS14-01 - Comparative efficacy of evidence-based psychotherapies in the treatment of borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 27(1), 1

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *364*(9432), 453-461.

Linehan, M. (1993). Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M., Cochran, B. N., & Kehrer, C. A. (2001). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Clinical handbook of psychological disorders, 3, 470-522.

Links, P. S., & Kolla, N. (2005). Assessing and managing suicide risk. *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders*, 449-462.

Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., & Sayal, K. (2017). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, *26*(4), 387-402.

Luciano, M. C., & Wilson, K. G. (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores. *Madrid. Editorial: Pirámide*.

Lundh, L. G., Karim, J., & Quilisch, E. V. A. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian journal of psychology*, *48*(1), 33-41.

Lynam, D. R., Miller, J. D., Miller, D. J., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2011). Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: A test

of the incremental validity of the UPPS model. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, *2*(2), 151.

Ma, H. (2006). An alternative method for quantitative synthesis of single-subject researches: Percentage of data points exceeding the median. *Behavior modification*, *30*(5), 598-617.

Manterola, C., & Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. International Journal of Morphology, 33(3), 1156-1164

Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C., & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud mental*, *35*(6), 521-526.

Marín, M. (2013). *Desarrollo y evaluación de un tratamiento cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. Guilford Press. New York.

Mellin Sánchez, M. G., & Padrós Blázquez, F. (2021). Estudio psicómetrico de la escala AAQ-II de evitación experiencial en población de México. International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 21(1).

Merchant, J. (2021). Working online due to the COVID-19 pandemic: A research and literature review. Journal of Analytical Psychology, 66(3), 484-505. https://doi.org/10.1111/1468-5922.12683

Miller, M. L. (2013). Treating family members: The effectiveness of a family-oriented dialectical behavior therapy program. Marquette University.

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, *158*(11), 1783-1793. DOI: org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783.

Molina, R., Rubio, V., Pérez, A., & Carrasco, J. L. (2004). Trastorno límite de la personalidad. *Trastornos de la personalidad. Barcelona: Ars Médica*.

Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of clinical and Health psychology*, *7*(3), 847-862.

Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología*, *12*(01). Disponible en: http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/66/63.

Morey, L. C., Lowmaster, S. E., & Hopwood, C. J. (2010). A pilot study of manual-assisted cognitive therapy with a therapeutic assessment augmentation for borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *178*(3), 531-535.

Morton, J., & Shaw, L. (2012). Wise Choices: Acceptance and commitment therapy groups for people with borderline personality disorder. *Melbourne, Vic.: Australian Postgraduate Medicine*.

Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(4), 527-544. DOI: 10.1016/j.cbpra.2012.03.005

Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *6*(1), 10.

Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *34*(1), 12-23.

Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 8(9), WE01

National Collaborating Centre for Mental Health UK (2009). Borderline personality disorder: treatment and management. British Psychological Society. Disponible en: https://www-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/pubmed/21796831

National Collaborating Centre for Mental Health UK. (2012). Self-harm: longer-term management. British Psychological Society. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK111822/

Navarro-Leis, M., & López Hernández-Ardieta, M. (2013). Terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *acción psicológica*, *10*(1), 33-44.

Newlin, E., & Weinstein, B. (2015). Personality disorders. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, *21*(3, Behavioral Neurology and Neuropsychiatry), 806-817.

Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O., & Weaver, T. (2010). The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(4), 453-460.

Nieto, T. E. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, *1*(1), 4-20.

Oldham, J. M. (2005). Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Focus*, *3*(3), 396-400.

Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., & Mann, J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*, *15*(3), 147-155.

Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice*. Guilford Press.

Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). The 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*.

Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, *40*(4), 357-367.

Patrón Espinosa, F. (2010). La Evitación Experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *15*(1).

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, *51*(6), 768-774.

Penfield, R. D., & Giacobbi, Jr, P. R. (2004). Applying a score confidence interval to Aiken's item content-relevance index. *Measurement in physical education and exercise science*, 8(4), 213-225.

Pfohl, B., Blum, N., St. John, D., McCormick, B., Allen, J., & Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): A self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, *23*(3), 281-293.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research & practice, 19(3), 276.

Prochaska, J. O. (2020). Transtheoretical model of behavior change. Encyclopedia of behavioral medicine, 2266-2270.

Rawlings, J., Shevlin, M., Corcoran, R., Morriss, R., & Taylor, P. J. (2015). Out of the blue: Untangling the association between impulsivity and planning in self-harm. *Journal of affective disorders*, *184*, 29-35.

Regalado, P., Pechon, C., Stoewsand, C., & Gagliesi, P. (2011). Familiares de personas con trastorno límite de la personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal. Revista Argentina de Psiquiatría, 22, 245-252.

Reichl, C., & Kaess, M. (2021). Self-harm in the context of borderline personality disorder. Current opinion in psychology, 37, 139-144.

Reyes, M. (2013). ACT Core Processes from an Emotion, Affect, and Mood Regulation Perspective. En J. A-Tjak (presidente), Adressing Complex Clinical Presentations: Processes of Effective Change. SImposio llevado a cabo en Association for Contextual Behavioral Science's World Conference XI, Sydney Australia.

Reyes-Ortega, M.A., Miranda, E.M., Fresán, A., Vargas, A.N., Barragán, S.C., Robles, R.*, Arango, I. (2019). Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* DOI:10.1111/papt.12240

Rubio, V. & Pérez, A. (2003) *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Elsevier.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. Canadian psychology/Psychologie canadienne, 49(3), 186

Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, *180*(6), 536-542. DOI: 10.1192/bjp.180.6.536

Sansone, R. A., Farukhi, S., & Wiederman, M. W. (2011). Utilization of primary care physicians in borderline personality. *General Hospital Psychiatry*, *33*(4), 343-346.

Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, *26*(3), 167-180. Doi: https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004

Scheel, K. R. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*(1), 68-86.

Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (1998). Summarizing single-subject research: Issues and applications. *Behavior modification*, *22*(3), 221-242.

Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (2013). PND at 25: Past, present, and future trends in summarizing single-subject research. *Remedial and Special Education*, *34*(1), 9-19.

Siang-Yang, T. (2011). Research into practice. *Journal Of Psychology & Christianity*, 30(3), 243-249.

Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men?. *Psychiatric Quarterly*, *74*(4), 349-360.

Soeteman, D. I., Roijen, L. H. V., Verheul, R., & Busschbach, J. J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(2), 259.

Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences*, *47*(5), 385-395.

Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving

forward. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *7*(4), 316- 323. DOI: org/10.1037/per0000186

Stoffers-Winterling, J. M., Voellm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.

Stone, M. H. (1993). Long-term outcome in personality disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *162*(3), 299-313.

Strosahl, K. D. (2004). ACT with the multi-problem patient. En *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 209-245). Springer, Boston, MA.

Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical psychology review*, *18*(5), 531-554.

Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, *4*(3), 257-272.

Ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & de Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC psychiatry*, *16*(1), 249. DOI: org/10.1186/s12888-016-0939-x

Tiburcio Sainz, M., Rosete-Mohedano, M. G., Natera Rey, G., Martinez Velez, N. A., Carreno Garcia, S., & Perez Cisneros, D. (2016). Validity and Reliability of the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in University Students. *Adicciones*, *28*(1), 19-27. https://doi.org/10.20882/adicciones.786.

Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2018). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it!. In *Self-Regulation and Self-Control* (pp. 275-306).

Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, *28*(5), 734-750.

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, *58*(6), 590-596.

Torres Hernández, E. J. (2021). Posibilidades y limitaciones para la implementación de telepsicología en el contexto de pandemia, Chachapoyas 20220. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza - UNTRM. http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/2549

Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of personality disorders*, *24*(4), 412-426.

Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical psychology review*, *20*(2), 235-253. DOI:10.1016/ S0272-7358(99)00028-8

Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(11), 576-585.

Turner, B. J., Dixon-Gordon, K. L., Austin, S. B., Rodriguez, M. A., Rosenthal, M. Z., & Chapman, A. L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity. Psychiatry Research, 230(1), 28-35.

Turgoose, D., Ashwick, R., & Murphy, D. (2018). Systematic review of lessons learned from delivering tele-therapy to veterans with post-traumatic stress disorder. Journal of Telemedicine and Telecare, 24(9), 575-585. https://doi.org/10.1177/1357633X17730443

Tyrer, P., Jones, V., Thompson, S., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., ... & POPMACT group. (2003a). Service variation in baseline variables and prediction of risk in a randomised controlled trial of psychological treatment in repeated parasuicide: the POPMACT study. *International Journal of Social Psychiatry*, *49*(1), 58-69.

Tyrer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., Knapp, M., Davidson, K., ... & Byrne, G. (2003b). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychological Medicine*, *33*(6), 969-976.

Tyrer, P., Tom, B., Byford, S., Schmidt, U., Jones, V., Davidson, K., ... & Catalan, J. (2004). Differential effects of manual assisted cognitive behavior therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: the POPMACT study. *Journal of Personality Disorders*, *18*(1), 102-116.

Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders* (No. 9). Psychology Press.

Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, *182*(2), 135-140.

Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of clinical psychology, 63*(11), 1057-1068. DOI: 10.1002/jclp.20413

Weinberg, I., Gunderson, J. G., Hennen, J., & Cutter Jr, C. J. (2006). Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *Journal of personality disorders, 20*(5), 482-492.

Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Services, 42*(10), 1015-1021.

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences, 30*(4), 669-689.

Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics, 117*(6), 1939-1948.

World Health Organization (Ed.). (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (Décima revisión).* Washington, D.C: OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction, 97,* 1183‑1194. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00185.

Yust, & Pérez-Díaz. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*(1).

Zanarini, M. C. (1993). Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*, 67-86.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II

comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *122*(2), 103-109. DOI:10.1111/j.1600-0447.2010.01543.x

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Harned, A. L., & Fitzmaurice, G. M. (2015). Rates of psychotropic medication use reported by borderline patients and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up. *Journal of clinical psychopharmacology*, *35*(1), 63. DOI:10.1097/JCP.0000000000000232.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 929-935. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.6.929

Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *The Journal of nervous and mental disease*, *187*(5), 296-301.

Anexos

Anexo 1 Formato de evaluación de la intervención para clínicos

Capítulo	**Secciones del Manual para el Paciente**	**Página**	**Redacción y claridad** Tiene una sintaxis adecuada y sus pacientes lo entenderían fácilmente**.**	Si alguna palabra o frase no se entiende por favor anote su sugerencia para sustituirla e indique la página (o simplemente hágalo en el documento con control de cambios).	**Coherencia** Tiene lógica con el objetivo.	Si encontró algo que no tiene lógica, por favor señale de que se trata y haga una sugerencia si así lo desea (o simplemente hágalo en el documento con control de cambios).	**Relevancia** Es importante que sea incluido	**Observaciones** Anotar cualquier recomendación adicional.
	Consideraciones de salud importantes	5						
	Aviso para personal de salud	5						
1	Introducción	7						
	No estás sola/o	7						
	Llamando a las cosas por su nombre	8						
	¿Por qué las personas se autolesionan?	8						
	Intentando entender tus razones para autolesionarte	13						
	¿Hay alguien ahí afuera?	17						
	Algunas ideas adicionales	18						
	¿Qué sigue?	23						
	Puntos clave para recordar	24						
2	¿Qué hacer en una crisis?	25						
	Obteniendo apoyo	25						
	Mantenerse a salvo	25						

	Tratando de no resbalar hacia un abismo de soledad y desesperación	26						
	¡No esperes milagros! ¡Recuerda que la práctica hace al maestro!	26						
	I. Habilidades de distracción	26						
	II Luchando con el malestar a través de la relajación	28						
	III. Mejorar el momento	28						
	Cosas que todavía quiero hacer	29						
	Plan de crisis	30						
	Puntos clave para recordar	30						
3	¡Ayuda! Mi vida es un desastre	31						
	Aprendiendo a desmenuzar tus problemas	32						
	Paso 1: Encontrar posibles soluciones mediante una lluvia de ideas	32						
	Paso 2: Analizar detalladamente las opciones	34						
	Paso 3: Elegir una solución que se adapte	36						

	Paso 4: Encontrar formas de poner en práctica la solución	37						
	Paso 5: Llevar a cabo el plan paso a paso	37						
	Paso 6: Verificar el progreso de la solución del problema	37						
	¿Alguna pregunta?	38						
	Puntos clave para recordar							
4	Aprendiendo a cambiar tus pensamientos	40						
	Comencemos observado los estados de ánimo	41						
	Asociación entre sentimientos y pensamientos	43						
	Un pensamiento no es un hecho: Aprender a reconocer un pensamiento sesgado	45						
	Sacar conclusiones precipitadas	45						
	Pensamiento en blanco y negro o pensamiento de todo o nada	45						
	Sobregeneralización	46						
	Etiquetado	46						
	Personalización	46						
	Filtro mental	46						

	Catastrofización	47						
	Hacer preguntas sin respuesta	47						
	¿De dónde vienen estos pensamientos sesgados?	47						
	La “trampa de la memoria” o ¿Por qué mi pensamiento me abruma?	48						
	Comenzar un registro del pensamiento	49						
	¿Cómo cambiar un pensamiento sesgado?	51						
	Algunas palabras de advertencia	53						
	Puntos clave para recordar	54						
5	Alcohol, drogas y medicamentos: ¿Necesitas reducir o dejar de consumir?	55						
	¿Deberías preocuparte por tu consumo de alcohol?	55						
	¿Debería reducir mi consumo o dejar de beber?	57						
	¡Ten el valor para reducir el consumo o dejar de beber alcohol!	59						
	¿Cómo reducir el consumo?	60						

