

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**La espiritualidad coadyuvante a la terapia dialéctica
conductual para la regulación emocional de adolescentes
con rasgos de personalidad límite.**

Proyecto de investigación

Mabell Yadurani Cárdenas López

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Quito, 8 de mayo de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**La espiritualidad coadyuvante a la terapia dialéctica conductual para la
regulación emocional de adolescentes con rasgos de personalidad límite.**

Mabell Yadurani Cárdenas López

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Cherie Elaine Oertel, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 8 de mayo de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Mabell Yadurani Cárdenas López

Código: 00126177

Cédula de Identidad: 1724402233

Lugar y fecha: Quito, 8 de mayo de 2019

RESUMEN

La terapia conductual dialéctica (DBT, por sus siglas en inglés) de Marsha Linehan se diseñó para el tratamiento del trastorno de personalidad límite (TPL) con una extensa investigación que corrobora su efectividad. Uno de los principales problemas presentes en este trastorno es la dificultad con la regulación emocional. Durante la última década, se ha visto que los adolescentes presentan conductas de riesgo asociadas con dificultades en su regulación emocional que, a su vez, podrían predecir el desarrollo del trastorno. El presente trabajo ofrece varias opciones para la evaluación y el diagnóstico del TPL, y presenta una breve revisión de las intervenciones psico-espirituales para trabajar de la mano con el módulo de regulación emocional de la DBT. Las intervenciones psico-espirituales se basan en la atención plena y buscan estimular cualquier práctica que aumente el bienestar espiritual. La investigación en esta área, ha demostrado resultados positivos asociados con la resiliencia en pacientes con baja regulación emocional. Esta propuesta está dirigida a adolescentes con rasgos límite de personalidad. El modelo de esta investigación es un diseño pre-experimental. En la fase inicial del estudio, los adolescentes serán evaluados a través de escalas clínicas para determinar su elegibilidad. Luego, participarán en una intervención psico-espiritual y bases de DBT. Finalmente, la evaluación para medir si hay un efecto después de la intervención será a través de un análisis estadístico con *test re-test* con las escalas *BSL-23* y *DERS*.

Palabras clave: espiritualidad, adolescentes, rasgos de personalidad, trastorno de personalidad límite (TPL), terapia dialéctica conductual (DBT), regulación emocional.

ABSTRACT

The dialectical behavioral therapy (DBT) by Marsha Linehan was designed for the treatment of borderline personality disorder (BPD) with extensive research that corroborates its effectiveness. One of the main problems present in this disorder is difficulty with emotional regulation. Over the last decade, it has been seen that adolescents present risky behaviors associated with difficulties in their emotional regulation that, in turn, could predict the development of the disorder. The present work gives several options for the evaluation and diagnosis of BPD, and presents a brief review on psycho-spiritual interventions to work hand-in-hand with the emotional regulation module of DBT. The psycho-spiritual interventions are based on mindfulness, and seek to stimulate any practice that increase spiritual well-being. Research in this area, has demonstrated positive outcomes associated with resilience in patients with low emotional regulation. This proposal is directed towards adolescents with borderline personality *traits*. The model of this investigation is a pre-experimental design. In the initial phase of the study, the adolescents will be evaluated through clinical scales to determine their eligibility. Then, they are going to participate in a DBT and psycho-spiritual intervention. Finally, the evaluation to measure if there is an effect after the intervention will be through a statistical analysis of *test re-test* with scales *BSL-23* and *DEERS*.

Key words: spirituality, adolescents, personality traits, borderline personality disorder (TPL in Spanish), behavioral dialectic therapy (DBT), emotional regulation.

