

Universidad de Lima
Facultad de Psicología
Carrera de Psicología



REDUCCIÓN DE CONDUCTAS QUE ATENTAN CONTRA LA VIDA EN ADOLESCENTES CON LA TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL

Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en
Psicología

Valeria Maria Drago Villaran

Código 20131785

Asesor

Carolina Camino Rivera

Lima – Perú
Marzo del 2020





REDUCTION OF LIFE-THREATENING BEHAVIORS IN ADOLESCENTS WITH DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY

RESUMEN

El estudio buscó reducir las conductas que atentan contra la vida en 5 pacientes mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años con desregulación emocional, bajo ciertos criterios de inclusión. En la actualidad esta población presenta un alto riesgo de suicidio y conductas autolesivas, siendo la tercera causa de muerte en el mundo. Para este trabajo, se buscó identificar la emoción y su intensidad en situaciones de crisis, identificar la intensidad de los impulsos de auto daño y de suicidio, reportar las conductas autolesivas y aplicar la habilidad de regulación emocional más efectiva. La metodología estuvo diseñada bajo el enfoque de la Terapia Dialéctico Conductual, realizando el diagnóstico mediante una guía de entrevista, una ficha de plan para las crisis y una ficha de registro diario; esta última se utilizó durante las sesiones permitiendo monitorear los impulsos de suicidio y auto daño, las conductas autolesivas, la intensidad emocional y el progreso en el uso de habilidades en la evaluación final. Asimismo, en la implementación se aplicó la estrategia de análisis en cadena y de solución. Los resultados evidenciaron una disminución en las conductas que atentan contra la vida, ya que las habilidades mostraron ser efectivas desde la primera semana de tratamiento.

Palabras clave; adolescentes; desregulación emocional; Terapia Dialéctico Conductual; conductas que atentan contra la vida.



ABSTRACT

The study sought to reduce life-threatening behaviors in 5 adolescent female patients between 15 and 19 years of age with emotional deregulation, under certain inclusion criteria. Currently, this population presents a high risk of suicide and self-injurious behavior, being the third leading cause of death in the world. For this work, we sought to identify the emotion and its intensity in crisis situations, identify the intensity of self-harm and suicide impulses, report self-injurious behaviors and apply the most effective emotional regulation ability. The methodology was designed under the Dialectic Behavioral Therapy approach, making the diagnosis through an interview guide, a crisis plan sheet and a daily record sheet. This latter was used during the sessions to monitor the impulses of suicide and self-harm, self-injurious behaviors, emotional intensity and progress in the use of skills in the final evaluation. Likewise, the chain analysis and solution strategy was applied in the implementation part. The results showed a decrease in life-threatening behaviors, since the skills were shown to be effective from the first week of treatment.

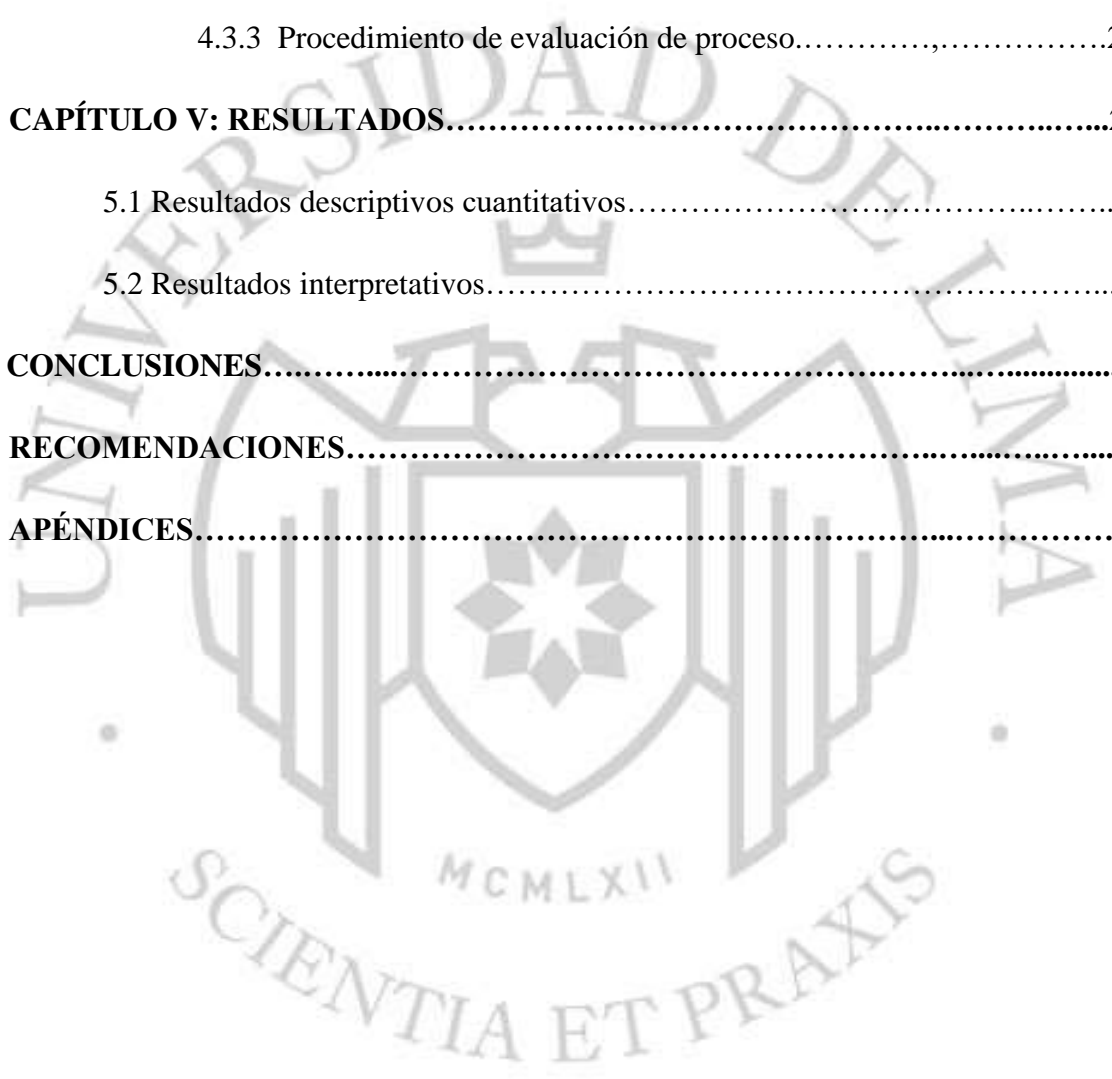
Keywords; teenagers; emotional deregulation; Dialectical Behavior Therapy; life-Threatening Behaviors.



TABLA DE CONTENIDO

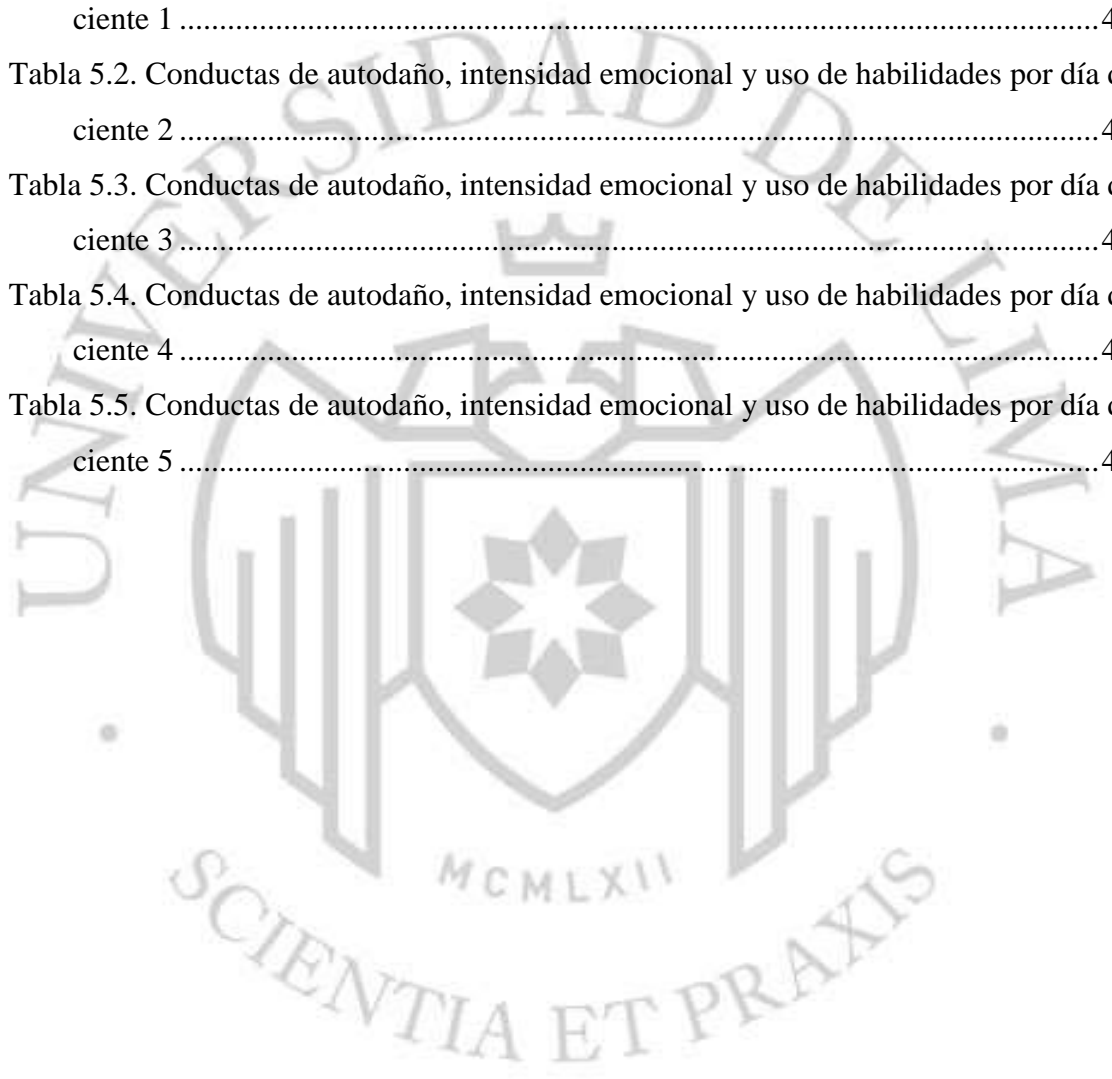
CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA.....	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Análisis institucional.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.....	6
2.1 Terapia Dialéctico Conductual (TDC).....	6
2.2 Desregulación Emocional (DRE).....	7
2.3 Conductas que atentan contra la vida.....	9
2.3.1 Comportamiento Suicida.....	10
2.3.2 Autolesiones.....	10
CAPÍTULO III: OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	12
3.1 Objetivo general (meta).....	12
3.2 Competencia general.....	12
3.3 Resultado de aprendizaje.....	12
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN Y DE LA INTERVENCIÓN	
4.1 Evaluación de línea base.....	13
4.1.1 Participantes.....	13
4.1.2 Técnicas y/o instrumentos de evaluación/diagnóstico.....	13
4.1.3 Procedimiento de evaluación de línea base.....	16
4.2 Implementación.....	19
4.2.1 Participantes.....	20

4.2.2 Instrumentos o herramientas de implementación/intervención.....	20
4.2.3 Procedimiento de implementación.....	21
4.3 Evaluación de proceso.....	22
4.3.1 Participantes.....	23
4.3.2 Técnicas y/o instrumentos de evaluación/diagnóstico.....	23
4.3.3 Procedimiento de evaluación de proceso.....	23
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	24
5.1 Resultados descriptivos cuantitativos.....	24
5.2 Resultados interpretativos.....	27
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
APÉNDICES.....	36



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4.1. Datos relevantes sobre conductas que atentan contra la vida de cada paciente	18
Tabla 5.1. Conductas de autodaño, intensidad emocional y uso de habilidades por día de la paciente 1	42
Tabla 5.2. Conductas de autodaño, intensidad emocional y uso de habilidades por día de la paciente 2	43
Tabla 5.3. Conductas de autodaño, intensidad emocional y uso de habilidades por día de la paciente 3	44
Tabla 5.4. Conductas de autodaño, intensidad emocional y uso de habilidades por día de la paciente 4	45
Tabla 5.5. Conductas de autodaño, intensidad emocional y uso de habilidades por día de la paciente 5	46

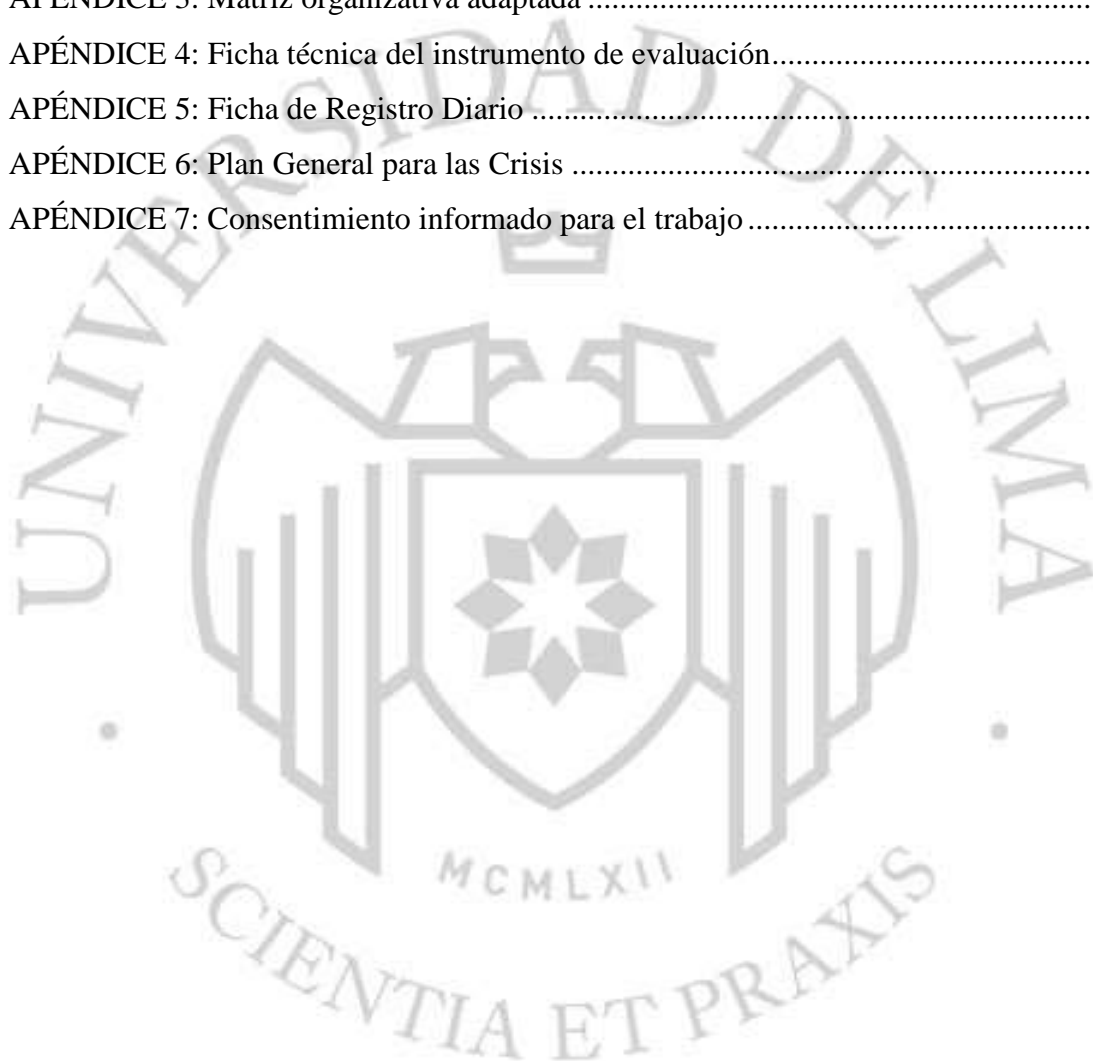


ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 5.1. Promedio de los impulsos de suicidio y autodaño de toda la muestra por cada semana de tratamiento.	27
Figura 5.2. Impulsos de suicidio y autodaño y conductas de autodaño por día de la paciente 1	37
Figura 5.3. Promedio de los impulsos de suicidio y autodaño por semana de la paciente 1	37
Figura 5.4. Impulsos de suicidio y autodaño y conductas de autodaño por día de la paciente 2	38
Figura 5.5. Promedio de los impulsos de suicidio y autodaño por semana de la paciente 2	38
Figura 5.6. Impulsos de suicidio y autodaño y conductas de autodaño por día de la paciente 3	39
Figura 5.7. Promedio de los impulsos de suicidio y autodaño por semana de la paciente 3	39
Figura 5.8. Impulsos de suicidio y autodaño y conductas de autodaño por día de la paciente 4	40
Figura 5.9. Promedio de los impulsos de suicidio y autodaño por semana de la paciente 4	40
Figura 5.10. Impulsos de suicidio y autodaño y conductas de autodaño por día de la paciente 5	41
Figura 5.11. Promedio de los impulsos de suicidio y autodaño por semana de la paciente 5	41