	¿Dejar de beber por completo?	61						
	¿Deberías preocuparte por tu consumo de drogas?	61						
	¿Deberías estar preocupado por el consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir?	61						
	Cómo lidiar con las dificultades para dormir	62						
	Puntos clave para recordar	63						
6	Algunas ideas adicionales	64						
	¿Qué puedes aprender del pasado?	64						
	¿Qué pasa si se tengo una recaída de nuevo?	65						
	Date ánimos a ti mismo	65						
	Concéntrate en tus objetivos a largo plazo	65						
	Volviendo la Mente	66						
	Mejorar con un significado	66						
	Palabras finales: Un nuevo comienzo	68						
	Puntos clave para recordar	68						
7	Para familiares y amigos	69						

	¿Que puedes hacer ahora?	70						
	Tus propios sentimientos	70						
	Escucha no critiques	71						
	Aumento de la autoestima	71						
	Involucrarse nuevamente con la vida	71						
	Ayuda profesional	71						

Anexo 2. Grupo de expertos clínicos

Nombre	Grado académico	Justificación
Experto 1	Médico psiquiatra con maestría en ciencias	Jefe de la clínica de trastornos de personalidad. Basta trayectoria y conocimientos en tratamiento de trastornos de la personalidad. Trato directo todos los días con pacientes con TLP tanto en consulta individual como grupal.
Experto 2	Psicóloga con doctorado en psicología	Experta en conocimiento de técnicas cognitivo-conductuales, elaboración de manuales de tratamiento, ha participado en una gran cantidad de estudios de la clínica de trastornos de la personalidad hasta la fecha, tema del cual continúa publicando estudios.
Experto 3	Psicólogo con maestría en psicología	Psicólogo adscrito, responsable de guiar una gran cantidad de grupos terapéuticos de la clínica, así como de la parte individual. Con formación y certificación en DBT y años de experiencia con pacientes TLP
Experto 4	Psicóloga con maestría en psicología	Con amplios conocimientos en técnicas cognitivo-conductuales, así como en traducción y adaptación de manuales de intervención. Actualmente en formación de DBT y entrenándose en la clínica de trastornos de la personalidad.

Anexo 3 Formato de variables demográficas y clínicas

Fecha _____

Por favor, conteste a las preguntas de forma clara, usando letra legible.

Nombre completo _____

No. Expediente _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad _____ Lugar de nacimiento _____

Sexo _____ Escolaridad _____

Estado civil _____ Lugar de residencia _____

Hijos _____

¿Hace cuánto tiempo recibió el diagnóstico de Trastorno Limite de la Personalidad?

_____

¿Ha estado en algún tipo de psicoterapia anteriormente? _____

¿Durante cuánto tiempo? _____

¿Conoce el tipo o nombre de Terapia? _____

Por favor, indique el nombre de los medicamentos que toma actualmente por instrucción de su médico psiquiatra tratante.

Nombre	Tiempo	Indicaciones

Por favor, indique si toma algún otro medicamente actualmente.

Nombre	Tiempo	Motivo	Quien lo prescribe

¿Le han indicado algún otro diagnóstico además de Trastorno Limite de la Personalidad?

_____

Indique cuales: _____

_____

Anexo 4. Escala de evaluación de la severidad en el tiempo del trastorno límite de la personalidad (Versión 1.7)

[ ] Nombre: _____ Fecha:_____

Circule el periodo de tiempo que se le pidió calificar:	**Últimos 7 días**	**Últimos 30 días**	**Otro:**

Para los primeros 12 reactivos, la calificación más alta (5) significa que el reactivo causó extremo malestar, severas dificultades en sus relaciones y/o ha evitado que lleve a cabo sus actividades. La calificación más baja (1) significa que el reactivo causó pocos problemas o no los causó. Califique los reactivos 13-15 (conductas positivas) de acuerdo con la frecuencia.

Circule el número que indique qué tanto el reactivo en cada renglón ha causado malestar, problemas en sus relaciones o dificultad para llevar a cabo sus actividades.

1	**2**	**3**	**4**	**5**
Nada/casi insignificante	**Ligero**	**Moderado**	**Severo**	**Extremo**

A. PENSAMIENTOS Y SENTIMENTOS [ ]

1. Preocupación por que alguien importante en su vida se canse de usted o quiera dejarlo.	**1 2 3 4 5**
2. Cambios drásticos en sus opiniones sobre los demás. Por ejemplo, cambiar el creer que alguien es un amigo leal, por creer que no es digno de confianza.	**1 2 3 4 5**
3. Cambios extremos en la opinión que tiene de sí mismo. Cambiar de sentirse con confianza sobre quién es, a sentir que es una mala persona, o que no debería de existir.	**1 2 3 4 5**
4. Severos cambios en su estado de ánimo, varios en un solo día. Que situaciones insignificantes le generen grandes cambios en su estado de ánimo.	**1 2 3 4 5**
5. Sentirse paranoico o como si estuviera perdiendo contacto con la realidad.	**1 2 3 4 5**
6. Sentirse enojado.	**1 2 3 4 5**
7. Sentirse vacío.	**1 2 3 4 5**
8. Sentir deseos suicidas.	**1 2 3 4 5**

B. CONDUCTAS (Negativas): [ ]

9. Hacer cosas extremas para evitar que alguien lo deje.	**1 2 3 4 5**
10. Hacer cosas a propósito para lastimarse a sí mismo, o intentar suicidarse.	**1 2 3 4 5**
11. Tener comportamientos impulsivos (sin contar intentos suicidas o de lastimarse a propósito). Por ejemplo: gastar mucho dinero, tener encuentros sexuales riesgosos, abusar del alcohol u otras drogas, conducir vehículos descuidadamente, comer demasiado (darse atracones de comida), otros _____ *(maque los que se apliquen en su caso).*	**1 2 3 4 5**
12. Tener estallidos de ira que le han llevado a tener problemas en sus relaciones personales, tener peleas físicas, o destrucción de la propiedad.	**1 2 3 4 5**

5	4	3	2	1
Casi siempre	**La mayor parte del tiempo**	**La mitad del tiempo**	**Pocas veces**	**Casi nunca**

C. CONDUCTAS (Positivas) [ ]

13. Ha elegido hacer cosas positivas en circunstancias donde se ha sentido tentado a sabotearse a usted mismo o a hacer cosas destructivas.	**5 4 3 2 1**
14. Anticiparse a las situaciones que podrían causarle dificultades emocionales y tomar medidas razonables para evitar o prevenir el problema.	**5 4 3 2 1**
15. Apegarse a las indicaciones terapéuticas con las que está de acuerdo (p.e. asistir a psicoterapia, realizar tareas, asistir a sus citas a tiempo, tomar el medicamento, etc.).	**5 4 3 2 1**

Para el clínico: El total de cada sección (A, B y C) deberá ser registrado en los corchetes, junto al título de cada sección. En la parte superior del cuestionario, junto al nombre, registre la puntuación total= 15 + A + B – C

Esta escala está protegida por derechos de autor. Copyright 1997 por Bruce Pfohl, M.D. y Nancee Blum, M.S. W. Universidad de Iowa, Departamento de Psiquiatría, 200 Hawkins Drive, Iowa City, IA52242.
Adaptación de M. A. Reyes Ortega y M. García Anaya. INPRF - 2013.