TABLA DE CONTENIDO

La espiritualidad coadyuvante a la terapia dialéctica conductual para la regulación emocional de adolescentes con rasgos de personalidad límite	1
Planteamiento del problema	1
Objetivos	1
Pregunta de Investigación	2
Justificación	2
Marco Teórico	3
Regulación emocional.	5
Trastorno límite de la personalidad.	6
Terapia dialéctica conductual.....	7
Espiritualidad y Religión.	9
La Importancia de la Espiritualidad.	10
Diseño y Metodología.....	12
Diseño.	12
Población.....	13
Procedimiento.	15
Contacto inicial.	15
Evaluación y selección de participantes.	16
Plan de intervención.	17
Instrumentos.....	23
Análisis de los datos.....	28
Consideraciones Éticas	29
Discusión	31
Fortalezas y limitaciones de la propuesta.	31
Recomendaciones para Futuros Estudios.	33
Referencias.....	35
ANEXO A: Instrumentos	41
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado	53

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

LA ESPIRITUALIDAD COADYUVANTE A LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL DE ADOLESCENTES CON RASGOS DE PERSONALIDAD LÍMITE

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

A pesar de que la adolescencia constituye una etapa de transición que puede resultar sumamente estresante para los adolescentes, resulta problemático y preocupante el incremento de comportamientos maladaptativos relacionados a las dificultades en la regulación emocional, conductas de riesgo tales como autolesión, impulsividad, agresividad, bajo rendimiento escolar, sentimiento crónico de vacío, ideas suicidas, problemas en sus relaciones interpersonales y en muchos casos, comorbilidad con más desórdenes (OMS, s.f. y 2017). Asimismo llama la atención que, socialmente, se vean normalizadas estas conductas “porque son adolescentes”.

No obstante, hay evidencia que muestra que estas conductas no deberían ser pasadas por alto, pues autolesiones o rasgos de impulsividad e inestabilidad afectiva que pueden estar presentes durante la infancia o la adolescencia, son características específicas que pueden ser predictivos para recibir un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad – TPL en la adultez como lo demostraron Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich y Silk (2006). Sobre el trastorno se explicará más adelante.

Objetivos

El objetivo general del presente estudio es examinar la utilidad de incluir la espiritualidad como una herramienta para regular las emociones en el contexto terapéutico

clínico (terapia dialéctica conductual) con adolescentes que presentan rasgos de personalidad límite.

Además, evaluar el impacto psicológico en el ámbito personal de los adolescentes a través de describir, entender, e interpretar los fenómenos, con las percepciones y significados producidos por la nueva experiencia de los participantes.

Pregunta de Investigación

¿Cómo la espiritualidad coadyuvante a la terapia dialéctica conductual puede ayudar en la regulación emocional de adolescentes entre 12 y 17 años con rasgos de personalidad límite?

Justificación

Este estudio es importante porque presenta una propuesta donde se incluye la espiritualidad en el contexto clínico terapéutico con adolescentes. Éste tema ha sido investigado últimamente porque promueve la resiliencia y es considerado como un factor protector (Crawford, Wright, y Masten, 2006 en Roehlkepartain, Benson, King y Wagener, 2014) “a nivel individual, familiar y comunitario” (Roehlkepartain et al., 2014, p. 5).

Incluir la espiritualidad para prevenir un diagnóstico de TPL es significativo porque en la adolescencia hay una mayor capacidad de pensamiento abstracto y por tanto, una búsqueda de nuevos significados en las experiencias de la vida. En esta etapa se ve un “despertar espiritual” caracterizado por una búsqueda existencial de significado, una mayor capacidad para experiencias espirituales y un proceso de desafiar los valores religiosos tradicionales (Fowler, 1981; Good y Willoughby, 2008; Groeschel, 1983 en Kim y Esquivel,

2011). Además, ésta podría irse cultivando. En palabras de Roehlkepartain et al., (2014) “el desarrollo espiritual es un proceso y un recurso vital en el camino del desarrollo de los jóvenes desde el nacimiento hasta la adolescencia”. (p. 9.). Por lo tanto, no terminaría con la terapia sino que puede ser autosustentable, mantenerse a través del tiempo y promover una mejor salud mental en la adultez. Además, es importante estudiar la espiritualidad ya que es un tema de importancia crítica para el estudio científico y la práctica profesional en psicología (Roehlkepartain et al., 2014). A pesar de ello, la investigación referente al tema, sigue siendo poca (Shek, 2012).