ÍNDICE DE APÉNDICES

APÉNDICE 1: Resultados cuantitativos de los participantes	37
APÉNDICE 2: Tabla por paciente de los resultados de la ficha de registro	42
APÉNDICE 3: Matriz organizativa adaptada	47
APÉNDICE 4: Ficha técnica del instrumento de evaluación.....	48
APÉNDICE 5: Ficha de Registro Diario	49
APÉNDICE 6: Plan General para las Crisis	50
APÉNDICE 7: Consentimiento informado para el trabajo	52



CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

1.1 Descripción del problema

En la American Psychiatric Association (APA, 2013), el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno severo que tiene una tasa de mortalidad del 8-10% y se caracteriza por tener una gran disfunción general del sistema de regulación emocional, lo cual se acompaña de una elevada impulsividad y problemas en el área interpersonal. Según Marsha Linehan (2015), esta desregulación emocional conlleva a que el consultante tenga ciertas conductas desadaptativas como el consumo de sustancias, ideación e intentos de suicidio, autolesiones, etc. (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Las conductas que caracterizan al TLP pueden describirse como la combinación de una intensa sensibilidad emocional y la falta de habilidades para regular las emociones y el ambiente. Esto quiere decir que los consultantes aprendieron conductas extremas de regulación, en lugar de haber aprendido herramientas más efectivas (Koerner, 2012; Linehan, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018). Se estima que 136 millones de personas en el mundo llegan a sufrir de severa desregulación emocional en alguna etapa de sus vidas, un sufrimiento que no solo atenta contra el bienestar y calidad de vida, si no también pone en riesgo la existencia de cada uno de estos debido al alto riesgo suicida (Boggiano y Gagliesi, 2018; Behavioral Tech, 2019).

Los pacientes con TLP a través de las conductas autolesivas, los intentos de suicidio u otras conductas de auto-daño, generalmente buscan una solución inmediata para regular emociones dolorosas o escapar de emociones desagradables. Las autolesiones usualmente no están relacionadas directamente con intentos de suicidio; sin embargo, son un predictor importante a tomar en cuenta (Chapman y Gratz, 2015; Hollander, 2017). De esta forma, las autolesiones se han convertido en un problema de gran relevancia tanto a nivel clínico como a nivel social por el incremento de su prevalencia y porque son posibles predictores de intentos de suicidio (Hollander, 2017). En otras palabras, la ideación suicida es un precipitante de la conducta de auto-daño en personas con alta impulsividad. Se estima que las autolesiones aparecen en un 70% de los pacientes con TLP y que entre el 8 y 10% consuman suicidio (Zaragozano, 2017).

Dentro de esta misma línea, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el suicidio supone un problema de alto impacto para la salud pública, puesto que la tasa de mortalidad del suicidio, a nivel mundial, es de 16 por cada 100.000 personas. Mientras que, cifras más recientes indican que aproximadamente 800.000 personas, alrededor del mundo, mueren por suicidio cada año, 1.5% de todas las muertes. Además, el suicidio se encuentra dentro de las 10 primeras causas de muerte de Norte América, sobretodo de personas entre 15 y 24 años de edad (Fazel y Runeson, 2020). Mientras que en el Perú, según el Ministerio de Salud (Minsa, 2019), más de 1000 personas mueren al año a causa del suicidio. Se estima que por cada suicidio consumado, 25 personas lo han intentado. De esta forma, 25 000 personas aproximadamente se encuentran en riesgo. Actualmente, el suicidio es la segunda causa de muerte en personas entre los 15 y 19 años de edad en el país.

En la última década se ha brindado una mayor atención a los adolescentes con alto riesgo de autolesión o conductas suicidas, debido a que es la tercera causa de muerte de muchos jóvenes de 10 a 18 años en el mundo (Zaragozano, 2017). Dentro del TLP, la mayoría de las autolesiones comienzan en la adolescencia temprana, alrededor de los 13-14 años y afecta un estimado de 14 a 18% de esta población (Chapman y Gratz, 2015; Hollander, 2017). Además, las tasas de suicidio en adolescentes han ido incrementando en los últimos 45 años a pesar de todos los esfuerzos por prevenirlo (Quinlan-Davidson, Sanhueza, Espinosa, Escamilla-Cejudo y Maddaleno, 2014). Igualmente, se ha encontrado que el 25% de las internaciones psiquiátricas de adolescentes se debe a los intentos o conductas de suicidio, y que el 73% de estos no reciben tratamientos al instante de la tentativa (Boggiano y Gagliosi, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud Mental (OMS, 2017), en el año 2015 hubieron alrededor de 67.000 muertes accidentales de adolescentes por las conductas de auto daño y los intentos de suicidio, lo cual figura como tercera causa de muerte en el mundo, especialmente en el caso de las mujeres.

Estas conductas tienen un impacto tanto a nivel familiar, social y escolar, debido a la presencia de conflictos interpersonales relacionados a la desregulación emocional, y porque el ambiente no sabe cómo responder frente a estos escenarios (Mazza, Dexter-Mazza, Miller, Rathus y Murphy, 2016). Además, muchas familias o allegados están expuestos a las conductas problema de los pacientes y suelen tener respuestas poco efectivas frente a estas, lo cual en muchos casos termina siendo un refuerzo que incrementa la probabilidad de que las conductas maladaptativas vuelvan a surgir. Es por este motivo que las personas que rodean al consultante

se ven afectados o atrapados por la culpa, depresión, enojo, negación, aislamiento y confusión (Gagliesi, Pechon, Boggiano y Stoewsand, 2008).

La terapia Dialéctica Conductual (TDC) es un tratamiento desarrollado por Marsha Linehan en el año 1980 para consultantes con múltiples comportamientos suicidas y diagnóstico de TLP. Actualmente ha demostrado mayor eficacia para el TLP, lo cual la convierte en una terapia basada en la evidencia (Chapman, 2019). En comparación con otros tratamientos la TDC reduce significativamente las conductas impulsivas, el comportamiento suicida, las conductas de autodaño, la psicopatología asociada al trastorno, la ansiedad, etc. (Linehan, 2015).

La TDC busca proporcionar un conjunto significativo de habilidades para el manejo emocional, la construcción de relaciones y la toma de decisiones que los adolescentes podrían adquirir y aplicar. Especialmente para manejar las situaciones y estresores emocionalmente difíciles que acompañan la etapa de la adolescencia como la presión social, el uso de drogas y alcohol, bullying, la autoimagen, las transiciones académicas, entre otros. En otras palabras, enseña herramientas para la efectividad conductual, lo cual los conduce de manera más efectiva a sus metas y objetivos (Mazza et al., 2016). Según Marsha Linehan (2015), el objetivo principal de la TDC es ayudar a los consultantes a construir una vida que valga la pena ser vivida a través del aprendizaje de herramientas psicológicas y sociales que permitan regular y controlar sus emociones (Chapman, 2019).

No obstante, actualmente, el acceso al tratamiento basado en evidencia implica, en muchas oportunidades, una dificultad para los consultantes, debido ya sea a limitaciones económicas, no contar con centros psicológicos cercanos, la escasa formación de terapeutas en este enfoque, entre otros. Se ha evidenciado que el número de profesionales de la salud mental que utilizan este modelo es insignificante en comparación con el número de pacientes que lo necesitan. Por lo tanto, es imprescindible contar cada vez más con agentes de la salud mental que utilicen este modelo de tratamiento en sus intervenciones, ya que una correcta evaluación y tratamiento de los pacientes con ideación o intentos de suicidio es de gran relevancia para impedir las hospitalizaciones y suicidios consumados (Boggiano y Gagliesi, 2018). Al presente en el Perú, son tres las regiones que cuentan con terapeutas formados en la TDC, Lima, Trujillo y Arequipa. En Lima, existen 6 centros especializados en la TDC; sin embargo, solo 3 de ellos ofrecen programas de formación de nuevos terapeutas (F. Otárola, comunicación personal, 03 de febrero del 2020).

1.2 Análisis Institucional

La institución en donde se realizó el trabajo se encuentra en el campo de la salud mental, dedicándose a la formación y asistencia en este sector. Fue creada en el año 2009 con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de vida de los consultantes que sufren de desregulación emocional, ayudándolos a adquirir las habilidades necesarias para cambiar comportamientos, emociones, pensamientos y patrones interpersonales que están relacionados con sus problemas del día a día, y así poder generar un impacto a nivel social. Así mismo, se busca intervenir en el ambiente de los consultantes, al involucrar a la familia como parte del tratamiento, ya sea brindando psicoeducación o proporcionando herramientas de intervención para que experimenten mayor esperanza, confianza y competencia frente a las dificultades.

El equipo está conformado por 11 profesionales que ofrecen servicios de consultas psiquiátricas, evaluaciones psicológicas, psicoterapia individual, coaching telefónico, entrenamiento en habilidades a través de talleres grupales y programas psicoeducativos para familiares y allegados, todo esto bajo el enfoque de la Terapia Dialéctico Conductual (TDC).

De esta forma, se trabaja con personas que tienen dificultades para regular sus emociones (desregulación emocional), por lo que se atiende a pacientes que tienen diagnósticos tales como: Trastorno Límite de la Personalidad, Depresión Crónica, Estrés Post Traumático, Ansiedad Crónica, Anorexia, Bulimia, Déficit de Atención e Hiperactividad, Adicciones, etc.

La institución, siguiendo el modelo estándar de la TDC, le brinda especial valor al trabajo en equipo, lo cual se expresa en reuniones semanales de todo el personal. Estas tienen tres objetivos: aumentar las capacidades de los terapeutas, brindar un ambiente de validación y apoyo emocional e incrementar la motivación. Esto responde a que el trabajo con personas que tienen desregulación emocional es demandante en diferentes aspectos, por las mismas características de los consultantes y el tipo de problemáticas que traen a consulta, por lo que los especialistas requieren de un mayor soporte emocional. En esta misma línea, la institución tiene un compromiso ético con los pacientes al revisar sus casos de forma grupal para supervisar las intervenciones, todo esto buscando ser mejores profesionales para poder ayudarlos.

Se observa que, cada año, dentro de las personas que acuden a la institución, se da un incremento de la demanda de pacientes adolescentes con desregulación emocional que presentan conductas que atentan contra la vida. Bajo este panorama, se evidencia un reducido número de terapeutas de la organización que trabaja con esta población. A partir de ello, se aprecia la

gran necesidad de que cada vez más profesionales se formen en la TDC, para así poder abordar y aportar con mayor profundidad en esta realidad social.



CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

2.1 Terapia Dialéctico Conductual (TDC)

La TDC fue desarrollada originalmente para pacientes con ideación suicida y conductas de autodaño con el diagnóstico de TLP o desórdenes relacionados. Marsha Linehan y sus colegas, en la década de los 70s, evidenciaron que no existía ningún tratamiento basado en evidencia que respondiera a las necesidades de estos pacientes, por lo que su objetivo fue desarrollar un tipo de terapia en el cual los consultantes se mantengan en terapia y a la vez con vida (Linehan, 2015; Chapman, 2019).

Así mismo, la TDC explica que las conductas de autodaño o intentos suicidas tienen la función de regular emociones intensas, por lo que Marsha Linehan y sus colegas trabajaron en la creación de herramientas o habilidades que pudieran cumplir la misma función de modular el malestar experimentado (Boggiano y Gagliesi, 2018). La TDC ayuda a los individuos a tener un panorama más claro de sus problemas y de qué es lo que pueden hacer para cambiarlos, ya que identifica específicamente qué situaciones, pensamientos, emociones y comportamientos generan el problema, y qué nuevas conductas o habilidades el paciente puede usar para prevenir que esto vuelva a suceder (Astrachan-Fletcher y Maslar, 2009).

Una de las principales bases de la TDC es la filosofía dialéctica, dentro de la cual se le brinda bastante énfasis al balance entre aceptación y cambio. Esto se refiere a que el cambio terapéutico solo va a ocurrir en un ambiente de aceptación y validación. Es por esta razón que se busca un balance entre aceptar la desregulación emocional y las dificultades que conlleva y al mismo tiempo el tener que trabajar para cambiar y aprender habilidades que puedan ayudar a modular las emociones y vivir así una vida de satisfacción (Astrachan-Fletcher y Maslar, 2009; Chapman y Gratz, 2015).

Además, esta terapia tiene cuatro modos de intervención para su efectividad: la terapia individual, el entrenamiento en habilidades, el coaching telefónico y la consultoría de equipo. Por consiguiente, este tratamiento intenta enseñar a los consultantes a que aprendan a entrar en contacto con sus emociones y regularlas, y al mismo tiempo enseña habilidades de resolución de problemas para reducir las consecuencias negativas para sus vidas a largo plazo (Chapman y Gratz, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018; Chapman, 2019).

La terapia individual tiene como objetivo manejar las crisis y ayudar al paciente a aplicar y generalizar las habilidades que está aprendiendo para reemplazar las conductas disfuncionales por unas más adaptativas (Linehan, 2015). El entrenamiento en habilidades cuenta con cuatro módulos que son fundamentales cuando el paciente no cuenta con las habilidades necesarias en su repertorio conductual. El primero, el de regulación emocional, enseña habilidades para reducir las emociones desagradables/angustiantes y aumentar las placenteras. El segundo, Mindfulness, enseña habilidades para aumentar la conciencia de uno mismo, convertirse en una persona cada vez menos crítica, y tener un mejor control de la mente, del foco atencional. El tercero, el de tolerancia al malestar, enseña habilidades para soportar la angustia, de modo que, una situación desagradable no empeore por un comportamiento impulsivo. Finalmente, el de efectividad interpersonal enseña a mantener un balance en las relaciones (Linehan, 2015; Mazza et al., 2016).