Reactivo de exclusión

¿Alguna vez te has cortado, intoxicado o hecho daño a propósito con el fin de quitarte la vida?

Sí	No

Anexo 5. Escala de impulsividad de Barratt

Nombre:_____Fecha:_____

Instrucciones. Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

	Casi nunca o nunca (0)	Algunas veces (1)	Muchas veces (2)	Casi siempre o siempre (3)
1.Planifico mis tareas con cuidado				
2.Hago las cosas sin pensarlas				
3.Casi nunca me tomo las cosas a pecho				
4.Tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente				
5.Planifico mis viajes con antelación o suficiente anticipación				
6.Soy una persona con autocontrol				
7.Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8.Ahorro con regularidad				
9.Se me hace difícil estar quieto(a) por largos períodos de tiempo				
10.Pienso las cosas cuidadosamente				
11.Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)				
12.Digo las cosas sin pensarlas				

13.Me gusta pensar sobre problemas complicados o complejos				
14.Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)				
	Casi nunca o nunca (0)	Algunas veces (1)	Muchas veces (2)	Casi siempre o siempre (3)
15.Actúo impulsivamente				
16.Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (pensar en algo por demasiado tiempo)				
17.Visito al médico y al dentista con regularidad				
18.Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19.Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20.Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21.Compro cosas impulsivamente				
22.Termino lo que empiezo				
23.Camino y me muevo con rapidez				

24.Resuelvo los problemas experimentando (es decir, empleando una posible solución y viendo si funciona)				
25.Gasto más de lo que gano				
26.Hablo rápido				
27.Tengo pensamientos irrelevantes o sin importancia cuando pienso				
28.Me interesa más el presente que el futuro				
29.Me siento inquieto(a) cuando tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo (como en clases o charlas)				
30.Planifico el futuro				

Anexo 6. Escala de dificultades de la regulación emocional (DERS-E)

Nombre:_____ Fecha:_____

DERS-E
Escala de Dificultades de Regulación Emocional
(Marín Tejeda, Robles García, González-Forteza, Andrade Palos)

Instrucciones: Por favor califica que tan de acuerdo estás con cada uno de los enunciados descritos abajo. Circula el número más apropiado.

1	2	3	4	5
Casi nunca	**A veces**	**La mitad del tiempo**	**Casi siempre**	**La mayoría del tiempo**
(0-10%)	**(11-35%)**	**(36-65%)**	**(66-90%)**	**(91-100%)**

01 Tengo claros mis sentimientos.*

1 2 3 4 5

02 Pongo atención a como me siento.*

1 2 3 4 5

03 Mis emociones me sobrepasan y están fuera de control.

1 2 3 4 5

04 No tengo idea de cómo me siento.

1 2 3 4 5

05 Me cuesta trabajo entender por qué me siento como me siento.

1 2 3 4 5

06 Le hago caso a mis sentimientos.*

1 2 3 4 5

07 Sé exactamente cómo me siento.*

1 **2** **3** **4** **5**

08 Estoy confundido/a por cómo me siento.

1 **2** **3** **4** **5**

09 Cuando me siento mal puedo reconocer cómo me siento.*

1 **2** **3** **4** **5**

10 Cuando me siento mal me enojo conmigo mismo por sentirme de esa manera.

1 **2** **3** **4** **5**

11 Cuando me siento mal me cuesta trabajo hacer mis deberes.

1 **2** **3** **4** **5**

12 Cuando me siento mal creo que así me sentiré por mucho tiempo.

1 **2** **3** **4** **5**

13 Cuando me siento mal me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas.

1 **2** **3** **4** **5**

24 Cuando me siento mal siento que soy débil.

1 **2** **3** **4** **5**

15 Cuando me siento mal me siento culpable por sentirme de esa manera.

1 **2** **3** **4** **5**

16 Cuando me siento mal me cuesta trabajo concentrarme.

1 **2** **3** **4** **5**

17 Cuando me siento mal me cuesta trabajo controlar lo que hago.

1 **2** **3** **4** **5**

18 Cuando me siento mal creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.

1 **2** **3** **4** **5**

19 Cuando me siento mal me molesto conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.

1 **2** **3** **4** **5**

20 Cuando me siento mal me empiezo a sentir muy mal conmigo mismo/a.

1 **2** **3** **4** **5**

21 Cuando me siento mal creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por cómo me siento.

1 **2** **3** **4** **5**

22 Cuando me siento mal pierdo el control de cómo me porto.

1 **2** **3** **4** **5**

23 Cuando me siento mal se me dificulta pensar en algo más.

1 **2** **3** **4** **5**

24 Cuando me siento mal me toma mucho tiempo sentirme mejor.

1 **2** **3** **4** **5**

Anexo 7. Cuestionario de aceptación y acción AQQ

Nombre:_____ Fecha:_____

AAQ-II
Cuestionario de Aceptación Acción
(Patrón, 2010)

A continuación, encontrará una lista de frases. Por favor indique qué tan cierta es cada una para usted marcando con una (X) el número que le parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase. No hay respuestas buenas o malas, ni preguntas con truco. Asegúrese de contestar todas las frases.

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente falso	**Rara vez es cierto**	**Algunas veces cierto**	**A veces cierto**	**Frecuentemente cierto**	**Casi siempre cierto**	**Completamente cierto**

1. Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestias.

   1 2 3 4 5 6 7

2. Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pueda valorar.

   1 2 3 4 5 6 7

3. Evito o escapo de mis sentimientos.

   1 2 3 4 5 6 7

4. Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.

   1 2 3 4 5 6 7

5. Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.

   1 2 3 4 5 6 7

6. Mantengo el control de mi vida.

   1 2 3 4 5 6 7

7. Mis emociones me causan problemas en la vida.

   1 2 3 4 5 6 7

8. Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.

   1 2 3 4 5 6 7

9. Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.

1 2 3 4 5 6 7

10. Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.