Marco Teórico

La información que se ha utilizado para este trabajo, proviene de artículos académicos publicados en revistas. Para su búsqueda de información se utilizaron buscadores oficiales y confiables con palabras claves (en inglés para abarcar mayor información) sobre el tema de este estudio: “*borderline personality disorder, spirituality, dialectical behavior therapy, adolescents and spirituality, emotion regulation, personality disorders and spirituality, treatment of personality disorders*”. Es importante mencionar que se encontraron varios resultados relacionados a temas de religiosidad ya que muchos estudios utilizan espiritualidad y religiosidad como constructos intercambiables.

Esta revisión de literatura se realizará por temas, empezando con unos antecedentes.

De acuerdo con la teoría psicosocial de Erikson (1963), en la que se explica el desarrollo del ser humano con etapas, la adolescencia es un periodo en el que se atraviesa por lo que él denomina: “etapa de identidad frente a confusión de identidad”. Desde esta perspectiva, los adolescentes se enfrentan a un sentido del yo “difuso” y generalmente

“fracasan para organizarse en torno a una identidad central unificada”. Atraviesan por crisis existenciales, perciben poca comprensión del entorno y luchan a diario con su emocionalidad. En esta etapa también se les dificulta formar y mantener relaciones personales cercanas y duraderas (Feldman, 2008).

A pesar de la vulnerabilidad propia de la adolescencia (mayor sensibilidad, estar a la defensiva, tener preguntas existenciales, en la búsqueda su identidad, su propósito en la vida, aceptación, experiencias, apoyo, romances, etc.) y sumándole una baja regulación emocional, sobre la última década se han visto comportamientos no adaptativos a los que no se les ha puesto mayor cuidado (Kaess, Brunner y Chanen, 2014). Hasta cierto punto, podría decirse que los han normalizado, pero la frecuencia en la que aparecen hoy en día comportamientos como la autolesión es alarmante puesto que este proceder denota una pobre salud mental.

Mehlum, Tørmoen, Ramberg, Haga, Diep, Laberg, Larsson, Staley, Miller, Sund, y Grøholt, (2014) citan los estudios de población de Madge et al., 2008; Jacobson y Gould, 2007; donde entre el 5% y el 10% de los adolescentes reportaron autolesiones de aquel año anterior (2006-2007), siendo el corte, el método más declarado. Las razones más comunes detrás de tal comportamiento, son el alivio de las emociones intensamente desagradables o la intención suicida. Esto evidencia la relación entre su comportamiento y su limitada regulación emocional. De acuerdo con Owens, Horrock y House (2002) citados en Mehlum et al., (2014) la autolesión es un poderoso predictor de suicidio completado.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.), “cada año se suicidan más de 800000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad”.

Otro informe de la OMS y sus asociados (2017), reporta que cada día fallecen más de 3000 adolescentes (es decir, 1,2 millones de muertes anuales). Las principales causas de muerte entre los adolescentes; en su mayoría podrían evitarse, pues se trata de accidentes de tránsito, infecciones de las vías respiratorias bajas, y el suicidio.

Regulación emocional.

Para Berking y Wupperman (2012) la regulación emocional se ha convertido en un concepto científico popular. Afirman que la precisión conceptual, una evaluación válida y conclusiones exactas sobre las implicaciones, apenas han comenzado. Sin embargo, destaca que esta se define tradicionalmente en términos de función, mas no de contenido. Así por ejemplo Thompson (1994 en Berking y Wupperman, 2012) manifiesta que la regulación de la emoción se refiere a “procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características intensivas y temporales”. (p. 1).