La TDC permite que los pacientes utilicen el coaching telefónico para fomentar y generalizar el uso de habilidades que se están aprendiendo en sesión, en la vida cotidiana. Busca brindar al consultante la ayuda necesaria para poder sobrevivir durante los periodos de crisis, incrementando la posibilidad de que el paciente repita conductas más adaptativas. De esta manera, el coaching telefónico tiene 4 objetivos: disminuir las conductas suicidas, parasuicidas y conductas impulsivas, enseñarle al consultante cómo pedir ayuda de manera más efectiva para así generalizar las habilidades, facilitar la oportunidad de reparar la relación terapéutica, y comunicar “buenas noticias” (Linehan, 2015).

Por otro lado, la consultoría de equipo en la TDC tiene como objetivo aumentar la motivación y las habilidades del terapeuta para ayudar a los pacientes. Para la TDC el terapeuta trata directamente al consultante, y el equipo trata al terapeuta (Linehan, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018). Es de esta manera que la TDC, con todos estos modos de intervención, ha demostrado ser muy efectiva para reducir las conductas autolesivas, el riesgo suicida y los días de hospitalización (Boggiano y Gagliesi, 2018).

2.2 Desregulación Emocional (DRE)

Marsha Linehan menciona que la Desregulación Emocional (DRE) es la dificultad que tiene una persona para cambiar y regular las respuestas emocionales y conductuales tanto verbales como no verbales cuando es necesario, a pesar de los esfuerzos que hace por hacerlo (Linehan, Bohus y Lynch, 2007; Linehan, 2015). Las patologías que se consideran que tienen como base

la DRE son: el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), Depresión Crónica, Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT), Ansiedad Crónica, Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Adicciones, etc. (Linehan, 1993; Linehan, 2015)

Además, para la TDC, la DRE se explica por la teoría Biosocial, que es un modelo que considera que la desregulación emocional es el resultado de la transacción a través del tiempo de la disfunción biológica del sistema de desregulación emocional o factor biológico y del ambiente invalidante o factor ambiental (Koerner, 2012; Boggiano y Gagliesi, 2018; Chapman, 2019).

El primero de ellos, el factor biológico, explica que la vulnerabilidad emocional con la que cuentan los consultantes se caracteriza por una alta sensibilidad, una alta reactividad emocional y un lento retorno a la línea base (Linehan, 2015; Southam-Gerow, 2016). Esto quiere decir que los pacientes requieren de una menor cantidad de estímulos para tener una reacción emocional de mayor intensidad en comparación con una persona sin DRE. Además, esta activación emocional llega a desregular diversos procesos: cognitivos, fisiológicos y conductuales, y la curva emocional tarda más tiempo en volver al estado de calma o línea base, lo cual incrementa la posibilidad de una crisis posterior (Koerner, 2012).

El segundo, que es el ambiente invalidante, se caracteriza por ser un contexto que no responde de manera efectiva a las experiencias privadas del consultante, por lo que minimiza o ignora la expresión de emociones, pensamientos o intereses. Asimismo, este ambiente refuerza de manera intermitente la escalada de expresión emocional, por lo que incrementa la probabilidad de la aparición de conductas problema. De esta forma, no solo castiga la expresión emocional, si no que sobre simplifica la resolución de problemas sin enseñar habilidades o una manera efectiva de modular las emociones (Koerner, 2012; Linehan, 2015; Southam-Gerow, 2016).

No obstante, la TDC considera que la desregulación emocional es el corazón del TLP y por ende, es el más representativo, por lo que para comprenderlo, se realizará una explicación de ese constructo a continuación (Linehan, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018). El TLP se define por un patrón de inestabilidad o caos en las relaciones interpersonales, la autoimagen y el estado de ánimo; e impulsividad, que empieza a inicios de la edad adulta. Sin embargo, hay muchos adolescentes que presentan ciertos criterios clínicos relevantes que los enmarca en lo que se denomina una tendencia límite (American Psychiatric Association, 2013). Se calcula que a

nivel mundial, un 11% de los pacientes en tratamiento psicológico y psiquiátrico cumplen criterios para TLP, y al mismo tiempo, estos representan el 19% de los consultantes internados en hospitales psiquiátricos. Además, se estima que un 2 o 3% de los adolescentes cumplen con criterios para el TLP (Gagliesi et al., 2008).

Marsha Linehan reorganiza, explica y coloca los criterios diagnósticos del DSM4 para el TLP en cinco áreas de desregulación, por lo que considera la DRE como el centro del TLP. En primer lugar habla de la desregulación emocional, que se vincula directamente con la inestabilidad afectiva debido a la alta reactividad del estado de ánimo e ira inapropiada e intensa. En segundo lugar, está la desregulación conductual, en la cual incluye los criterios de impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para la vida, y conductas, intentos o amenazas suicidas frecuentes, o comportamientos autolesivos. En tercer lugar, la desregulación cognitiva, que se relaciona con la ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. En cuarto lugar, explica la desregulación interpersonal, en donde incluye los criterios de esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario y un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracterizan por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. Finalmente, está la desregulación del self, en la cual vincula los criterios diagnósticos de alteración de la identidad, la autoimagen o sentido de uno mismo y sentimientos crónicos de vacío (Linehan, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018; Chapman, 2019).

La desregulación emocional se caracteriza por la dificultad para regular la activación fisiológica cuando es necesario, dificultad para desviar la atención del estímulo emocional que comenzó la activación, distorsión en el procesamiento de la información, limitaciones para ordenar y coordinar actividades independientes del estado de ánimo, dificultad para controlar conductas impulsivas y para pasar a la acción (Gagliesi et al., 2008). Es por esta razón que las conductas que atentan contra la vida, como lo son las conductas suicidas, pueden considerarse como una forma de regular el estado de ánimo, de solucionar los conflictos o de influir sobre el entorno (Linehan, 2015, Gagliesi y Boggiano, 2018). A continuación se explicarán las conductas que atentan contra la vida.

2.3 Conductas que atentan contra la vida

Dentro de la primera fase de la TDC, se abarcan cuatro tipos de conducta en orden de prioridad. En primer lugar, se abordan las conductas que atentan contra la vida del paciente. En segundo

lugar, se trabajan las conductas que interfieren con la terapia, tanto las conductas que puede tener el terapeuta, como el paciente. En tercer lugar, se ocupa de las conductas que afectan la calidad de vida. Finalmente, se trabajan los déficits conductuales para que el paciente logre tener una vida deseada (Linehan, 1993; Koerner, 2012; Boggiano y Gagliesi, 2018).

Para fines de este trabajo, se abordarán las conductas que atentan contra la vida, las cuales se definen como: comunicación, ideación o intentos de suicidio, comportamiento de crisis suicida, autolesiones o conductas de autodaño y expectativas o creencias relacionadas al suicidio (Linehan, 1993; Koerner, 2012).

2.3.1 Comportamiento suicida

Según la Organización Mundial de la Salud, el comportamiento suicida incluye la ideación o pensamientos suicidas, tener un plan para atentar contra la vida, intentar el suicidio o cometer finalmente el acto. Es así que, un intento suicida es entendido como todo comportamiento que no causa la muerte, pero que; sin embargo, atenta contra la integridad de la persona. Dentro de estos intentos están: intoxicación o ingesta auto infligida de pastillas, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener consecuencias mortales (OMS, 2014).

Marsha Linehan (2015) refiere que cuando el individuo tiene la creencia arraigada de que el dolor emocional va a terminar con la muerte, la ideación o planificación suicida o el imaginar que uno muere por suicidio pueden traer una intensa sensación de tranquilidad. La mayor parte del tiempo, los motivos de consulta que se realizan en la TDC tienen que ver con las ganas de desaparecer o apagarse que reportan los pacientes, hasta las ideas de suicidio y las tentativas de terminar con sus vidas. Se calcula que el 10% de los consultantes con DRE tienen este riesgo.

Se ha encontrado que los adolescentes que comienzan la TDC reducen significativamente las conductas de autodaño, los intentos de suicidio y hay menos posibilidades de que abandonen la terapia, a comparación de otros tratamientos convencionales (Hollander, 2017).

2.3.2 Autolesiones

El DSM-5 define la autolesión no suicida como una conducta intencional que incluye lesiones en la superficie corporal que pueden llegar a producir sangrado, hematoma o dolor, generando

un daño físico leve o moderado. Esta conducta generalmente se lleva a cabo para aliviar emociones desagradables o pensamientos negativos, o para generar sentimientos placenteros (American Psychiatric Association, 2013; Boggiano y Gagliesi, 2018).

La mayoría de las conductas autolesivas son un esfuerzo por regular las emociones intensas o sus resultados. Estos intentos suelen funcionar, ya que logran regular las emociones en el corto plazo; sin embargo, son desadaptativas por las consecuencias que tienen sobre uno mismo y sobre el entorno. Estos comportamientos varían entre realizarse cortes, pincharse, quemarse, tomar una gran cantidad de medicamentos, la conducción temeraria, entre otros (Linehan, 2015). Así mismo, estas conductas son reforzadas por la reducción de la intensidad de las emociones desagradables, el apoyo o atención del ambiente, y la sensación de liberación o alivio de la tensión (Gagliesi et al., 2008; Hollander, 2017).

Se calcula que entre un 10-40% de las personas que cometen suicidio lo han intentado antes, por lo que cuando se evalúa la amenaza de una autolesión, siempre se debe tomar en cuenta la letalidad, la motivación y los antecedentes. Esto quiere decir que detrás de cada suicidio consumado, hay unos 40 intentos, y por cada intento hay alrededor de 100 personas con ideación suicida (Boggiano y Gagliesi, 2018).

La TDC ha demostrado ser el tratamiento más corto y más efectivo para reemplazar las conductas autolesivas por conductas más adaptativas en los adolescentes en un tiempo aproximado de 3 a 6 meses, ya que enseña a los adolescentes nuevas conductas para manejar sus emociones, reduciendo así la angustia, el sentimiento crónico de vacío y los síntomas depresivos (Hollander, 2017).



CAPÍTULO III: OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

3.1 Objetivo general (meta)

- Reducir las conductas que atentan contra la vida en pacientes adolescentes con desregulación emocional.

3.2 Competencia general

- Aplica habilidades de regulación emocional para evitar incurrir en conductas que atentan contra la vida (conductas suicidas y de auto daño), basadas en el enfoque de la TDC.

3.3 Resultado de aprendizaje

- Identifica el tipo de emoción en situaciones de crisis emocional.
- Reconoce la intensidad de sus emociones en situaciones de crisis emocional.
- Identifica la intensidad de los impulsos de auto daño en situaciones de crisis emocional.
- Evalúa la intensidad de los impulsos de suicidio en situaciones de crisis emocionales.
- Reporta situaciones en donde haya incurrido en conductas autolesivas.
- Reconoce, selecciona y aplica la habilidad de regulación emocional más efectiva para reducir la intensidad emocional, basada en el modelo de la TDC.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN Y DE LA INTERVENCIÓN

4.1 Evaluación de la línea base

Los pacientes que acuden a la institución realizan una entrevista con uno de los médicos psiquiatras del centro, quienes realizan una evaluación diagnóstica con el objetivo de verificar si cumplen con los criterios de desregulación emocional y si son candidatos para empezar la TDC. Una vez determinado esto, el psiquiatra se encarga de derivar al paciente a un psicoterapeuta del equipo para realizar una evaluación más detallada, la cual se explicará más adelante.

4.1.1 Participantes

La población objetivo son 5 mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años de edad ($M=17$), de nivel socioeconómico medio, que cumplen con el diagnóstico de Desregulación Emocional (DRE). Como criterios de inclusión se consideró que el diagnóstico de DRE haya sido realizado por un médico psiquiatra especialista en la TDC y que el motivo principal de consulta sea la presencia de conductas que atentan contra la vida: autolesiones; crisis suicidas; comunicación, ideación y/o intentos de suicidio previos.

Por otro lado, como criterios de exclusión se consideró la presencia de comorbilidad con otros diagnósticos como los trastornos de la conducta alimentaria, trastorno bipolar, trastorno por abuso de sustancias, trastornos del neurodesarrollo, etc.

4.1.2 Técnicas y/o instrumentos de evaluación/diagnóstico

4.1.2.1 Entrevista semiestructurada

Una de las técnicas de recolección de información que se utilizó para la etapa de evaluación de la línea base fue la entrevista, la cual se basa en una interacción de diálogo personal y directo entre facilitadora y paciente. Así mismo, la guía de entrevista fue semiestructurada, debido a que los temas y las preguntas ya se encontraban establecidos de tal forma que se pueda evidenciar si el paciente presenta o no desregulación emocional; sin embargo, permitió que el investigador, de acuerdo a su propio criterio, intercale preguntas novedosas o que omita algunas

según como se fue desarrollando la entrevista (Katayama, 2014). Además, sirve como un apoyo para recordar las principales temáticas que se deben abordar; no obstante, es una guía tentativa, ya que algunos aspectos que no se consideraron pueden resultar relevantes (Izcara, 2014).

La entrevista semiestructurada que se tuvo con cada una de las pacientes de manera individual tiene el objetivo de recabar información para elaborar la historia clínica. De esta manera, aborda las siguientes áreas: datos de filiación, motivo de consulta (haciendo énfasis en conductas autolesivas, impulsos e intentos de suicidio, internaciones previas), historia personal, historia familiar, conductas blanco principales (conductas que atentan contra la vida, conductas que interfieren con la terapia, conductas que atentan contra la calidad de vida) y metas del paciente.

4.1.2.2 Ficha “Plan General para las Crisis”

La ficha de plan de crisis, que se puede observar en el Apéndice 6, es un instrumento muy relevante para la TDC que permite evaluar cuáles son las conductas o impulsos que tiene la paciente cuando está en crisis, qué situaciones o eventos disparan las sensaciones de crisis, cuáles son los factores de vulnerabilidad a tomar en cuenta, cuáles son los signos de advertencia fisiológicos de que ya no se puede manejar efectivamente el malestar emocional y qué habilidades pueden ser útiles para manejar esas situaciones. Luego de haber ahondado en los puntos previamente mencionados, la facilitadora y el paciente evalúan qué habilidades para sobrevivir a las crisis serán consideradas a ser utilizadas en caso se presente una. El objetivo de estas habilidades es tolerar las situaciones dolorosas, las emociones desagradables o los impulsos de incurrir en una conducta de auto daño para así poder atravesar por la situación sin incrementar la activación (Boggiano y Gagliosi, 2018).

Algunas de las habilidades que se evalúan con el paciente para el plan de crisis son: cambiar la temperatura del cuerpo, realizar ejercicio intenso, alejarse de la situación por un momento, distraerse con actividades placenteras, calmarse a través de los cinco sentidos, relajación muscular, respiración pausada, etc. (Chapman y Gratz, 2015; Linehan, 2015).

4.1.2.3 Ficha de Registro Diario

La TDC utiliza una herramienta fundamental que es la ficha de registro diario estándar, la cual se puede observar en el Apéndice 5. Esta puede modificarse en función de las conductas problema de cada consultante. Para fines de este trabajo, se ha utilizado la ficha de registro estándar. Este instrumento se compone de una serie de columnas que permiten registrar la intensidad del impulso de cometer una conducta problema (autolesionarse, suicidarse, etc.), la intensidad de las emociones, si el consultante finalmente actuó o no según los impulsos de la conducta problema y si fue capaz de usar habilidades (Koerner, 2012; Linehan, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018). Para fines del reporte no se tomaron en consideración las columnas que hacen referencia al consumo de sustancias, ya que estas variables no son relevantes para abordar los objetivos planteados.