1 2 3 4 5 6 7

CÉDULA DE AUTOLESIÓN 2018 (CAL-II)

INSTRUCCIONES: Por favor, contesta cada pregunta en las secciones NO / SI indicadas (primeras 11 preguntas), marcando con una **X** donde corresponda. Contesta "SI" a aquello que hayas hecho intencionalmente, con un **claro propósito de lastimarte/herirte pero sin intención de quitarte la vida**. Si contestaste que SI a alguna pregunta, aclara tu respuesta con las dos secciones siguientes (¿cuántas veces lo has hecho? y ¿cuándo fue la última vez?), marca solo una opción por sección. Si contestaste que NO, pasa a la siguiente pregunta. Por último, contesta las preguntas 12 a 17 indicando la respuesta según aplique.

Nombre	Edad	Sexo (H/M)	Fecha	Escuela / institución	Grupo

No.	¿Has hecho alguna de estas acciones a propósito pero sin querer quitarte la vida?	¿Alguna vez?		¿Cuántas veces lo has hecho?					¿Cuándo fue la última vez?				
									Hoy	Esta semana	Este mes	Este año	+ de 1 año
1	Cortarte hasta lastimarte/hacer sangrar tu piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
2	Quemarte (con cigarros, cerillos u otro objeto)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
3	Usaste un objeto o sustancia agresiva para frotar tu piel (p.e. una goma de borrar, ácido, etc.)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
4	Pinchaste tu piel con agujas, alfileres u objetos similares	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
5	Golpeaste un objeto duro o pared para lastimarte	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
6	Te golpeaste a ti mism@ con las manos	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
7	Mordiste con fuerza alguna parte de tu cuerpo	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
8	Impediste que sanaran tus heridas (p.e. te arrancaste costras para lastimarte, NO por comezón)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
9	Te pellizcaste o rascaste severamente para lastimarte	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
10	Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito (anótala aquí)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
11	Necesitaste tratamiento médico debido a la severidad de alguna de estas conductas	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					

Contesta las siguientes preguntas SOLO si alguna vez has hecho alguna de las conductas descritas arriba, de lo contrario, deja sin responder los reactivos 12 a 17 .

12	Escribe qué edad tenías al hacerlo por primera vez	Edad:			
13	¿Estás sol@ cuando realizas alguna de estas conductas?	NO	Algunas veces	SI	
14	Normalmente ¿Cómo es el sangrado que te provocas?	Sin sangrado	Algo de sangre (requiere limpieza menor)	Mucha sangre (tarda en detenerse)	Abundante,requiere atención médica
15	Normalmente ¿Qué partes de tu cuerpo lesionas a propósito? (puedes marcar más de una respuesta)	Brazos/antebrazos	Muñecas/Manos	Piernas/muslos	Pies/tobillo
		Pecho/hombros	Abdomen	Genitales	Cabeza/cuello
16	Normalmente ¿Cuál es tu intención al provocarte intencionalmente las heridas? (puedes marcar más de una respuesta)	Evitar castigos o regaños	Si me siento mal, me ayuda a estar mejor	Que otras personas me hagan caso	Me produce emoción/felicidad
17	¿Quieres dejar de lastimar tu cuerpo?	SI	NO	No estoy segur@	

Instrumento en desarrollo. Autor: Dr. Miguel Marín-Tejeda. Todos los derechos reservados©

Anexo 8. Cédula de autolesión

Anexo 9. Encuesta de satisfacción para pacientes

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de mejorar la intervención que usted recibió y así poder mejorar el tratamiento que se le proporciona a usted y a otros usuarios. Puede tener la seguridad de que sus respuestas no repercutirán en usted ni en el personal con el que ha estado trabajando, por lo que le pedimos que lo conteste honestamente.

1	¿Qué tanto considera que ha mejorado desde que iniciaste el tratamiento hasta ahora?	1 Nada	2 Poco	3	4 Mucho	5 Totalmente
2	¿Cómo califica el contenido abordado en las sesiones?	1 Mala	2 Deficiente	3 Regular	4 Bueno	5 Muy bueno
3	¿Cómo califica la intervención de el/los terapeutas?	1 Mala	2 Deficiente	3 Regular	4 Buena	5 Muy buena
4	¿Cómo califica el tiempo destinado a cada sesión?	1 Escaso	2 Poco	3 Regular	4 Mucho	5 Demasiado
5	¿Cómo califica la duración del tratamiento (X sesiones)?	1 Escaso	2 Poco	3 Regular	4 Mucho	5 Demasiado
6	¿Qué tan útil le resultó el material (libro)?	1 Nada	2 Poco	3 Útil	4 Mucho	5 Totalmente
7	¿Qué tan sencillo le resulto entender el material?	1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Mucho	5 Totalmente
8	¿Qué tanto tiempo tuvo que invertir en el uso del material?	1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Mucho	5 Demasiado
9	¿Cómo califica la extensión del material?	1 Escaso	2 Poco	3 Regular	4 Mucho	5 Demasiado
10	¿Qué tan satisfecha/o le deja este tratamiento?	1 Nada	2 Poco	3 Satisfecho	4 Mucho	5 Totalmente
11	¿Qué tan útil le resulto el tratamiento?	1 Nada	2 Poco	3 Útil	4 Mucho	5 Totalmente
12	¿Qué tan difícil le pareció seguir el tratamiento?	1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Mucho	5 Demasiado
13	¿Qué calificación le daría al tratamiento en general?	1 Malo	2 Deficiente	3 Regular	4 Bueno	5 Muy bueno
14	Recomendaría el tratamiento a otras personas	1 Sí	2 No			

15 ¿Qué SÍ le gustó del tratamiento? _____

16 ¿Qué NO le gustó del tratamiento? _____

17 ¿Qué cambiaría o qué mejoraría del tratamiento? _____

Comentarios: _____

Anexo 10. Folleto de invitación a pacientes

Tratamiento

Actualmente existen tratamientos psicoterapéuticos científicamente probados y con amplia evidencia, los cuales ayudan con el manejo de síntomas; sin embargo, en muchos casos es necesario apoyarse de tratamientos farmacológicos.

Uno de los tratamientos psicoterapéuticos más importantes es **la terapia dialéctica conductual**, la cual ha sido validada en numerosos estudios.

Se trata de un programa donde se utilizan estrategias de *cambio* (como el entrenamiento en habilidades y resolución de problemas) y estrategias de *aceptación* que ayudan a tolerar mejor el malestar emocional y funcionan para ayudar a *construir una vida que valga la pena ser vivida*.

El balance entre estas estrategias forma la dialéctica fundamental que le da nombre a esta intervención.

Invitación a participar

en estudio

La autolesión puede ser una conducta de riesgo que se presenta comúnmente en TLP, por lo que actualmente estamos realizando un estudio acerca de una intervención breve (basada en técnicas de la terapia dialéctico conductual) para reducir la autolesión, la cual puede funcionar como complemento al tratamiento habitual. Una parte importante del estudio es conocer su opinión y experiencia al participar en dicha intervención.