Gratz y Roemer (2004) después de una vasta revisión, citan a Gross y Muñoz (1995) para definir lo que constituiría la regulación emocional. Estos autores conciben a la regulación de emociones como una función potencialmente unificadora de diversas presentaciones de síntomas y conductas des adaptativas. Puntualizan que la regulación emocional involucra:

- (a) la conciencia y la comprensión de las emociones, (b) la aceptación de las emociones, (c) la capacidad para controlar los comportamientos impulsivos y comportarse de acuerdo con los objetivos deseados cuando se experimentan emociones negativas, y (d) la capacidad de utilizar estrategias de regulación emocional apropiadas para cada situación de manera flexible. (p.42).

También se debe lograr distinguir entre la conciencia y la comprensión de las respuestas emocionales, así como entre la capacidad de actuar de las formas deseadas y abstenerse de actuar de formas no deseadas cuando se experimentan emociones negativas, entonces se puede decir que la persona sabe cómo auto regularse. Auto regularse emocionalmente es una dificultad muy evidente en la etapa de la adolescencia como se ha explicado anteriormente. Sin embargo, lo más preocupante es que a partir de no saber cómo regularse emocionalmente, sus síntomas y conductas des adaptativas pueden crecer y/o perpetuarse hasta la adultez, causando conflictos alrededor de la vida de la persona, o peor aún, desarrollar una psicopatología (Zanarini et al., 2006), como de la que se habla a continuación.

Trastorno límite de la personalidad.

El trastorno límite de la personalidad (TPL) de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) es un trastorno de personalidad que pertenece al grupo B (código 301.83 (F60.3)) caracterizado por un “patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa [...] y está presente en diversos contextos”. (p. 364). Los criterios y síntomas que se deben revisar para un diagnóstico formal, de acuerdo al DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) se anexan al final (anexo A1).

El tema del diagnóstico de personalidad en adolescentes aún sigue en debate. Miller, Muehlenkamp y Jacobson (2008) afirman que aunque los clínicos e investigadores diagnostican trastornos de personalidad principalmente en adultos, en la última década, más investigadores clínicos han evaluado e identificado rasgos de personalidad, así como trastornos en jóvenes. Diagnosticar con TPL en la adolescencia se vuelve complicado según

cuatro preocupaciones generales que tienen los clínicos. Primero, un diagnóstico de personalidad no es válido en la adolescencia. En segundo lugar, la inestabilidad afectiva o una alteración de la autoimagen, bien pueden ser características del trastorno, así como algo común en la adolescencia. Tercero, la personalidad aún está en desarrollo y en proceso de cambio, lo que dificulta el diagnóstico. Por último, diagnosticar con un trastorno siempre puede ser motivo de discriminación, estigmatización y malas actitudes en contra de los pacientes a los que el clínico quisiera proteger. Sin embargo, sobre la última década, la investigación ha refutado los primeros tres supuestos (Kaess, Brunner y Chanen, 2014).

No obstante, para Miller, Muehlenkamp, y Jacobson (2008), cuando los rasgos de personalidad se vuelven inflexibles, desadaptativos y además causan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo, constituyen un trastorno de personalidad, independientemente de la edad. Los criterios del DSM a menudo se remontan a la adolescencia, lo que sugiere que algunos de los síntomas de este trastorno son notables desde temprana edad. No se puede hablar del trastorno de personalidad como tal en la adolescencia según los estándares para el diagnóstico, pero sí se puede hablar de adolescentes con “rasgos de personalidad límite”. Ésta es la definición de la población para éste trabajo.

Terapia dialéctica conductual.

La terapia dialéctica conductual DBT (por sus siglas en inglés) es una terapia que fue diseñada por Marsha Linehan (1987) (citada en Anson y Ripollés, 2015) para el tratamiento de TPL específicamente. Este tratamiento añade a la terapia cognitivo-conductual tradicional una perspectiva *dialéctica* en la que se analizan e integran pensamientos o ideales contradictorios en una perspectiva que pueda dar respuesta a las contradicciones. Se aplican

técnicas paradójicas, como caer en un absurdo exagerando las conclusiones absolutistas del paciente, entonces es cuando empieza el cambio.