La ficha de registro diario utiliza una escala subjetiva del 0 al 10 para los impulsos de cometer una conducta problema y para evaluar la intensidad de la emoción experimentada. El paciente registra en la ficha el punto más alto de intensidad del día, en lugar del promedio (Linehan, 2015). En este sentido, se les enseña a los consultantes a analizar y nombrar sus emociones y los impulsos de acción asociados. Asimismo, los pacientes van a registrar cuántas veces intentaron y cuánto les ayudó las habilidades en aquellos momentos de crisis emocional (Boggiano y Gagliesi, 2018). La facilitadora manifiesta la diferencia entre impulsos de auto-daño e impulsos de suicidio y conductas de auto-daño al explicar la presencia de intención suicida como un criterio exclusivo (Rathus y Miller, 2015).

Se le explica al paciente que el registro diario es una herramienta muy importante para la terapia y que es fundamental su compromiso para llenarla día a día y traerla a sesión cada semana (Linehan, 1993; Miller, Rathus y Linehan, 2007; Rathus y Miller, 2015).

La ficha de registro diario cumple con varias funciones. En primer lugar, requiere que el consultante monitoree sus emociones, sus conductas problema y el uso de habilidades, lo cual va a ayudar a la facilitadora a tener una línea base para registrar cuántas veces ocurre la conducta. Se ha comprobado también que el solo hecho de registrar una conducta la mejora, ya que el paciente empieza a ser más consciente de esta y si la misma se alinea a sus objetivos y metas. Además, existe una correlación entre los pacientes que cumplen con el registro y la mejoría clínica, por lo que es un excelente predictor de resultados. En segundo lugar, ayuda a supervisar si hubo en la semana alguna conducta que atenta contra la vida del paciente para así poder abordarla en sesión (Koerner, 2012; Rathus y Miller, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018).

En tercer lugar, la ficha de registro actúa como un diario para el adolescente, ya que ayuda a tener un registro de mayor confianza que la propia memoria. En cuarto lugar, permite relacionar ciertas emociones con algunas conductas blanco a trabajar (Linehan 1993; Rathus y Miller, 2015; Rathus, Miller y Bonavitacola, 2017)

4.1.3 Procedimiento de evaluación de la línea base

Como paso previo a la evaluación de la línea base, se solicitaron los permisos institucionales correspondientes para poder realizar la intervención en la muestra mencionada en las instalaciones de la institución. La solicitud formal se hizo mediante una ficha de consentimiento informado (Apéndice 7), la cual fue firmada por los directivos del centro.

De esta forma, la evaluación de la línea base se realizó dentro de la etapa denominada pretratamiento en la TDC, la cual consta de 4 a 5 sesiones individuales con la paciente, una vez a la semana. Las sesiones número 1 y 3 están destinadas específicamente a fines evaluativos, mientras que las otras están dirigidas a brindar información sobre la terapia y a llegar a acuerdos que serán necesarios al momento de iniciar el tratamiento propiamente dicho. Sin embargo, cabe resaltar que en esta etapa de pre-tratamiento la evaluación va de la mano con la explicación del tratamiento, los acuerdos para la terapia y algunas pautas iniciales de intervención. Es importante mencionar que cada una de estas sesiones fue supervisada por una psicóloga licenciada y colegiada y un médico psiquiatra, ambos especialistas en la TDC.

En la primera sesión, se realizó la entrevista semiestructurada con el fin de hacer una historia clínica, en la cual se evaluó y analizó la información que las pacientes brindaban para confirmar el diagnóstico de Desregulación Emocional y evaluar así si eran candidatas para entrar a tratamiento. El modelo de historia clínica es un material propio de la institución en la cual se llevó a cabo el estudio, que busca identificar principalmente las conductas que atentan contra la vida. De esta manera, la facilitadora y el consultante, a través de la historia clínica, clarificaron y evaluaron las conductas problema y diseñaron el plan de intervención (Koerner, 2012). En este sentido, la facilitadora explica al paciente que para la TDC las conductas problema son todas aquellas conductas que, aunque son eficaces en el corto plazo, usualmente traen consecuencias negativas a mediano plazo para sus metas u objetivos (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Respecto a la paciente 1 (17 años), se identificó en la historia clínica una elevada ideación suicida y que incurría en conductas autolesivas desde sus 9 años con una frecuencia aproximada de 3 autolesiones horizontales superficiales en los brazos, lo cual se mantiene en la

actualidad. Menciona que se autolesionaba con agujas, navajas, tijeras y cuchillos, y se golpeaba con los puños en los brazos. Además, tuvo dos intentos de suicidio con pastillas, a los 9 y 11 años. Asimismo, a los 13 años la internaron en un centro psiquiátrico por 15 días.

En cuanto a la paciente 2 (15 años), se observó en la historia clínica que se autolesionaba superficialmente tanto horizontal como verticalmente desde sus 12 años, con tijeras, navajas y arañones, con una frecuencia de 3 autolesiones a la semana. A sus 14 años tuvo dos intentos de suicidio consumiendo pastillas. Por otro lado, no ha tenido internaciones previas en centros psiquiátricos. En el presente, incurre en autolesiones 1 vez a la semana, presenta una elevada ideación suicida y tuvo un intento de suicidio reciente (una semana previa a la evaluación).

En relación a la paciente 3 (16 años), se identificó que se autolesionaba de manera superficial y profunda tanto en los brazos como en el estómago con tijeras, tajadores, cuchillas y agujas desde los 14 años, con una frecuencia de 2 veces por semana. Dicha conducta se mantiene en el presente con la misma frecuencia. Asimismo, ha sido internada en hospitales psiquiátricos en dos ocasiones a sus 15 años. No ha tenido intentos de suicidio previos; sin embargo, se evaluó que la ideación suicida era constante y que había planeado cómo quitarse la vida, más no llevó a cabo la acción.

Respecto a la paciente 4 (19 años), se observó en la historia clínica que presentaba autolesiones superficiales en los brazos, tanto horizontales como verticales, desde sus 13 años, con una frecuencia de 1 vez por semana. Comentó que se autolesionaba con tijeras, regla, navajas, cuchillos, arañazos, y se golpeaba la cabeza contra la pared. Así mismo, ha tenido tres intentos de suicidio en los últimos dos años y no ha sido internada previamente. Actualmente presenta una elevada ideación suicida.

Finalmente, en la paciente 5 (19 años), se pudo identificar en la historia clínica que se autolesionaba desde sus 12 años. Sus autolesiones eran superficiales, presentándose aproximadamente 1 vez a la semana, tanto en los brazos como en las piernas, y utilizando cuchillos o arañazos. Asimismo, se golpeaba con los puños en el cuerpo. Ha tenido 1 intento de suicidio previo. En la actualidad mantiene dicha frecuencia de autolesiones, además de una elevada ideación suicida.

En la siguiente tabla se detalla la información más relevante sobre las conductas que atentan contra la vida de cada paciente, recolectada en el primer contacto que se tuvo con ellas. En el caso de intensidad de impulso de suicidio y de autodaño, se consideró el puntaje más

elevado experimentado en la última semana en un rango del 0 al 10, donde 0 hace referencia a la ausencia y 10 a la mayor intensidad.

Tabla 4.1

Datos relevantes sobre conductas que atentan contra la vida de cada paciente

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Frecuencia de autolesiones a la semana	3	1	2	1	1
Intensidad del impulso de autodaño (0-10)	8	8	7	7	6
Intensidad del impulso de suicidio (0-10)	7	8	7	8	8
Intentos de suicidio previos	2	2	0	3	1
Internaciones previas	1	0	2	0	0

En esta misma línea, la tercera sesión también es considerada una sesión evaluativa, puesto que se aplicó la ficha de plan general para las crisis, en la cual se evaluó a profundidad los componentes de las crisis actuales: comportamientos o impulsos que tiene la paciente cuando está en crisis, qué situaciones son las que desencadenan estas crisis, cuáles son los factores de vulnerabilidad a tomar en cuenta que facilitan la aparición de las conductas problema, cuáles son los signos de advertencia de que la paciente está por entrar a una crisis, y qué habilidades pueden ayudarle a regular sus emociones. La facilitadora explicó a las pacientes que son los factores de vulnerabilidad y cómo estos pueden hacer que un día determinados estímulos generen una conducta problema y al día siguiente no (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Junto a la explicación del plan de crisis, la facilitadora informó a las pacientes sobre la importancia del coaching telefónico antes de incurrir en la conducta problema, promoviendo así que estas llamen durante una crisis y puedan implementar juntos el plan elaborado (Chapman, 2019). Paralelamente a ello, la facilitadora y las pacientes acuerdan qué conductas van a monitorear y modificar a través de la ficha de registro diario que se les entregó y explicó a detalle cómo llenar. Se realizó un consentimiento verbal en donde las pacientes se comprometieron a llenar semanalmente la ficha de registro diario para poder analizarla y trabajarla en

cada sesión. En esta misma línea, las pacientes firmaron un documento de acuerdos en donde figuran algunos límites personales de la facilitadora, las condiciones del coaching telefónico, la asistencia a las terapias grupales, entre otras cosas.

En cuanto a las sesiones que no son parte del proceso de evaluación, en la segunda sesión con las pacientes, se les enseñó cómo la TDC conceptualiza las conductas problema a través de la teoría Biosocial y cómo es que las mismas están muchas veces al servicio de regular emociones intensas. Además, se les explicó la importancia de participar en el grupo de habilidades para consultantes para que aprendan nuevas herramientas y no vuelvan a caer en conductas desadaptativas. Se procedió a explicarles que la teoría Biosocial propone que la paciente puede no realizar una conducta efectiva porque: no cuenta con las habilidades en su repertorio de conductas, porque ciertos comportamientos disfuncionales fueron reforzados en algún momento o no se reforzaron comportamientos más adaptativos, la intensidad de las emociones interfieren, o algunas creencias o procesamiento cognitivo inhibe o dificulta la aparición de la conducta habilidosa (Linehan, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018).

Es por esta razón que durante el pretratamiento se les mostró a las pacientes cómo es que sus conductas problema las aleja de lo que es importante para ellas, y se les pidió que se comprometían a no tener conductas problema durante un año y al mismo tiempo intenten aplicar conductas más efectivas que se les enseñará en sesión. La facilitadora presenta la TDC como una opción al suicidio para modular las emociones y modificar el contexto (Koerner, 2012; Linehan, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018). Es por esta razón que se realizó un consentimiento verbal con las pacientes, en donde ellas se comprometieron a mantenerse con vida y al mismo tiempo hacer todo lo posible por aprender conductas más habilidosas para reemplazar las conductas problemas.

Finalmente, en la cuarta sesión, se recogieron las metas de las pacientes, qué es lo que ellas quieren conseguir con el tratamiento, qué significaba para ellas tener una vida valiosa.

4.2 Implementación

El plan de intervención o implementación se caracteriza por distintas formas de abordaje que utiliza la TDC, ya que es un tratamiento complejo y estructurado que guía al profesional de la salud mental en cada uno de los pasos que tiene que realizar. Además, la TDC está conformada por múltiples estrategias que van a lograr que el paciente sea atendido paralelamente por medio de: la terapia individual, la terapia grupal de habilidades, el coaching telefónico y el equipo de

consultoría (Linehan, 1993; Linehan, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018). Más adelante se explicarán cada uno de ellos.

4.2.1 Participantes

Las participantes se han mantenido igual a la línea base.

4.2.2 Instrumentos o herramientas de implementación/intervención

4.2.2.1 Ficha de Registro Diario

La ficha de registro diario se mantiene como un instrumento fundamental en la fase de implementación/intervención. Esta ya fue descrita en la evaluación de la línea base.

4.2.2.2 Análisis en Cadena

Si la ficha de registro diario evidencia la aparición de alguna conducta problema, la facilitadora realiza en sesión un análisis en cadena. Esta es una herramienta de evaluación propia de la TDC que ayuda a la facilitadora a comprobar qué elementos o factores en el ambiente controlan la aparición, mantenimiento e intensidad de la conducta problema (Linehan, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018). Esta técnica es más específica que un análisis funcional, ya que presta atención y ordena cronológicamente los cambios momento a momento de los factores ambientales, de las emociones, las acciones, las sensaciones corporales y los pensamientos (Linch, Chapman, Rosenthal y Linehan, 2006; Hollander, 2017; Boggiano y Gagliesi, 2018).

De esta forma, la facilitadora y el paciente buscan cuáles son los factores de vulnerabilidad que han estado presentes, los antecedentes, el evento desencadenante y las consecuencias que pueden haber reforzado la ocurrencia de la conducta. El análisis en cadena permite generar hipótesis acerca de las variables que pueden estar controlando la aparición de la conducta problema, para así poder planificar una intervención. En esta misma línea, el análisis en cadena permite a la facilitadora conocer las características o topografía de la conducta problema en cada episodio. Esto va a favorecer que la facilitadora detecte diferencias entre las distintas situaciones que se le presentan al paciente, y va a poder tener una mejor visión sobre qué es lo que controla esos cambios (Koerner, 2012; Boggiano y Gagliesi, 2018).

4.2.2.3 Análisis de Solución

Una vez que la facilitadora finaliza el análisis en cadena en sesión, procede a hacer un análisis de solución, en donde junto con el paciente buscan qué conductas alternativas pueden funcionar una próxima vez que ocurra un evento similar. Por lo tanto, la facilitadora realiza un ensayo encubierto de la solución solicitando al paciente que se imagine poniendo en práctica las nuevas conductas. Esto va a permitir que el paciente se anticipe frente a los posibles problemas que pudieran surgir. La facilitadora se asegura que el paciente se comprometa a realizar las conductas aprendidas (Linehan, 1993; Koerner, 2012; Boggiano y Gagliesi, 2018).

En esta misma línea, cuando hay conductas que atentan contra la vida del paciente, en el análisis de solución suelen enseñarse las habilidades de regulación emocional. Estas habilidades tienen 3 objetivos. En primer lugar, ayudan a identificar y entender tanto a nivel físico, cognitivo y comportamental, las distintas emociones para que así se sientan más manejables y menos estresantes. En segundo lugar, ayudan a reducir la vulnerabilidad para experimentar emociones intensas. Finalmente, permiten modular mejor las emociones y controlar la intensidad con las que estas aparecen (Linehan, 2015; Chapman y Gratz, 2015). En este sentido, el análisis de solución utiliza cuatro estrategias de cambio de la TDC: el aprendizaje de las habilidades, el manejo de contingencias a través del conductismo, la modificación cognitiva y la exposición emocional (Linehan, 1993; Boggiano y Gagliesi, 2018).

4.2.3 Procedimiento de implementación

En primer lugar, dentro de la intervención, se encuentra la terapia individual paciente-facilitadora, la cual fue supervisada por una psicóloga licenciada y un médico psiquiatra. Cada vez que la consultante llegaba a la sesión, lo primero que se le pedía era que entregara la ficha de registro diario que había llenado en la semana. De esta forma, se procedió a reforzar cualquier conducta problema que haya disminuido y se evaluó si hubieron en la semana conductas que atentaron contra su vida, ya que dentro de la TDC estas deben ser las primeras en abordarse en orden de prioridad. Estas conductas son: autolesiones, ideación y comunicación suicida, crisis suicidas, creencias, y expectativas y emociones relacionadas al suicidio (Koerner, 2012).

En segundo lugar, las pacientes, durante la etapa de intervención, utilizan el coaching telefónico antes de tener una conducta que atente contra su vida. El objetivo principal es ayudar a las pacientes a que apliquen efectivamente conductas alternativas que sean más adaptativas. En esta etapa las consultantes están aprendiendo la nueva habilidad de tolerancia al malestar o

regulación emocional, y la facilitadora les explica cuándo y por qué tienen que usarlas, y muchas veces modela en sesión la habilidad con el paciente. Usualmente el consultante llama en situaciones de alto estrés como conflictos interpersonales, dificultad para regular alguna emoción de alta intensidad, el impulso de incurrir en una conducta de auto daño, o tener alguna conducta agresiva con otros (Chapman, 2019). Se procedió a explicar a las pacientes que el coaching tiene 3 funciones muy importantes: disminuir las crisis suicidas, incrementar la generalización de habilidades en los distintos contextos del paciente, y resolver cualquier situación de conflicto con la facilitadora (Koerner, 2012; Linehan 2015).