El estudio es **voluntario** y **gratuito**, y puedes participar en él si presentas o has presentado autolesión y si actualmente te encuentras en lista de espera para recibir tu tratamiento.

Si deseas más información **puedes llamar o escribir** al número que viene en este folleto o bien escribir tus datos en una lista que te proporcionará el Dr. Arango, donde autorizas que el investigador principal se ponga en contacto contigo vía telefónica para brindarte la información necesaria.

Facultad de Psicología

Trastorno límite de la personalidad (TLP)

Mtro. Psic. Omar Hernández O.

+52 55-8400-7937

estudiotlp.autolesion@gmail.com

Si deseas más información llama o escribe un mensaje de texto o un WhatsApp a este número, o escribe por correo para contactarte.

¿Qué es el TLP?

Es una condición de salud mental en la que se presenta un patrón de inestabilidad que comúnmente produce malestar en las siguientes áreas:

· **Cognición**: Se puede ver afectada la interpretación que se hace de uno mismo, de otras personas o de determinados eventos.

· **Afectividad**: La respuesta emocional puede ser desproporcionada y prolongada.

· **Relaciones interpersonales**: Se pueden presentar problemas en las relaciones con otras personas.

· **Conductual**: Puede haber dificultad en el control de las reacciones.

Las personas con TLP **viven, sienten e interpretan la realidad de una manera diferente,** pueden tener dificultades para reconocer las emociones (en sí mismos y en otros), sentirse preocupados por el rechazo y el abandono (ya sea real o imaginario) por lo que hacen todo lo posible por evitarlo y su estado de ánimo puede variar inesperadamente (intensidad y duración). También pueden presentar conductas de riesgo como la autolesión. El conjunto de síntomas puede afectar el área personal, escolar, laboral y/o social.

Causas

Las causas de este desorden no son del todo claras porque no se trata únicamente de un factor causal, sino de una interacción entre diferentes factores genéticos, ambientales y sociales relacionados con el padecimiento.

Según la doctora Marsha Linehan –quién ha investigado ampliamente el tema–, la alteración básica en este desorden se encuentra en el sistema de regulación de las emociones. Esto es consecuencia tanto de alteraciones biológicas como ambientales, y su interacción a través del tiempo.

Vulnerabilidad emocional	+	Inhabilidad para regular emociones	=	Desregulación emocional

Se presenta más frecuentemente en la población femenina, y no tiene relación con la religión, orientación sexual, clase económica, raza o nivel educativo de las personas.

¿Qué se puede hacer?

Cuando sientes malestar emocional, a veces funciona distraerse realizando diferentes actividades, por ejemplo:

- Limpiar la casa
- Salir a caminar
- Escuchar música que te guste
- Hacer una cuenta regresiva de 10 a 0

En una crisis también puede ayudar no permitir que los pensamientos y recuerdos negativos dominen tu mente, para esto puedes:

- Tratar de imaginar una escena relajante (un bosque)
- Pensar en un momento agradable

Referencias

*Gagliesi, P., & Argentino, D. F. (2007). Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad. Revista Persona, 7(Supl 1).

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

Anexo 11. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para el proyecto

Factibilidad de la terapia cognitiva asistida por manual para reducir la autolesión en personas con trastorno límite de la personalidad

***Propósito del estudio*:** El estudio tiene el objetivo determinar la factibilidad de aplicar una intervención psicológica breve, la cual ya ha sido probada en otros países mostrando resultados favorables, y que está dirigida a disminuir la conducta de autolesión. Uno de los pasos primordiales para lograr una adecuada adaptación es que los pacientes, como expertos en el padecimiento, reciban la intervención para así poder conocer, por un lado, la experiencia de cada una de las personas, y, por otro lado, la posible utilidad del tratamiento. Esta intervención tiene una duración de entre 5 y 7 sesiones de aproximadamente una hora, las cuales serán llevadas a cabo por un terapeuta de manera remota, por alguno de los medios disponibles para salvaguardar las recomendaciones de sana distancia implementadas por el gobierno local a causa de la pandemia de COVID-19. La intervención comenzará mientras usted se encuentra en espera de recibir el tratamiento grupal habitual de la clínica por lo que es una parte complementaria y adicional de este.

***Selección de participantes*:** Usted es candidato para participar si cuenta con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, se encuentra bajo tratamiento médico en el Instituto, actualmente forma parte de una lista de espera para entrar a un grupo de tratamiento psicoterapéutico y presenta o ha presentado la conducta de autolesión.

Participación voluntaria: Su participación en el estudio es voluntaria, por lo que no tiene que participar si prefiere no hacerlo. Si usted decide no participar, esto no afectará de ninguna manera el tratamiento usual en esta clínica, incluido el tratamiento a los familiares en el Instituto. Si acepta participar tendrá la posibilidad de retirarse en el momento que lo desee.

Procedimiento de investigación: Si usted está de acuerdo en participar se le enviará de manera digital algunos cuestionarios que deberá llenar en tres ocasiones, antes de iniciar la intervención, al finalizar, y tres meses después de finalizada. Por otro lado, desde que inicie su participación y hasta el final del estudio, se le pedirá que llene una cédula de registro de autolesión, de forma semanal, la cual será enviada por vía electrónica. Unas semanas después iniciará la intervención, la cual será avalada por expertos de la clínica de trastornos de la personalidad, y se llevará a cabo por un terapeuta con el entrenamiento necesario para realizarla. Cada semana se le entregará un capítulo del manual para

pacientes, con la finalidad de que usted lo revise y lo lea, y, en caso de ser necesario, realice los ejercicios antes de la siguiente sesión.

La intervención tendrá una duración de entre 5 y 7 sesiones individuales semanales, por vía remota, de entre 40 y 50 minutos cada una, las cuales tendrán como objetivo brindarle estrategias y habilidades de respuesta para el manejo de la conducta de autolesión. Al concluir el tratamiento, nuevamente se le pedirá que llene los cuestionarios que llenó inicialmente, con el objetivo de que podamos conocer los avances alcanzados. De igual forma se le pedirá que complete una encuesta que está dirigida a conocer su experiencia al recibir la intervención.

Por último, durante los siguientes 3 meses después de concluida la intervención, le estaremos contactando semanalmente para el llenado de la cédula de registro, y al cumplirse este lapso se le pedirá que responda por tercera ocasión los cuestionarios, con la finalidad de conocer los avances a lo largo de este tiempo. La intervención está planeada para que usted reciba la intervención mientras se encuentra en lista de espera para el tratamiento habitual, sin embargo, si llegara el turno de que se integre a uno de los grupos de tratamiento de la clínica, usted podrá participar sin ningún inconveniente y seguir con el presente estudio, que se enfocará en brindarle herramientas complementarias a lo que verá en su tratamiento habitual. Ninguna de las aplicaciones indicadas, el tratamiento, ni el material tendrán costo para usted.