Además, DBT fomenta por un lado, la aceptación y la validación (experiencias, emociones, pensamientos) mientras que por otro lado, empuja al paciente hacia el cambio (actividades, comportamientos, reacciones del paciente). Los objetivos primordiales de esta terapia consisten en regular la emocionalidad extrema (negativo) y reducir las conductas desadaptativas; además de confiar y validar para mejorar la calidad de vida del paciente. La revisión que realizaron Anson y Ripollés (2015) sobre la eficacia de la DBT sobre el TPL concluye que la DBT es más eficaz para tratar el TPL que la terapia tradicional. Pues encontraron que a diferencia de la aplicación de la terapia tradicional, con DBT hubo menor frecuencia y gravedad de las conductas parasuicidas, mayor adherencia al tratamiento, lo cual resulta esencial, ya que debido a la impulsividad que se ve en el trastorno, la tasa de deserción suele ser muy alta. Además se encontraron mejoras en su funcionamiento global; mejoría en la sintomatología depresiva, reducción de ideas suicidas, autolesiones e intentos suicidas, reducción de la ira, impulsividad y desesperanza.

De acuerdo a la misma revisión, se encontró que, en los pacientes con TPL, es muy común la comorbilidad con “abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo, alimentarios, estrés postraumático, déficit de atención e hiperactividad y otros de personalidad” (p. 169). En los estudios en los que se incluyó la variable relacionada con el consumo de sustancias, los datos indican que también hubo una reducción de estas conductas (Anson y Ripollés, 2015).

Espiritualidad y Religión.

De acuerdo con Kim y Esquivel (2011) la espiritualidad es un fenómeno universal y un aspecto inherente de la condición humana que se desarrolla generalmente durante la adolescencia, a medida que el individuo busca la trascendencia, el significado y el propósito en la vida. Markow y Klenke (2005 en Shek, 2012) señalaron que había más de 70 definiciones de espiritualidad. De las definiciones encontradas en Shek, 2012, se han escogido las que pueden estar más acorde con el propósito de esta investigación. Diferenciar la religiosidad y la espiritualidad es importante para este estudio porque como se mencionó anteriormente, muchos estudios usaban los términos intercambiamente. Así, Pargament (1999). Argumentó que la religión es “la búsqueda de significado en formas relacionadas con lo sagrado”, mientras que la espiritualidad es “la búsqueda de lo sagrado”. (p. 2).

Por otro lado, Worthington, Hook, Davis, y McDaniel (2011) definieron la religión como “adherencia a un sistema de creencias y prácticas asociadas con una tradición en la que hay acuerdo sobre lo que se cree y se practica”, mientras que la espiritualidad es “un sentimiento más general de cercanía y conexión con lo sagrado”. (p. 2). Lo que se considera *sagrado* a menudo es una “percepción socialmente influenciada de (a) una divinidad o (b) sentido de realidad o verdad última”. (p. 2). Desde esta noción, la religión está más relacionada con las creencias institucionales, lo sagrado, la religión divina e institucional, pero no está necesariamente relacionada con la espiritualidad. A pesar de ello, la espiritualidad sí puede estar relacionada con la religión, lo sagrado, la institucionalidad, etc.

Myers, Sweeney, y Witmer (2000) en contraste, definieron la espiritualidad como “creencias personales y privadas que trascienden los aspectos materiales de la vida y dan un

sentido profundo de totalidad, conexión y apertura al infinito”. (p. 2). Según este planteamiento, la espiritualidad incluye

(a) la creencia en un poder más allá de uno mismo, (b) el comportamiento en relación con el infinito, como la oración, (c) el significado y el propósito de la vida, (d) la esperanza y el optimismo, (e) el amor y compasión, (f) pautas morales y éticas (g) experiencia trascendental. (p. 2).