En tercer lugar, las pacientes comenzaron a asistir a las terapias grupales de habilidades. Estos talleres cuentan con cuatro módulos. El primero de ellos, regulación emocional, busca ayudar al paciente a comprender, regular y comunicar de manera efectiva sus emociones. El segundo, efectividad interpersonal, enseña cómo expresar asertivamente sus necesidades o cómo negarse a un pedido, cómo hacer o mantener amistades, etc. El tercero, conciencia plena o mindfulness, orienta al paciente a ser consciente de su vida en el presente, despertando así de rutinas automáticas. Así mismo, enseña al consultante a prestar atención a las sensaciones de cada emoción, a la intensidad e impulsos asociados, sin suprimirlas, bloquearlas o tratar de escapar de ellas. Finalmente, aceptación radical, que ayuda al paciente a relacionarse de manera distinta con su pasado, presente o futuro cercano, sin pelearse con la realidad, ya que esto puede generar sufrimiento (Chapman, 2019).

En cuarto lugar, otra forma de intervención que hay en la etapa de implementación, es la consultoría de equipo de los terapeutas. Estas reuniones de consultoría se llevan a cabo una vez a la semana, y se agendan por orden de prioridad en base a pacientes que hayan presentado riesgo suicida o comportamientos suicida en la semana. Es así que entre colegas discuten qué otras técnicas o herramientas se pueden utilizar para ayudar a las pacientes (Chapman, 2019).

4.3 Evaluación de proceso

El presente estudio buscó evaluar una intervención psicoterapéutica correspondiente a la Terapia Dialéctico Conductual (TDC). Debido a que el programa que siguen los pacientes es una intervención psicoterapéutica cuyo final depende netamente de la evolución de cada participante, no se puede considerar un final de tratamiento específico. Lo que se consideró entonces, fue evaluar la evolución de las pacientes al cabo de un mes de tratamiento, mediante el análisis de las fichas de registro diario.

4.3.1 Participantes

Las participantes se han mantenido igual a la línea base.

4.3.2 Técnicas o instrumentos de evaluación/diagnóstico

El instrumento utilizado para la evaluación de proceso fue la ficha de registro diario, la cual fue explicada en el apartado de implementación del presente estudio.

4.3.3 Procedimiento de evaluación de proceso

Para recolectar la información necesaria, semana a semana se solicitaron las fichas de registro diario a las pacientes para poder adjuntarlas en sus archivos. Asimismo, para fines del estudio, se solicitó un permiso a la institución a través de un consentimiento informado, para acceder a los archivos de las pacientes y así poder analizar las fichas de registro correspondientes que evidenciaran un mes de intervención. La revisión y el análisis de las fichas se realizó bajo la supervisión de la psicóloga licenciada y el médico psiquiatra mencionados previamente en el trabajo.

La institución aprobó que se accediera a cada uno de los archivos de las pacientes y se utilizara la información para el presente trabajo; no obstante, no permitió que se sacara copia a los documentos, como son las fichas de registro llenadas por las pacientes, sus historias clínicas, etc. Sin embargo, la institución facilitó un modelo de ficha de registro en blanco para fines del trabajo.

La ficha de registro diario permite a la facilitadora supervisar el progreso del paciente durante el tiempo, transfiriendo data e información a una base de datos, lo cual sirve para analizar los cambios realizados en alguna variable de interés, que en este caso son las conductas que atentan contra la vida de las pacientes: la ideación suicida y las conductas de auto daño (Mazza, Dexter-Mazza, Miller, Rathus y Murphy, 2016). De esta manera es que este instrumento permite monitorear el incremento o disminución de las conductas problema, así como cambios en el estado de ánimo y el uso de habilidades por parte del paciente (Linehan, 2015). El aumento o la reducción de estas conductas será lo que evidencie el progreso en la terapia (Koerner, 2012; Linehan, 2015; Boggiano y Gagliesi, 2018).

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos cuantitativos

En esta sección se presentan los resultados descriptivos de los gráficos del Apéndice 1, en donde se muestran los puntajes de intensidad de impulso de autodaño, ideación suicida y conductas de autodaño que tuvieron las pacientes día a día en un mes de intervención dentro de la TDC. Asimismo, se describen las tablas del Apéndice 2 que reflejan en qué días las pacientes incurrieron o no en una conducta de autodaño, cuál fue la intensidad de sus emociones y si es que pudieron aplicar las habilidades.

5.1.1 Paciente 1

En esta primera paciente, cuya edad era de 17 años, se puede observar en el gráfico (ver Apéndice 1) cómo el impulso de suicidio y autodaño siguen una trayectoria similar en la primera etapa. Se aprecia que en la primera semana estos impulsos fueron elevados; sin embargo, a partir de la segunda semana estos comienzan a bajar en intensidad, logrando que a partir del día 13, ninguno se eleve. No obstante, se puede ver que en el día 22 y 23 la paciente presenta una conducta de autodaño, pero se observa que el impulso de suicidio no llega a ser tan alto como el de autodaño.

En esta misma línea, el gráfico de promedio de los impulsos de suicidio y autodaño por semana (ver Apéndice 1), refleja una clara disminución de los impulsos de suicidio y autodaño, evidenciando resultados positivos en la paciente. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, en la semana cuatro aumentó el impulso de autodaño.

Seguido de esto, la tabla (ver Apéndice 2) muestra que en el primer día la paciente no incurre en conductas autolesivas a pesar de la alta intensidad de los impulsos de suicidio y autodaño y la elevada intensidad de sus emociones, ya que pudo hacer uso de las habilidades efectivamente. Sin embargo, en el sexto día en el que aparece nuevamente un alto impulso de autodaño y suicidio junto con una alta intensidad emocional y ella no se autolesiona, expresa que pensó en usar habilidades, pero no quiso. Así mismo, en el día 22 y 23 se elevan a una gran intensidad sus emociones junto con el impulso de autodaño y manifiesta que se esforzó en usar las habilidades, pero no le ayudaron, por lo que terminó incurriendo en una conducta autolesiva.

Por otro lado, la tabla refleja que la paciente no pensó en usar habilidades en un 55% de las veces y que sí las usó y le funcionaron en un 13%.

5.1.2 Paciente 2

En esta segunda paciente cuya edad era de 15 años, se observa en el gráfico (ver Apéndice 1) cómo el impulso de suicidio y autodaño siguen una trayectoria similar en las dos primeras semanas; sin embargo, a pesar de que luego se observa una disminución progresiva del impulso de suicidio, el impulso de autodaño se eleva a una gran intensidad en 2 ocasiones (los días 15 y 24), en las cuales la paciente llega a incurrir en una conducta autolesiva.

De esta forma, el gráfico de promedio por semana (ver Apéndice 1), muestra que tanto el impulso de suicidio como el de autodaño tienen un mismo patrón, en donde se elevan en la tercera semana, y luego disminuyen. No obstante, se observa que el impulso de autodaño es más elevado que el de suicidio.

La tabla (ver Apéndice 2) evidencia que el día 17 la paciente no llega a incurrir en una conducta de autodaño, ya que logra utilizar efectivamente las habilidades. No obstante, en los días 15 y 24 en los que se observa una alta intensidad emocional, incurre en una conducta autolesiva, manifestando que pensó en usar habilidades pero no quiso. Por otro lado, se observa que en un 79% de las veces ella no pensó en usar habilidades.

5.1.3 Paciente 3

En esta tercera paciente cuya edad era de 16 años, se puede observar en el gráfico (ver Apéndice 1) que el impulso de suicidio y el impulso de autodaño siguen una misma trayectoria, y en ambos casos, la mayoría de días no son tan intensos. Si bien la tabla refleja que en el décimo día hubo un alto nivel de impulso de suicidio y autodaño acompañados de una autolesión, es importante recalcar que en los siguientes días dichos impulsos no presentaron una intensidad tan elevada.

En esta misma línea, el gráfico de promedio por semana (ver Apéndice 1), refleja que en la semana 2 hubo un aumento en los impulsos de autodaño y suicidio, pero luego disminuyeron ligeramente.

Seguido de esto, la tabla (ver Apéndice 2) muestra que la paciente logró utilizar habilidades en un 29% de las veces. El día doce se observa que, a pesar de experimentar emociones muy intensas, no se llega a autolesionar porque logra utilizar las habilidades de manera efectiva.

Sin embargo, no pensó en usarlas en un 63%. Así mismo, se puede evidenciar que en el décimo día en el que sí se autolesionó, la paciente experimentaba emociones muy intensas, y expresó que se esforzó en usar habilidades, pero no pudo.

5.1.4 Paciente 4

En esta cuarta paciente cuya edad era de 19 años, se observa en el gráfico (ver Apéndice 1) cómo el impulso de suicidio y autodaño siguen un patrón similar en las cuatro semanas, viéndose que cuando una de estas variables se eleva, la otra también la acompaña. Por otro lado, se evidencia que es una paciente con una alta variabilidad en ambos impulsos, mostrando en mínimas ocasiones (3 días de 24) ningún impulso de autodaño. No obstante, a pesar de la labilidad en todo ese tiempo, se puede evidenciar que no llega a autolesionarse.

Así mismo, el gráfico de promedio de los impulsos de suicidio y autodaño por semana (ver Apéndice 1), muestra un aumento considerable de la semana 1 a la semana 2, para luego mantenerse constante.

La tabla (ver Apéndice 2) muestra que la paciente no se autolesionó en todo ese tiempo a pesar de la variabilidad que hubo en sus impulsos de suicidio y autodaño y de la intensidad de algunas emociones, ya que logró utilizar las habilidades de manera efectiva en un 63%. Por otro lado, la tabla refleja que se esforzó en usar habilidades pero no le ayudaron, en un 25%. Finalmente, la paciente refiere que no se esforzó en usar las habilidades y por ende no le funcionaron en un 13%.

5.1.5 Paciente 5

En esta quinta paciente cuya edad era de 19 años, se observa en el gráfico (ver Apéndice 1) que no presentó impulsos de suicidio o autodaño en la mayoría de días. Se evidencia que en la primera semana aparece un alto impulso de suicidio y autodaño; sin embargo, la paciente no se autolesiona. Estos impulsos cambian en el tiempo, ya que ambos disminuyen por completo, hasta que en la tercera semana se presenta un impulso de suicidio de una menor intensidad que no va acompañado de impulsos de autodaño.

El gráfico de promedio de los impulsos de suicidio y autodaño por semana (ver Apéndice 1) refleja una clara disminución gradual del impulso de suicidio. Mientras que el impulso de autodaño no se vuelve a presentar desde la semana 2.

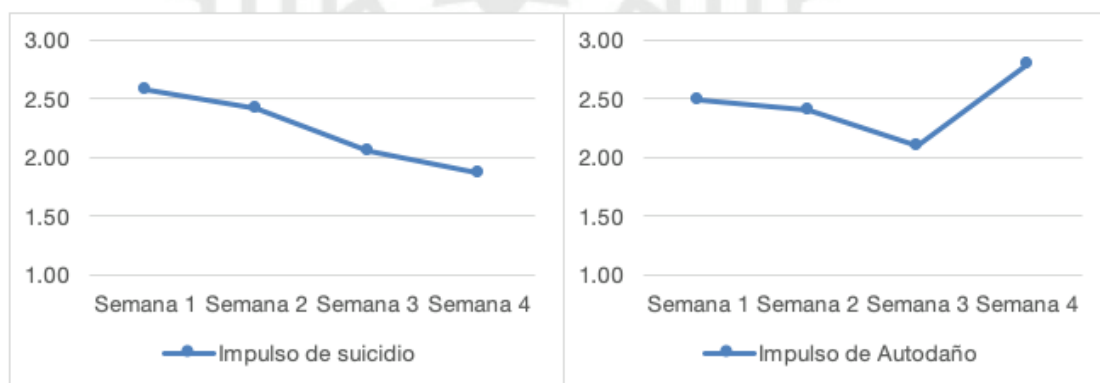
La tabla (ver Apéndice 2) evidencia que la paciente no se autolesionó en todo ese tiempo a pesar de que se observa que en los días 6 y 10 ella experimentaba emociones en una alta intensidad. Así mismo, se observa que pudo utilizar habilidades efectivamente en un 58%. No obstante, en un 29% no pensó en usarlas y en un 8% pensó en usarlas, no lo hizo, pero lo deseaba.

5.1.6 Resultados para toda la muestra

En la figura que se muestra a continuación se evidencia una mejoría en el promedio de impulso de suicidio de todas las pacientes por semana en la etapa de intervención, ya que se observa una disminución gradual de este impulso conforme van pasando las semanas de tratamiento. Así mismo, el gráfico muestra que hay una tendencia de disminución del impulso de auto daño, aunque en la cuarta semana se evidencia un aumento.

Figura 5.1.

Promedio de los impulsos de suicidio y auto daño de toda la muestra por cada semana de tratamiento.



5.2 Resultados interpretativos

Los resultados demuestran una tendencia a la disminución de las conductas que atentan contra la vida en las pacientes, es decir, de los impulsos de suicidio, los impulsos de auto daño y los comportamientos autolesivos en un plazo de un mes de intervención. Esto es esperado dentro de la TDC, ya que estas conductas son las más prioritarias dentro de la jerarquía de objetivos que tiene el tratamiento. De esta manera, la TDC busca enseñar a los adolescentes las herramientas necesarias para manejar las emociones intensas. Es el tratamiento hoy en día más rápido

para reducir ideación suicida y autolesiones (Linehan, 2015; Hollander, 2017; Boggiano y Gagliesi, 2018).

Se puede observar una disminución de las conductas autolesivas desde que las pacientes ingresan a pretratamiento, ya que la paciente 1 pasa de tener 3 autolesiones a la semana, a tener 2 autolesiones en un plazo de cuatro semanas. Así mismo, la paciente 2 pasa de tener 1 autolesión a la semana, a tener 2 autolesiones en un mes. De la misma forma, la paciente 3 pasa de tener 2 autolesiones a la semana a tener 1 en un mes de intervención. Finalmente, las pacientes 4 y 5 pasan de tener 1 autolesión a la semana aproximadamente, a no incurrir en conductas de auto-daño. Se ha comprobado que los pacientes que comienzan la TDC se autolesionan cada vez menos, disminuyen sus intentos de suicidio, y abandonan menos la terapia, a comparación de otros modos de tratamiento (Hollander, 2017; Chapman, 2019).

Sin embargo, se observa en los gráficos que en algunas pacientes se pueden presentar episodios de crisis emocional en donde se elevan nuevamente los impulsos de suicidio o de auto-daño. Esto se debe a que los pacientes en riesgo de suicidio pueden mostrar un patrón de riesgo episódico e impredecible, es por eso que los profesionales de la salud mental deben estar preparados para abordar las crisis suicidas en cualquier momento (Chapman, 2019). Esto se puede evidenciar en las pacientes 1, 2 y 3, en donde los impulsos de auto-daño se elevan en la última semana.

Se puede evidenciar que en la mayoría de los casos los impulsos de suicidio y de auto-daño siguen una misma trayectoria, lo que significa que, si uno de ellos se eleva, es más probable que el otro también lo haga. Esto puede explicarse porque las conductas autolesivas son un predictor importante de intentos de suicidio (Hollander, 2017).