Riesgos emocionales: Usted puede sentir cierta incomodidad, preocupación o malestar emocional durante las evaluaciones o durante las sesiones de psicoterapia, el terapeuta cuenta con experiencia y herramientas para contener dicho malestar. Sin embargo, es posible que sea necesario el apoyo de alguien cercano a usted o la asistencia de algún servicio de emergencias si presenta un episodio de autolesión. Por ello, al inicio de cada sesión le pediremos el nombre y teléfono de alguien que se encuentre cerca, y la ubicación donde tomará la sesión, con la finalidad, <u>únicamente en caso de ser necesario,</u> de contactar a la persona o enviar algún servicio de emergencias.

Confidencialidad: La información que usted nos proporcione tanto en las evaluaciones, durante las sesiones terapéuticas y los datos de contacto y ubicación es estrictamente confidencial. Los datos y resultados del trabajo terapéutico son parte de una investigación psicológica y serán utilizados únicamente con fines de estudio y mejora de su calidad de vida, siempre manteniendo la confidencialidad de los participantes y en búsqueda de su bienestar, tomando en consideración su integridad física y psicológica y apegados a las normas de investigación en salud vigentes en México. Para ello es importante que esté enterado que sus datos se manejarán siempre a través de un código numérico al cual solo los investigadores tendrán acceso. Por otro lado, las sesiones se realizarán bajo una plataforma virtual que permita el cifrado, privacidad y control de los participantes, por lo que únicamente se encontrarán presentes en cada reunión usted y el terapeuta.

Beneficios: No existe garantía de que el tipo de terapia que usted recibirá tenga beneficios, sin embargo, ha sido probada en otros países con muy buenos resultados los cuales podrían ser también de beneficio para usted. Con este tratamiento tendrá la posibilidad de comenzar a aprender nuevas formas de responder ante diferentes situaciones de la vida diaria. Además, usted estará recibiendo un tratamiento mientras se encuentra en lista de espera para tomar el tratamiento grupal habitual. También, decida o no participar, recibirá un tríptico con información acerca del TLP, así como de algunas recomendaciones que puede aplicar cuando sienta malestar emocional. Por último, de manera indirecta, ayudará a la comunidad de pacientes con trastorno límite de la personalidad en México y que reciben atención en la misma clínica, pues una vez adaptada y tomando en cuenta sus valiosos comentarios como paciente, se realizarán las modificaciones necesarias a la intervención y se estará en condiciones de probar la eficacia de la misma, la cual en el futuro podría ser aplicada para mejorar el tratamiento de este tipo de problemas de salud mental.

Dudas y contacto: Usted puede preguntar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación. Tendrá una copia de esta información y a continuación dejaré mi nombre, correo y teléfono para que pueda localizarme y que pueda aclararle cualquier duda.

Aprobación de consentimiento: Si usted está de acuerdo en participar por favor firme la presente forma, dándonos con ello su permiso para iniciar los procedimientos del estudio, después envíela por correo electrónico al investigador principal del estudio, a la misma dirección de la cual usted recibió el formato. En caso de que por alguna razón no se encuentre en posibilidad de imprimir y firmar el consentimiento, pero sí desee participar, basta con que conteste al correo electrónico que contiene este formato indicando su nombre completo y agregando la siguiente leyenda: *"Sí deseo participar en el estudio"*.

Yo, _____ (nombre) conozco el propósito, procedimientos y riesgos emocionales del estudio y acepto participar en el mismo. Entiendo que la información que proporcione es confidencial y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida sin repercusión de mi situación en el INPRFM. Recibiré una copia de este formato con los datos para localizar al investigador principal para resolver cualquier duda acerca del estudio.

Firma: _____ Fecha: _____

Primer testigo:

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Segundo testigo:

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Explicó el consentimiento:

Investigador principal: Mtro. Francisco Omar Hernández Orduña

Correo electrónico: *estudiotlp.autolesion@gmail.com*

Teléfono: *55-8400-7937*

Francisco Omar Hernández Orduña Firma: _____ Fecha: _____

Anexo 12. Aprobación de Comité de Ética e Investigación

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Ciudad de México a 29 de marzo de 2021.
Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20230316
IRB00006105; IORG0005093; FWA00011992

Mtro. Francisco Omar Hernández Orduña
Investigador Principal
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Calzada México-Xochimilco No. 101,
Col. San Lorenzo Huipulco,
Alcaldía de Tlalpan
Ciudad de México

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado: Factibilidad de la terapia cognitiva asistida por manual para reducir la autolesión en personas con trastorno límite de la personalidad, a su cargo, cumple con los requisitos éticos y metodológicos especificados en el Formato de inicio del Comité de Ética en Investigación y Consentimiento Informado, por lo cual ha sido

APROBADO

Número de aprobación CEI/C/011/2021 y vigencia de un año del 29 de marzo de 2021 al 29 de marzo de 2022.

El proyecto deberá realizarse cumpliendo con los aspectos éticos y metodológicos aprobados y notificar cualquier modificación o enmienda al mismo.
Si la duración del estudio es mayor de lo esperado, solicitar la re-aprobación del mismo, con un informe de los avances y resultados parciales de la investigación.
Una vez finalizada la investigación deberá enviar a este Comité una carta de aviso de cierre.

Atentamente,

Dra. Liliana Mondragón Barrios
Presidente del Comité de Ética en Investigación

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
APROBADO

C.c.p. Dra. Shoshana Berenzon Gorn, Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.-Presente.

Anexo 13. Puntajes de cada apartado para la media, la V de Aiken y el intervalo de confianza

Capítulo	Secciones del Manual para el Paciente	Redacción y claridad Tiene una sintaxis adecuada y sus pacientes lo entenderían fácilmente.			Coherencia Tiene lógica con el objetivo.			Relevancia Es importante que sea incluido		
		Media	V de Aiken	Límite inferior	Media	V de Aiken	Límite inferior	Media	V de Aiken	Límite inferior
Sección Manual para el paciente										
	Consideraciones de salud importantes	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Aviso para personal de salud	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
1	Introducción	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	No estás sola/o	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	Llamando a las cosas por su nombre	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	¿Por qué las personas se autolesionan?	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Intentando entender tus razones para autolesionarte	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	¿Hay alguien ahí afuera?	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Algunas ideas adicionales	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	¿Qué sigue?	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Puntos clave para recordar	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
2	¿Qué hacer en una crisis?	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Obteniendo apoyo	3.25	0.75	0.47*	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	Mantenerse a salvo	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Tratando de no resbalar hacia un abismo de soledad y desesperación	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	¡No esperes milagros! ¡Recuerda que la práctica hace al maestro!	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	I. Habilidades de distracción	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75