Lewis (2001) concibió la espiritualidad como “la vida afirmada en una relación con Dios, el yo, la comunidad y el medio ambiente, lo que conduce a la crianza y la celebración de la integridad”. (p. 2). En este contexto, las necesidades espirituales incluyen “significado, propósito y esperanza, circunstancias trascendentales, integridad y dignidad, participación religiosa, amar y servir a los demás, cultivar el agradecimiento, perdonar y ser perdonado, y preparación para la muerte y el duelo”. (p. 2). Sobre estas definiciones de espiritualidad de Myers, Sweeney, y Witmer (2000) y Lewis (2001) se centrará este estudio.

La Importancia de la Espiritualidad.

La razón por la cual se ha tomado este componente es porque últimamente la espiritualidad ha recibido atención como fuente de resiliencia para los adolescentes. Crawford, Wright, y Masten (2006), sugirieron cuatro maneras principales en las que la espiritualidad (y la religión) la pueden facilitar: ayudando a construir relaciones de apego, abriendo el acceso a fuentes de apoyo social, guiando la conducta y los valores morales, y ofreciendo oportunidades para el crecimiento personal y desarrollo (en Roehlkepartain, et al., 2014).

La espiritualidad tiene gran investigación en relación a diversos temas, especialmente a los que tienen que ver con psicología y ha demostrado que genera cuantiosos efectos positivos. En la revisión de Garlick, et al., (2011) se encuentra que el bienestar espiritual está fuertemente correlacionado con una variedad de beneficios para la salud que incluyen una reducción del dolor crónico, una mejora en las habilidades de afrontamiento y una mejor calidad de vida. Las perspectivas teóricas y la investigación empírica como por ejemplo la de Kelley y Miller, (2007 en Kim y Esquivel, 2011) afirman que la espiritualidad no solo ayuda a los jóvenes a enfrentar la adversidad, sino que también promueve su salud mental y su bienestar. Kim y Esquivel (2011) a su vez, recalcan con una vasta investigación, que la espiritualidad (claramente y en relación con la religión) “promueve el desarrollo saludable en los adolescentes, mejora la capacidad de afrontamiento y conduce a resultados positivos en salud mental, bienestar psicológico y aprendizaje académico”. (p. 755).

Wong, Rew y Slaikou (2006) enuncian que en los hallazgos iniciales del Estudio Nacional Longitudinal sobre la Salud del Adolescente, los investigadores Resnick et al., (1997) concluyeron que cuando los adolescentes asignaban un alto nivel de importancia a la oración y la religión, también tenían altos niveles de autoestima y bajos niveles de consumo de alcohol y cigarrillos. Además, afirman que en más estudios con adolescentes, la religiosidad o la espiritualidad puede ser un factor protector para estos. Ya que la espiritualidad se va desarrollando, no solo se requiere de un aumento en la profundidad de la conciencia y la búsqueda del significado espiritual de una persona a lo largo del tiempo, sino también un compromiso amplio y profundo para la realidad. Comprender la continuidad del desarrollo durante la niñez y la adolescencia es vital para entender el desarrollo espiritual, ya que también es un proceso con fases y etapas (Wink y Dillon (2002) en Roehlkepartain et al.,

2014), y uno de los pilares desde donde se trabaja con DBT es la práctica de un estado de consciencia plena.

Roehlkepartain et al., (2014) dicen:

cuando el desarrollo humano margina el desarrollo espiritual, hace un gran daño a sí mismo y a los jóvenes. Sin tener en cuenta la dimensión espiritual, el desarrollo humano construye teorías, esfuerzos de investigación y, por extensión, prácticas sobre una comprensión incompleta de nuestra humanidad. (p. 11).

Siendo así, esta idea no requiere que el adolescente tenga una religión en particular.

Explicado de mejor manera por Garlick, et al., (2011), una intervención psico-espiritual integrativa, no es doctrinal. De hecho, se confía en el sentido individual de las creencias sagradas y espirituales; por lo tanto, es adecuado para personas de la mayoría de las tradiciones espirituales o religiosas. Se puede deducir entonces, que es aplicable para todas las personas que quieran crecer y no solo para adolescentes con rasgos de personalidad límite. Genia y Schuldt (1990) hallaron que una vez que los jóvenes prueban y se deciden por un camino de fe o espiritual, logran integrar sus experiencias de fe y de vida, llegando así a adoptar sus prácticas como un estilo de vida y buscan constantemente su crecimiento. Por lo tanto, esta práctica es autosustentable y los resultados logrados (u otros mejores) se pueden mantener a través del tiempo.