En esta misma línea, se observa que las pacientes comienzan a poner en práctica las habilidades para sobrellevar situaciones de alta intensidad emocional desde la primera semana de tratamiento. No obstante, las habilidades recién se están afianzando y están aprendiendo cuándo y dónde deben usarlas para tener conductas más efectivas. Es por esta razón que se observa que las pacientes 1, 2 y 3 registran en la ficha en la columna de habilidades un “0”, que significa que no pensaron en usarlas. Esto puede deberse a que en los momentos de alta intensidad emocional es difícil recordar qué habilidades pueden utilizar. Según Chapman (2019), al inicio del tratamiento las pacientes se encuentran en una fase de adquisición de habilidades, en donde recién están aprendiendo el nuevo comportamiento efectivo que va a reemplazar la con-

ducta disfuncional. Es por esta razón que las pacientes en esta etapa suelen tener poco conocimiento o experiencia de cómo aplicar la habilidad de regulación emocional y muy pocas veces cuando están activadas emocionalmente, se acuerdan de qué habilidades pueden poner en práctica para bajar la intensidad emocional. Así mismo, los comportamientos efectivos pueden ser inhibidos por emociones intensas que se encuentran fuera de control, o por patrones de pensamiento problemático o creencias que interfieren en el uso de habilidades (Koerner, 2012).

Por otro lado, se ha evidenciado en los resultados que las pacientes menores de 17, las pacientes 1 y 2, han colocado algunos “1” en la columna de habilidades, lo cual significa que no quieren usar las habilidades cuando se presenta una alta intensidad emocional, y es ahí cuando incurren en una conducta de autodaño. Mientras que las dos mayores que tienen 19 años (pacientes 4 y 5) sí ponen en práctica las habilidades, por lo que pueden controlar la intensidad emocional con mayor eficacia. Esto puede deberse a que a finales de la adolescencia se terminan de desarrollar las conexiones neuronales en la corteza prefrontal, la cual está relacionada al control de impulsos y la toma de decisiones (Hollander, 2017).

Por otra parte, se puede comprobar que las conductas autolesivas de las pacientes se presentan en situaciones en donde hay una alta intensidad emocional. Según Hollander (2017), las conductas autolesivas generalmente se presentan como una solución a cómo se siente el adolescente en un momento determinado, ya que se convierten en una forma de regular emociones intensas dolorosas o desagradables. De esta forma, es que las autolesiones, los intentos de suicidio y otras conductas de autodaño se convierten en una forma de escapar del dolor emocional (Chapman y Gratz, 2015; Mazza et al., 2016; Boggiano y Gagliesi, 2018). No obstante, se puede observar que a las pacientes les cuesta identificar qué emociones en específico son las que se elevan en situaciones de crisis, ya que asignan una alta puntuación a varias emociones al mismo tiempo.

El presente estudio implica un gran aporte para la salud mental, ya que brinda un acercamiento a los beneficios del tratamiento de la terapia dialéctico comportamental. Así mismo, específicamente a nivel institucional, facilita el acceso a este tratamiento a muchos adolescentes que sufren de desregulación emocional, los cuales tendrán nuevas herramientas para manejar de manera efectiva sus emociones en diversos contextos o situaciones sociales. De esta forma, la intervención realizada evidencia una disminución de las conductas que atentan contra la vida en un mes de tratamiento. Por otro lado, a través de la intervención, se pretendió propiciar una mayor atención a los adolescentes que acuden a la institución, ya que usualmente el foco de

atención suele estar en la población adulta. Es decir, fomenta a la institución a crear un subgrupo de terapeutas especialistas en adolescentes.

Por otro lado, algunas limitaciones observadas en el estudio son, en primer lugar, el que es frecuente que las pacientes marquen en la ficha de registro que no pensaron en usar las habilidades; sin embargo, se encontró que en ocasiones sí las habían utilizado. Esto se debe a que no se dieron cuenta de que las habían aplicado, ya sea porque piensan que lo hicieron mal o porque no entendieron cómo aplicarla. En segundo lugar, la muestra del estudio es pequeña y solo se consideró un mes de intervención. Existen otros estudios que demuestran que la TDC en adolescentes es efectiva en reducir las conductas de auto daño en un periodo de 3 a 6 meses, logrando que puedan tolerar mejor el malestar y puedan regular mejor sus emociones (Hollander, 2017; Chapman, 2019). En cuarto lugar, no se utilizaron instrumentos psicométricos para la evaluación de los resultados. Además, no se contó con un grupo control para comparar resultados. Finalmente, en Perú hay pocos especialistas en la TDC, por lo que no se encuentran estudios del país al respecto.



CONCLUSIONES

Los resultados expuestos permiten concluir que al cabo de un mes de tratamiento con la TDC en 5 pacientes adolescentes diagnosticadas con desregulación emocional:

- La TDC es efectiva para reducir las conductas que atentan contra la vida en adolescentes.
- La TDC disminuye los impulsos de auto daño en adolescentes cuando se presentan emociones intensas.
- La TDC reduce los impulsos de suicidio en adolescentes.
- Se observó una disminución importante en las conductas de auto daño.
- Las habilidades de regulación emocional son efectivas para el manejo de emociones intensas y disminuyen impulsos y conductas auto agresivas y suicidas.
- Las habilidades de regulación emocional requieren de un aprendizaje continuo para ser efectivas.
- La dificultad para regular las emociones juega un papel crucial en el sufrimiento de muchos pacientes que no tienen las habilidades necesarias para manejar sus emociones.
- La ficha de registro diario de la TDC facilita el reconocimiento de los impulsos de suicidio y auto daño.

RECOMENDACIONES

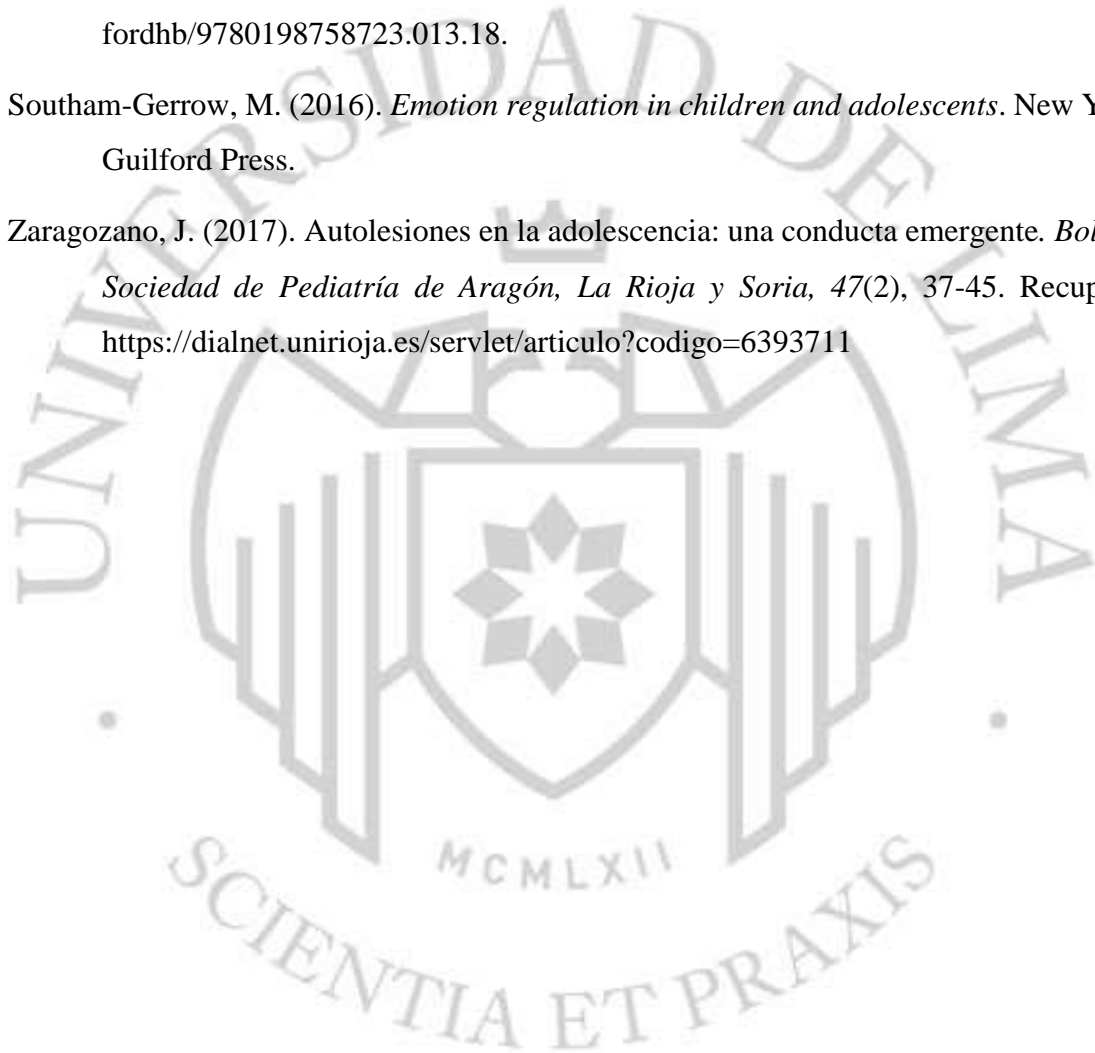
- Se recomienda el uso de la TDC para trabajar las conductas que atentan contra la vida en pacientes adolescentes con DRE.
- Comprometer al paciente a que llene la ficha de registro desde la primera sesión, para poder tener una visión más clara de todos los impulsos del paciente a la semana.
- Es fundamental modelar las habilidades de regulación emocional en sesión con las pacientes, explicando cuándo y porqué pueden usarlas en determinados momentos de crisis emocional.
- Propiciar el uso de habilidades de regulación emocional en situaciones en las cuales las emociones no estén tan elevadas, para que así puedan incorporarlas a su repertorio conductual y usarlas efectivamente en situaciones de crisis emocional.
- Psicoeducar a las pacientes sobre las diferentes funciones que cumplen las emociones en la vida de una persona.
- Monitorear los cambios a través del tiempo en la topografía de la conducta de autodaño de las pacientes, ya que ello también brinda información importante a tomar en cuenta en el progreso.
- Comprometer a la paciente desde la primera sesión a que utilice el coaching telefónico ante un impulso de autodaño o suicidio para así minimizar los riesgos.
- Se sugiere realizar mayores estudios respecto al suicidio y conductas autolesivas en adolescentes, para así también tener un registro más exacto del número de conductas de autodaño, ya que hay escasa información hasta el momento.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/60674377.pdf>
- Astrachan-Fletcher, E. & Maslar, M. (2009). *The dialectical behavior therapy skills workbook for bulimia. Using DBT to break the cycle and regain control of your life*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Behavioral Tech (2019). *Our Impact*. Recuperado de <https://behavioraltech.org/about-us/our-impact/?fbclid=IwAR24UduwgevJZKgD6-vtV0oIi7JUR7Ag0lC7ig0fyzTsT4jRiAn0n5-K7D8>
- Boggiano, J. y Gagliesi, P. (2018). *Terapia Dialéctico Conductual*. Buenos Aires: Edulp.
- Chapman, A. & Gratz, K. (2015). *The dialectical behavior therapy skills workbook for anger. Using DBT mindfulness & emotion regulation skills to manage anger*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Chapman, A. (2019). *Phone coaching in dialectical behavior therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Fazel, S. & Runeson, B. (2020). Suicide. *The New England Journal of Medicina*, 382(3), 266-274. Recuperado de <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1902944>
- Gagliesi, P., Pechon, C., Boggiano, J. y Stoewsand, C. (2008). Programa psicoeducativo dirigido a personas con desorden límite de la personalidad, sus familiares y allegados. *Fundación Foro*. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/uploads/pdfs/archivo44.pdf>
- Hollander, M. (2017). *Helping teens who cut*. London: Guilford Press.
- Izcara, S. (2014). *Manual de investigación cualitativa* [versión DX Reader]. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/271504124_MANUAL_DE_INVESTIGACION_CUALITATIVA

- Katayama, R. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas* [versión DX Reader]. Recuperado de <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/20.500.11818/559/1/INTRODUCCI%C3%93N%20A%20LA%20INVESTIGACI%C3%93N%20CUALITATIVA.pdf>
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive - behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M., Bohus, M. & Lynch, T. (2007). Dialectical behavioral therapy for pervasive emotional dysregulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp.585-605). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/313310646_Dialectical_behavior_therapy_for_pervasive_emotion_dysregulation_Theoretical_and_practical_underpinnings
- Mazza, J., Dexter-Mazza, E., Miller, A., Rathus, J. & Murphy, H. (2016). *DBT skills in schools. Skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A)*. New York, NY: The Guilford Press.
- Miller, A.L., Rathus, J.H. & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents*. New York, NY: Guildford Press
- Ministerio de Salud del Perú (2019). *Palabras que salvan vidas. Hablemos del suicidio*. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/283-palabras-que-salvan-vidas-hablemos-de-suicidio?fbclid=IwAR1HnIGZ6IPQVSaN6aVzJcyq8fpRJCJj0LdwKTKrX-rsaaE8I0709qvU0Co>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=8BD1A616EDD269F1B4B0450419A56789?sequence=1&fbclid=IwAR3iqvyqsHJFqslVWrzenhFs_9bWSujKOSyMtzfYPhpAsl92b49BvezLa7k
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes por causas que, en su mayor parte podrían evitarse*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>

- Quinlan-Davidson, M., Sanhueza, A., Espinosa, I., Escamilla-Cejudo., J. & Maddaleno, M. (2014). Suicide among young people in the Americas. *Journal of Adolescent Health*, 54(3), 262-268. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.012
- Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2015). *DBT skills manual for adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Rathus, J. H., Miller, A. L. & Bonavitacola, L. (2017). DBT with adolescents. In M. Swales (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy*. doi: 10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.18.
- Southam-Gerrow, M. (2016). *Emotion regulation in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Zaragozano, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6393711>



APÉNDICES



Apéndice 1: Resultados cuantitativos de los participantes

Paciente 1:

Figura 5.2

Impulsos de suicidio y auto daño y conductas de auto daño por día de la paciente 1