	II Luchando con el malestar a través de la relajación	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	III. Mejorar el momento	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Cosas que todavía quiero hacer	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Plan de crisis	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Puntos clave para recordar	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
3	¡Ayuda! Mi vida es un desastre	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65
	Aprendiendo a desmenuzar tus problemas	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65
	Paso 1: Encontrar posibles soluciones mediante una lluvia de ideas	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65
	Paso 2: Analizar detalladamente las opciones	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Paso 3: Elegir una solución que se adapte	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65
	Paso 4: Encontrar formas de poner en práctica la solución	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65
	Paso 5: Llevar a cabo el plan paso a paso	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	Paso 6: Verificar el progreso de la solución del problema	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	¿Alguna pregunta?	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Puntos clave para recordar	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
4	Aprendiendo a cambiar tus pensamientos	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Comencemos observado los estados de ánimo	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Asociación entre sentimientos y pensamientos	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Un pensamiento no es un hecho: Aprender a reconocer un	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	3.50	0.83	0.55

	pensamiento sesgado									
	Sacar conclusiones precipitadas	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Pensamiento en blanco y negro o pensamiento de todo o nada	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Sobregeneralización	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Etiquetado	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Personalización	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	Filtro mental	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Catastrofización	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	Hacer preguntas sin respuesta	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	¿De dónde vienen estos pensamientos sesgados?	3.50	0.83	0.55	3.67	0.89	0.61	3.67	0.89	0.61
	La “trampa de la memoria” o ¿Por qué mi pensamiento me abruma?	3.25	0.75	0.47*	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65
	Comenzar un registro del pensamiento	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	¿Cómo cambiar un pensamiento sesgado?	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Algunas palabras de advertencia	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	Puntos clave para recordar	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
5	Alcohol, drogas y medicamentos: ¿Necesitas reducir o dejar de consumir?	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	¿Deberías preocuparte por tu consumo de alcohol?	3.25	0.75	0.47*	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75
	¿Debería reducir mi consumo o dejar de beber?	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	¡Ten el valor para reducir el consumo o dejar de beber alcohol!	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	¿Cómo reducir el consumo?	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75

	¿Dejar de beber por completo?	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	¿Deberías preocuparte por tu consumo de drogas?	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	¿Deberías estar preocupado por el consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir?	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Cómo lidiar con las dificultades para dormir	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	Puntos clave para recordar	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
6	Algunas ideas adicionales	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	¿Qué puedes aprender del pasado?	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	¿Qué pasa si se tengo una recaída de nuevo?	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	Date ánimos a ti mismo	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	Concéntrate en tus objetivos a largo plazo	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	Volviendo la Mente	3.00	0.67	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Mejorar con un significado	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Palabras finales: Un nuevo comienzo	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	Puntos clave para recordar	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
7	Para familiares y amigos	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	¿Que puedes hacer ahora?	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Tus propios sentimientos	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Escucha no critiques	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Aumento de la autoestima	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Involucrarse nuevamente con la vida	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Ayuda profesional	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
Sección Historias de vida										

1	La historia de Silvia	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	La historia de David	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	3.50	0.83	0.55
	La historia de Guillermo	3.25	0.75	0.47*	3.50	0.83	0.55	3.50	0.83	0.55
	La historia de Sara	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	La historia de Helena	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65	3.50	0.83	0.55
	La historia de Mónica	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	La historia de Teresa	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	Ventajas y desventajas de Silvia de la AL	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	Ventajas y desventajas de Mónica de la AL	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	3.50	0.83	0.55
	Cartas de ventas y desventajas de Guillermo de la AL	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	3.50	0.83	55.00
3	Full Monty	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	3.25	0.75	0.47*
	La historia de Ana	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	Lluvia de ideas de Ana	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	Paso 1 y 2 de Sara	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65
	Paso 3 de Sara	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Plan de Sara paso a paso	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
4	La historia de Miguel	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65
	Ejemplos de estados de ánimo	3.25	0.75	0.47*	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	Dos posibles resultados de Miguel Resultado 1	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Dos posibles resultados de Miguel Resultado 2	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	La historia de Julia	3.50	0.83	0.55	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65
	El registro de pensamientos de Julia	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Tabla de evidencia de Julia	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
5	Historia de Guillermo 2	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Ventajas y desventajas de seguir bebiendo de David	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75

	Ventajas y desventajas de dejar de beber de David	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
6	La historia de Aida	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	La historia de Aida Parte 2	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
Sección Ejercicios										
1	Intentando entender tus razones para autolesionarte	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Personas importantes para mí	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Razones para contarles o no contarles	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	Ventajas y desventajas de la autolesión	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
2	Cosas que he querido hacer o terminar	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Plan de crisis	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
3	Lista con algunos de tus problemas	3.25	0.75	0.47*	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65
	Ahora repasa tu problema	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
4	Los estados de ánimo que predominan en ti	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	La fuerza que tienen estos estados de ánimo	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Identifica 3 situaciones con sus estados de ánimo	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Comenzar un registro de pensamientos	3.25	0.75	0.47*	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Registro de pensamientos	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
5	Preguntas de consumo de alcohol	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Ventajas y desventajas de continuar bebiendo	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Ventajas y desventajas de reducir o dejar de beber	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75

6	¿Qué puedes aprender del pasado?	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	¿Tu plan de crisis aún está actualizado?	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
Sección Guías para el clínico										
1	Objetivos	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Variables	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Técnicas utilizadas	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Procedimiento	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Formatos utilizados o ejercicios del paciente para abordar la técnica	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
2	Objetivos	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Variables	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Técnicas utilizadas	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Procedimiento	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Formatos utilizados o ejercicios del paciente para abordar la técnica	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
3	Objetivos	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Variables	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Técnicas utilizadas	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Procedimiento	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Formatos utilizados o ejercicios del paciente para abordar la técnica	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
4	Objetivos	4.00	1.00	0.75	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65
	Variables	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Técnicas utilizadas	3.25	0.75	0.47*	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	Procedimiento	3.75	0.92	0.65	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75
	Formatos utilizados o ejercicios del paciente para abordar la técnica	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
5	Objetivos	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Variables	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Técnicas utilizadas	3.50	0.83	0.55	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Procedimiento	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Formatos utilizados o ejercicios del	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75

	paciente para abordar la técnica									
6	Objetivos	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Variables	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Técnicas utilizadas	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Procedimiento	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75
	Formatos utilizados o ejercicios del paciente para abordar la técnica	3.75	0.92	0.65	4.00	1.00	0.75	4.00	1.00	0.75

*Intervalo de confianza 95% < .50