Diseño y Metodología

Diseño.

Dado que se busca responder a la pregunta: “¿Cómo la espiritualidad coadyuvante a la terapia dialéctica conductual puede ayudar en la regulación emocional de adolescentes entre 12 y 17 años con rasgos de personalidad límite?”, el presente trabajo será elaborado bajo el planteamiento metodológico de la investigación cuantitativa.

La hipótesis planteada para esta investigación es que: aplicar una intervención basada en la terapia dialéctica conductual y espiritualidad; ayuda en la regulación emocional de adolescentes con rasgos de personalidad límite. Por lo tanto, para verificar si hay un cambio, o un impacto en la regulación emocional (*variable dependiente*) del grupo de adolescentes seleccionados para esta investigación, como consecuencia de aplicar una intervención basada en la terapia dialéctica conductual y espiritualidad (*variable independiente*), se requiere de un *diseño experimental*.

En este caso, se utilizará el tipo *pre-experimento*, ya que esta propuesta, no cumple con los requisitos de lo que vendría a ser un experimento verdadero, en el cual hay grupos de comparación de la manipulación de la variable independiente y equivalencia de los mismos para lograr control y validez interna (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Así pues, se realizará una *pre prueba-post prueba* con un solo grupo, en donde éste cumplirá los roles de grupo experimental y de control.

Población

Los criterios de inclusión para la muestra sobre la población para este estudio son de individuos adolescentes, de sexo masculino o femenino, (Kaess, Brunner y Chanen (2014) informan que la relación mujer: hombre en entornos clínicos generalmente se muestra como 3:1. Sin embargo, los estudios sobre población, no muestran diferencias sustanciales de género en la prevalencia de TLP en adultos o en niños.) Por lo cual, no hay un impedimento

para que se tomen en cuenta ambos sexos. Los jóvenes deben estar en una edad entre 12 y 17 años. Alrededor de los once años en el caso de las niñas, y a los trece en el de los niños, se estima que comienza la pubertad para la mayoría (Feldman, 2008). A su vez, en muchos estados incluyendo Ecuador, a los 18 años por un concepto jurídico, la *Ley orgánica de gestión de la identidad y datos civiles* considera que a esta edad, las personas son legalmente adultos. Puesto que el estudio se dirige hacia adolescentes, el rango de edad queda establecido entre 12 y 17 años. Los adolescentes deben domiciliarse en la ciudad de Quito-Ecuador. Para este estudio no se tomará en cuenta su nacionalidad debido al incremento de extranjeros (según informa la Organización Internacional para las Migraciones (2018) Ecuador acoge a más de 220 000 refugiados y migrantes venezolanos), que podría resultar beneficioso en cuanto al tema de culturas y para una muestra más representativa. Los jóvenes tendrán que estar escolarizados dentro de colegio fiscal, o un particular.

Una vez acabado el proceso de evaluación en el que se determinará si el adolescente presenta rasgos de personalidad límite, podrá participar en el estudio. Se excluyen los casos en los que el adolescente sea padre o madre. Ya que para las mujeres “la vida se vuelve cada vez más desafiante conforme luchan con las exigencias de la maternidad mientras todavía enfrentan las complejidades de la adolescencia” Feldman, 2008 (p. 465). Lo cual también es aplicable para los hombres. Del mismo modo, “la salud física y mental de una madre adolescente sufrirá las consecuencias conforme ella enfrente el estrés que traen consigo las continuas demandas de su época” (Manlove et al., 2004 en Feldman, 2008, p. 465). Así mismo se excluyen los casos en los que haya sintomatología grave o crónica de TPL, dado que el planteamiento de este estudio, está dirigido hacia la prevención de desarrollar el trastorno. En caso de encontrar este tipo de casos, se referirá a terapia individual como se

explica posteriormente, a manera de asegurar el bienestar del paciente (consideraciones éticas).