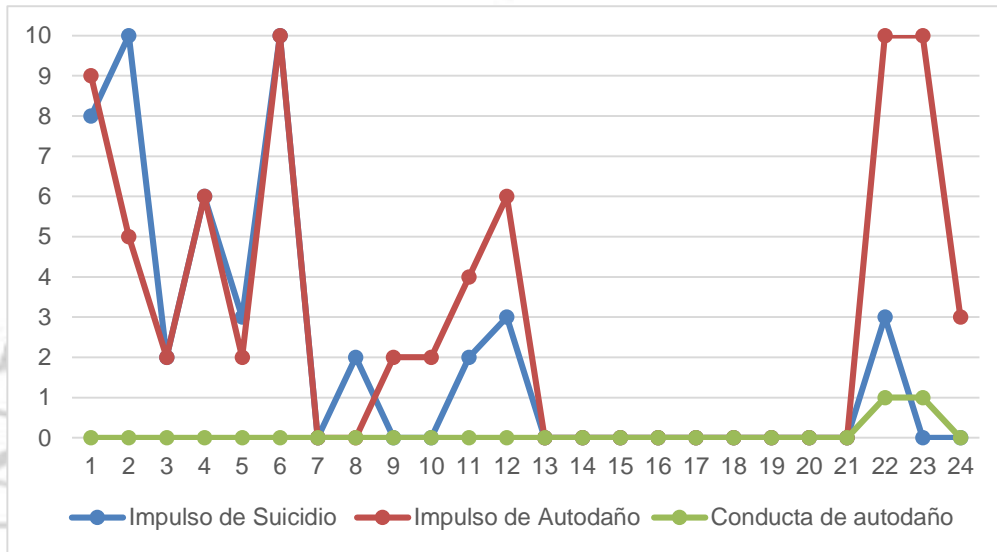
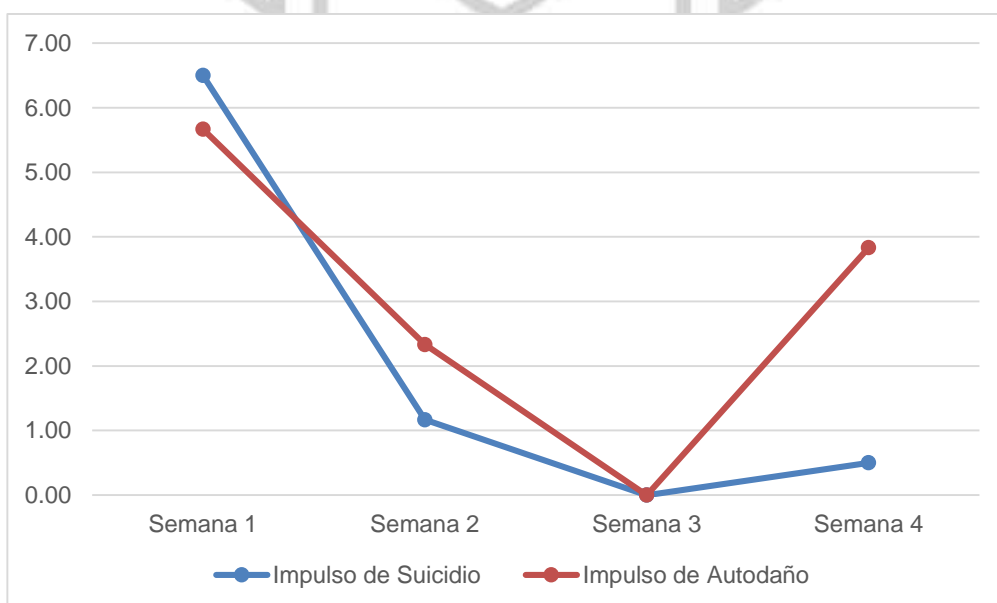


Figura 5.3

Promedio de los impulsos de suicidio y auto daño por semana de la paciente 1



Paciente 2:

Figura 5.4

Impulsos de suicidio y auto daño y conductas de auto daño por día de la paciente 2

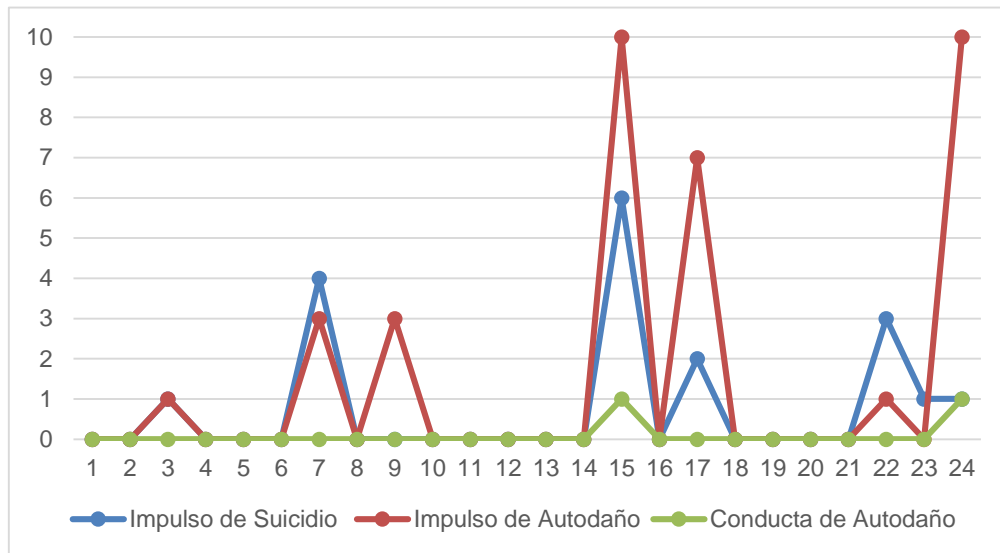
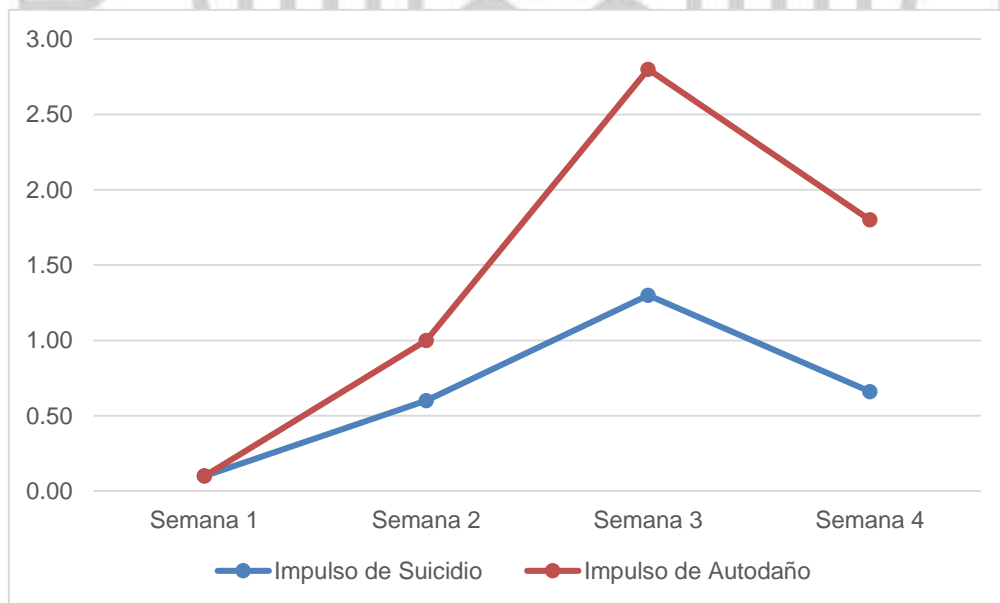


Figura 5.5

Promedio de los impulsos de suicidio y auto daño por semana de la paciente 2



Paciente 3:

Figura 5.6

Impulsos de suicidio y auto daño y conductas de auto daño por día de la paciente 3

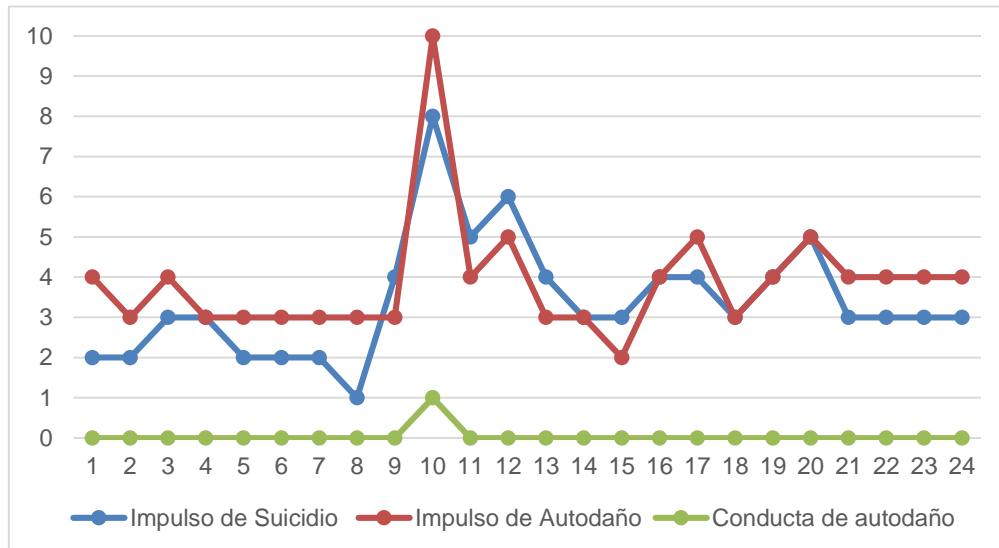
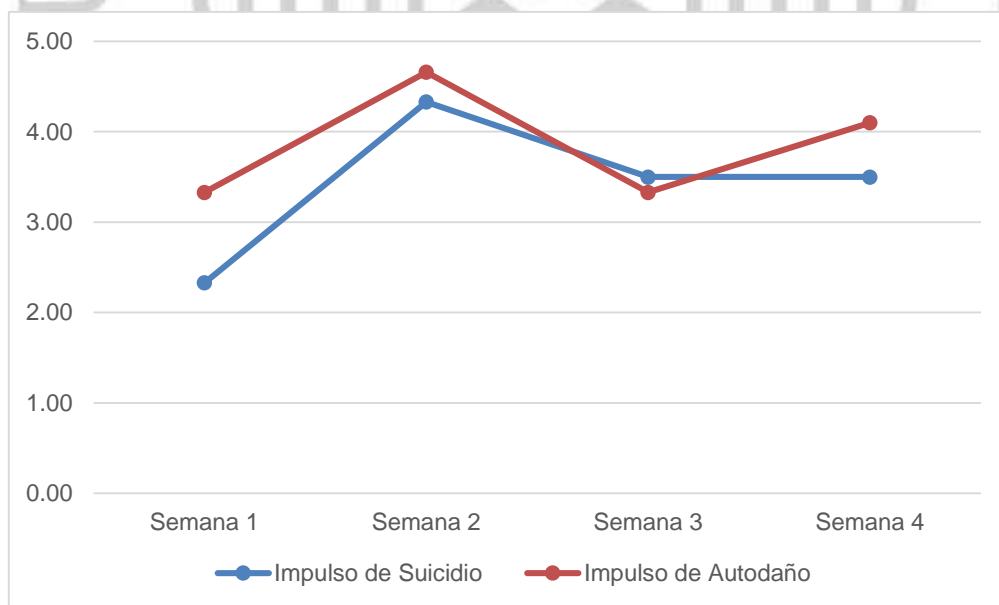


Figura 5.7

Promedio de los impulsos de suicidio y auto daño por semana de la paciente 3



Paciente 4:

Figura 5.8

Impulsos de suicidio y auto daño y conductas de auto daño por día de la paciente 4

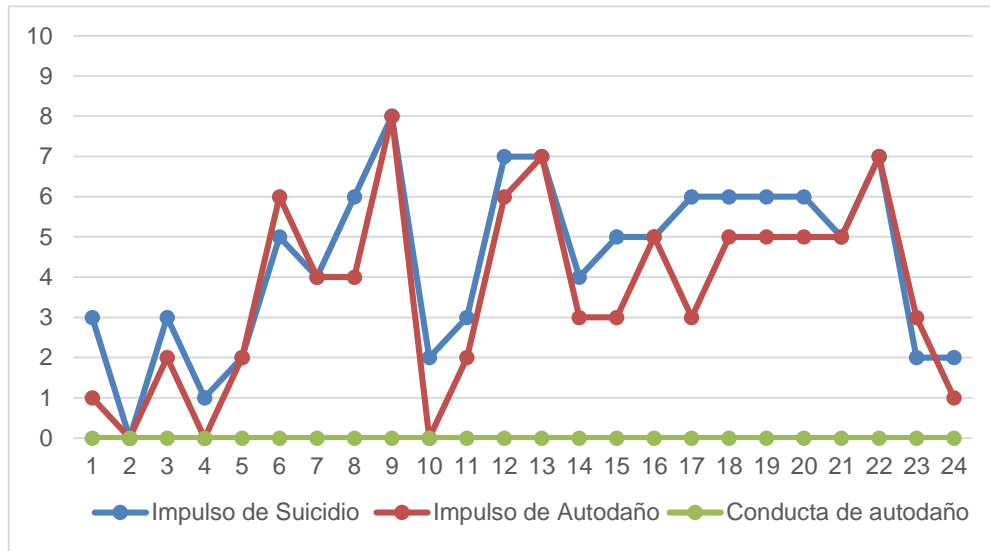
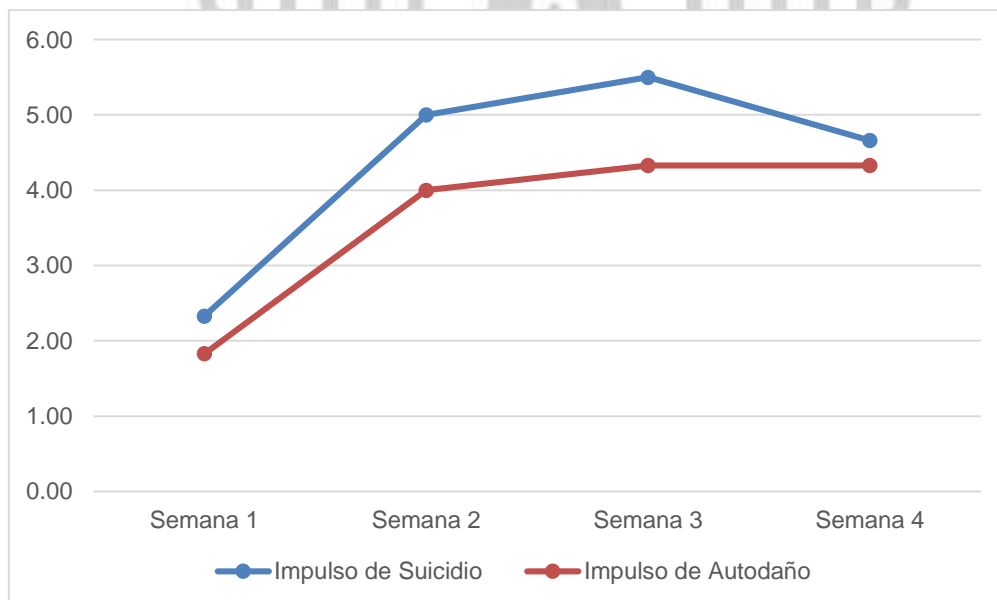


Figura 5.9

Promedio de los impulsos de suicidio y auto daño por semana de la paciente 4



Paciente 5:

Figura 5.10

Impulsos de suicidio y auto daño y conductas de auto daño por día de la paciente 5

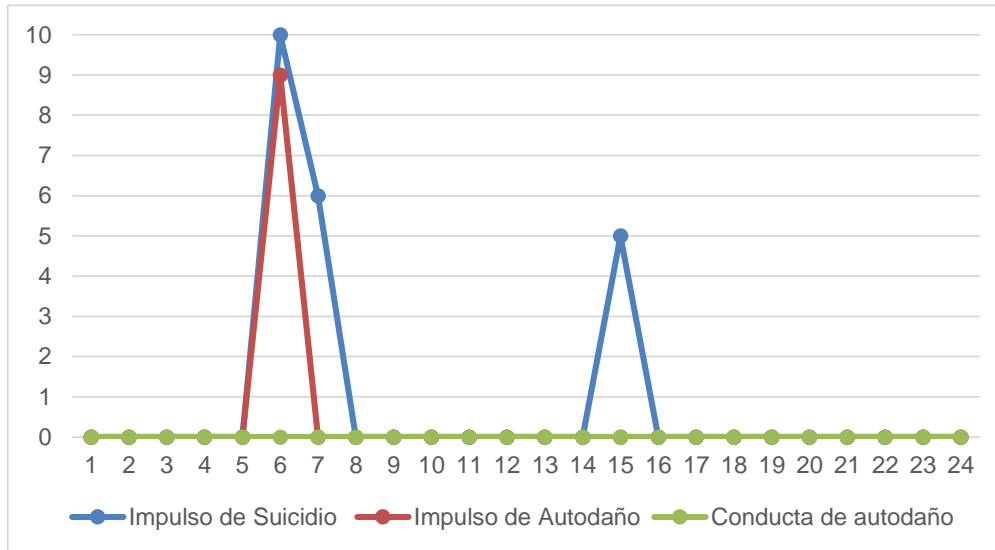
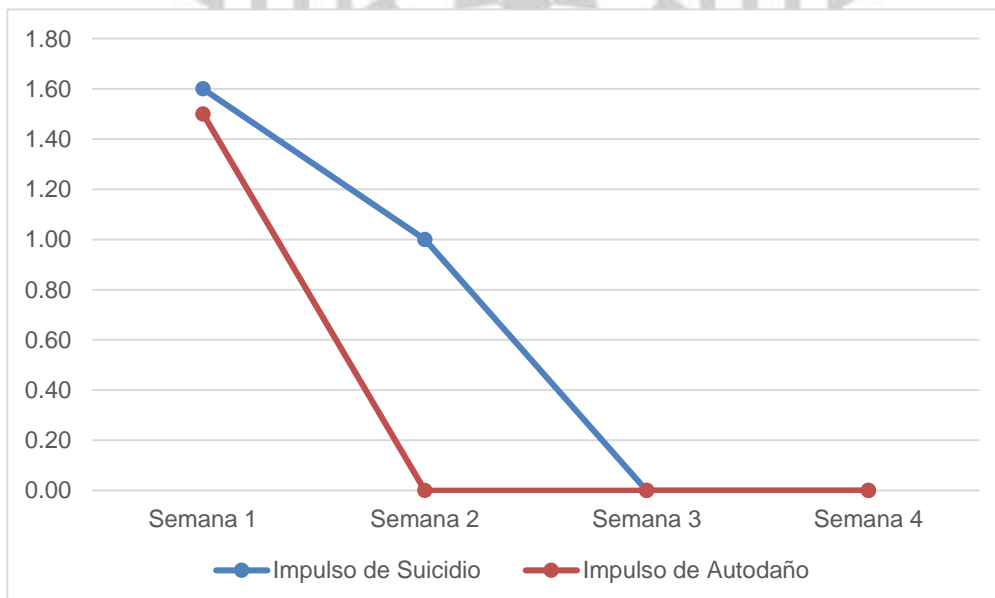


Figura 5.11

Promedio de los impulsos de suicidio y auto daño por semana de la paciente 5



Apéndice 2: Tabla por paciente de los resultados de la ficha de registro

Tabla 5.1

Conductas de autoaño, intensidad emocional y uso de habilidades por día de la paciente 1

Paciente 1								
Día	Dolor	Tristeza	Vergüenza	Ira	Miedo	Alegría	Conducta de autoaño	Uso de habilidades
1	9	9	5	10	2	0	NO	5
2	10	10	10	10	10	0	NO	6
3	1	9	1	6	0	0	NO	0
4	9	10	3	5	9	0	NO	0
5	9	6	0	0	0	0	NO	0
6	7	10	10	10	0	0	NO	1
7	2	4	0	0	0	0	NO	0
8	4	4	0	0	0	0	NO	0
9	4	6	0	0	0	0	NO	0
10	6	6	0	0	0	0	NO	0
11	8	8	8	8	0	0	NO	1
12	10	10	10	10	0	0	NO	1
13	6	8	0	10	0	0	NO	0
14	4	4	0	10	0	0	NO	0
15	2	4	0	0	4	0	NO	0
16	6	7	7	8	10	5	NO	5
17	3	3	0	0	3	2	NO	2
18	0	7	0	0	10	6	NO	6
19	5	8	4	8	10	0	NO	0
20	5	8	4	8	10	0	NO	0
21	7	7	7	2	10	4	NO	5
22	10	10	10	10	10	0	SI	4
23	10	10	3	10	10	0	SI	4
24	4	4	2	0	0	0	NO	0

0 = no pensó en usarlas 1=Pensó en usarlas pero no quiso 2=Pensó en hacerlo, no lo hizo pero lo deseaba 3=Se esforzó pero no pudo 4=Se esforzó, las usó pero le ayudaron 5=Se esforzó, las usó y le ayudaron 6=No se esforzó, las usó y no funcionaron 7=No se esforzó, las usó y funcionaron

Tabla 5.2

Conductas de auto-daño, intensidad emocional y uso de habilidades por día de la paciente 2

Paciente 2								
Día	Dolor	Tristeza	Vergüenza	Ira	Miedo	Alegría	Conducta de auto-daño	Uso de habilidades
1	1	2	1	0	3	8	NO	0
2	1	5	3	1	3	4	NO	0
3	0	1	5	8	2	7	NO	5
4	0	3	3	1	1	6	NO	0
5	0	2	1	1	0	6	NO	0
6	0	0	1	1	0	6	NO	0
7	2	5	2	2	1	5	NO	1
8	0	1	3	0	2	7	NO	0
9	1	6	6	5	6	6	NO	0
10	0	3	4	2	4	7	NO	0
11	0	1	2	0	0	8	NO	0
12	2	1	4	0	0	8	NO	0
13	1	2	3	5	1	7	NO	0
14	0	1	4	1	5	6	NO	0
15	2	6	6	9	2	6	SI	1
16	1	4	3	1	1	6	NO	0
17	1	1	4	1	1	7	NO	5
18	1	5	3	2	0	8	NO	0
19	1	3	4	5	2	7	NO	0
20	0	2	2	3	0	5	NO	0
21	2	4	7	7	4	8	NO	0
22	5	7	9	8	6	8	NO	0
23	2	3	4	7	7	5	NO	0
24	6	8	7	8	6	7	SI	1

0 = no pensó en usarlas 1=Pensó en usarlas pero no quiso 2=Pensó en hacerlo, no lo hizo pero lo deseaba 3=Se esforzó pero no pudo 4=Se esforzó, las usó pero le ayudaron 5=Se esforzó, las usó y le ayudaron 6=No se esforzó, las usó y no funcionaron 7=No se esforzó, las usó y funcionaron



Tabla 5.3

Conductas de auto-daño, intensidad emocional y uso de habilidades por día de la paciente 3

Paciente 3								
Día	Dolor	Tristeza	Vergüenza	Ira	Miedo	Alegría	Conducta de auto-daño	Uso de habilidades
1	6	6	2	3	9	9	NO	0
2	5	7	3	4	9	8	NO	0
3	7	8	5	5	9	7	NO	5
4	5	8	5	8	9	5	NO	5
5	4	5	4	4	9	6	NO	5
6	3	6	5	3	9	5	NO	5
7	4	5	5	3	3	5	NO	0
8	3	5	5	3	1	7	NO	0
9	3	5	3	4	7	7	NO	0
10	10	10	10	10	10	5	SI	3
11	3	5	5	5	7	8	NO	0
12	7	10	10	10	10	5	NO	5
13	3	5	4	3	6	6	NO	0
14	3	5	4	3	6	6	NO	0
15	3	5	3	3	3	5	NO	0
16	5	5	5	5	6	5	NO	0
17	5	6	5	5	3	5	NO	0
18	5	6	3	3	6	6	NO	0
19	3	7	4	4	6	5	NO	5
20	5	7	4	4	6	5	NO	5
21	4	5	5	3	5	4	NO	0
22	3	4	4	3	5	5	NO	0
23	3	4	4	5	5	10	NO	0
24	3	4	4	3	8	0	NO	0

0 = no pensó en usarlas 1=Pensó en usarlas pero no quiso 2=Pensó en hacerlo, no lo hizo pero lo deseaba 3=Se esforzó pero no pudo 4=Se esforzó, las usó pero le ayudaron 5=Se esforzó, las usó y le ayudaron 6=No se esforzó, las usó y no funcionaron 7=No se esforzó, las usó y funcionaron



Tabla 5.4

Conductas de auto-daño, intensidad emocional y uso de habilidades por día de la paciente 4

Paciente 4								
Día	Dolor	Tristeza	Vergüenza	Ira	Miedo	Alegría	Conducta de auto-daño	Uso de habilidades
1	9	8	2	0	4	2	NO	4
2	8	3	0	0	5	3	NO	4
3	9	3	3	0	3	2	NO	4
4	10	3	3	5	4	2	NO	5
5	7	5	3	5	5	2	NO	5
6	8	7	2	7	3	3	NO	5
7	6	7	4	2	3	4	NO	5
8	5	8	5	5	4	2	NO	6
9	6	8	6	2	7	5	NO	4
10	6	5	2	7	4	6	NO	5
11	7	3	4	6	6	4	NO	5
12	5	7	3	2	6	4	NO	6
13	7	8	3	7	4	2	NO	5
14	6	8	4	2	8	2	NO	5
15	7	8	5	2	8	1	NO	5
16	8	9	5	3	8	2	NO	5
17	8	8	7	3	8	2	NO	6
18	8	8	7	5	8	1	NO	5
19	6	8	8	6	8	1	NO	5
20	6	8	8	6	8	1	NO	5
21	7	7	9	7	6	2	NO	4
22	6	7	9	7	6	2	NO	5
23	7	5	8	6	7	1	NO	5
24	8	4	9	5	8	2	NO	4

0 = no pensó en usarlas 1=Pensó en usarlas pero no quiso 2=Pensó en hacerlo, no lo hizo pero lo deseaba 3=Se esforzó pero no pudo 4=Se esforzó, las usó pero le ayudaron 5=Se esforzó, las usó y le ayudaron 6=No se esforzó, las usó y no funcionaron 7=No se esforzó, las usó y funcionaron



Tabla 5.5

Conductas de autoaño, intensidad emocional y uso de habilidades por día de la paciente 5

Paciente 5								
Día	Dolor	Tristeza	Vergüenza	Ira	Miedo	Alegría	Conducta de autoaño	Uso de habilidades
1	3	3	4	7	4	6	NO	5
2	4	4	5	6	7	6	NO	5
3	5	6	4	7	8	5	NO	0
4	6	5	6	8	8	6	NO	5
5	9	9	4	2	8	4	NO	5
6	10	10	8	10	10	4	NO	2
7	7	6	5	5	5	8	NO	5
8	3	3	3	5	5	9	NO	0
9	3	4	3	6	5	9	NO	0
10	3	6	5	5	6	9	NO	5
11	4	4	2	3	3	6	NO	0
12	3	2	1	4	2	6	NO	0
13	8	7	6	8	6	6	NO	5
14	8	7	5	7	5	5	NO	2
15	7	6	6	2	6	8	NO	5
16	10	10	8	10	4	2	NO	3
17	9	9	7	9	7	7	NO	5
18	8	6	8	6	5	7	NO	5
19	8	7	5	8	9	4	NO	5
20	6	6	4	9	4	3	NO	5
21	5	3	4	4	3	5	NO	0
22	5	4	2	4	3	7	NO	0
23	5	5	4	5	4	3	NO	5
24	7	5	4	9	9	3	NO	5

0 = no pensó en usarlas 1=Pensó en usarlas pero no quiso 2=Pensó en hacerlo, no lo hizo pero lo deseaba 3=Se esforzó pero no pudo 4=Se esforzó, las usó pero le ayudaron 5=Se esforzó, las usó y le ayudaron 6=No se esforzó, las usó y no funcionaron 7=No se esforzó, las usó y funcionaron



Apéndice 3: Matriz organizativa adaptada

Objetivo General	Competencia General	Resultados Específicos	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir las conductas que atentan contra la vida en pacientes adolescentes con desregulación emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplica habilidades de regulación emocional para evitar incurrir en conductas que atentan contra la vida (conductas suicidas y de autodaño), bajo el enfoque de la TDC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica el tipo de emoción en situaciones de crisis emocional. • Reconoce la intensidad de sus emociones en situaciones de crisis emocional. • Identifica la intensidad de los impulsos de autodaño en situaciones de crisis emocionales. • Evalúa la intensidad de los impulsos de suicidio en situaciones de crisis emocionales. • Reporta situaciones en donde haya incurrido en conductas autolesivas. • Reconoce, selecciona y aplica la habilidad de regulación emocional más efectiva para reducir la intensidad emocional, basadas en el modelo de la TDC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de las conductas de autodaño. • Reducción de los impulsos de suicidio. • Reducción de los impulsos de autodaño. • Aplica habilidades para regular la intensidad emocional.

Apéndice 4: Ficha técnica del instrumento de evaluación

Nombre del instrumento:	Ficha de Registro Diario
Autor(es):	Marsha Linehan
Procedencia:	Behavioral Tech. A Linehan Institute Training Company
Adaptación:	Adaptación al español por Fundación Foro
Modo de aplicación:	Individual
Ámbito de aplicación:	Clínica
Edades de aplicación:	Adolescentes, adultos jóvenes y adultos
Duración:	Registro diario por semana
Finalidad:	Registrar: -Impulsos de suicidio, autodaño y consumo -Intensidad de las emociones -Uso de drogas -Conductas de autodaño -Uso de habilidades
Composición/estructura:	El instrumento se compone de 4 áreas: impulsos, emociones, drogas y acciones. El área de drogas no ha sido utilizada en este estudio. Además, cuenta con una escala subjetiva del 0 al 10 con el objetivo de reflejar el momento de mayor intensidad.
Editores:	Fundación Foro
Datos de publicación:	1993, Estados Unidos-Washington

Apéndice 6: Plan General para las crisis

2016

PLAN GENERAL PARA LAS CRISIS

Nombre: _____ Fecha de plan: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ Cel.: _____

Contactos de emergencia:

Nombre	Dirección	Teléfono	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si no logras contactarte con tu terapeuta en un tiempo razonable, es más probable que quedes en contacto con las siguientes personas:

Nombre	Dirección	Teléfono	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Impulsos o comportamientos que tienes cuando estás en crisis:

1. _____
2. _____
3. _____

Tipos de situaciones que provocan sensaciones de crisis y comportamientos impulsivos:

1. _____
2. _____
3. _____

Cosas que te vuelven vulnerable:

1. _____
2. _____

Signos de advertencia de que no puedes manejar efectivamente el malestar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Cosas que puedes hacer y habilidades que puedes usar para prevenir una crisis:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Apéndice 7: Consentimiento informado para el trabajo: Directivo de institución

El propósito de esta **ficha de consentimiento** es proveer al directivo(a) de la institución una clara explicación de la naturaleza del trabajo que se llevará a cabo, así como del rol en ella como autoridad de la institución.

El presente estudio es conducido por **Valeria Drago Villarán**, bachiller de la Universidad de Lima, bajo la supervisión y asistencia de la Licenciada _____ y del médico psiquiatra _____. El objetivo de este estudio es determinar Reducción de las conductas que atentan contra la vida en adolescentes bajo el enfoque de La Terapia Dialéctico Conductual (TDC).

Si usted accede a autorizar la realización de este estudio, se le pedirá poder acceder a los archivos de las pacientes para así recolectar la información necesaria.

La participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los del estudio.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento y comunicarse al correo rchoy@ulima.edu.pe

Desde ya agradecemos su colaboración.

Yo, _____, autorizo la realización del estudio en la institución _____ del distrito de _____, conducida por _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____.

Me han indicado también que se tendrá que acceder a los archivos de las pacientes para recolectar la información necesaria para el estudio.

Se reconoce que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactarme al correo _____

Nombre y Firma de Directivo(a) de institución

Nombre y Firma de Directivo(a) de institución

Fecha