Procedimiento.

Contacto inicial.

Ya que esta propuesta está dirigida para adolescentes, el primer criterio de inclusión será que el participante esté entre la edad de 12 a 17 años. Para esto, se pediría la colaboración en tres colegios de la ciudad de Quito: un colegio fiscal en el que no se paga ninguna mensualidad por concepto de colegiatura y dos colegios particulares: uno, con una pensión con un valor menor a un salario básico (\$394.00 de acuerdo al Ministerio del Trabajo del Ecuador) y el otro colegio con una pensión superior a un sueldo básico mensual. Esto con el fin de tener una muestra representativa. Se excluirán a los adolescentes que tengan: cargas familiares (hijos) ya que esto puede ser un motivo de un elevado nivel de estrés y baja regulación emocional (Feldman, 2008), sin necesariamente tener rasgos de personalidad límite.

Se enviará una carta de solicitud (anexo A2) a los colegios para la autorización de evaluación a los estudiantes que cumplan con lo solicitado previamente.

Después de que los colegios hayan autorizado evaluar a sus estudiantes, se realizará una reunión con los padres o representantes de los menores, para explicar en qué consiste el estudio y si acceden a la primera fase de evaluación para determinar si presentan rasgos de personalidad límite, firmarán un consentimiento junto con el adolescente (anexo B). Aquellos padres que firmen este consentimiento también tendrán la opción de recibir o no, los resultados de la evaluación. Si desean, éstos resultados se entregarán de manera personal con la asistencia de un psicólogo clínico, ya que podrían tener preguntas sobre la interpretación.

Evaluación y selección de participantes.

Para la evaluación de los adolescentes entre 12 y 17 años, escolarizados, sin hijos, y a quienes sus padres o representantes hayan aceptado que se les evalúe, se aplicaría el *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD)* (anexo A3), junto con el *Borderline Symptom List Short Version (BSL-23)* (anexo A4). Ya que el objetivo de este proyecto está dirigido hacia la regulación emocional, se aplicarían la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)* (anexo A5) y el *Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ)* una vez que fuera validada en español para niños y adolescentes (el anexo A6 tiene la escala en la versión en castellano de Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal y Gross, 2013).

Las respuestas que se considerarán como potenciales participantes dentro del estudio serán aquellos que tengan en el *MSI-BPD* 4 ítems de manera positiva; en el *BSL-23* 12 ítems con respuestas de 2 (bastante) y 3 (mucho) sobre su calidad de estado en la última semana, el 40% (hundido) en la calidad de estado en general, y 3 ítems con respuesta de 2 (2-3 veces) en la última semana respecto a su comportamiento; y en el *DERS* un porcentaje entre 66-90%. En cada escala, puntajes mayores a los indicados representan sintomatología grave. Schuppert, Bloo, Minderaa, Emmelkamp, y Nauta (2012) en su estudio para determinar la severidad en casos de TPL, afirman que aquellos adolescentes que recientemente han tenido varias e inesperadas fluctuaciones en su ánimo, múltiples autolesiones o intentos suicidas, son pacientes en riesgo, por lo cual, de encontrar casos de este tipo, se hablará con sus representantes para que puedan ser referidos a terapia individual como se mencionó anteriormente.

Dependiendo de las respuestas en las escalas anteriores, se solicitará una reunión con el adolescente y el investigador (psicólogo clínico) para realizar una entrevista semi - estructurada diagnóstica del TLP, *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R)* (anexo A7). Además, se realizarían entrevistas espirituales breves (anexo A8) con la ayuda de la *Spiritual Assessment Tool* de Puchalski y Romer, (2000) con cada adolescente que potencialmente puede formar parte del estudio. Esto únicamente con el fin de tener una referencia de qué tan disponible o receptivo está con esta idea.

Una vez obtenidos los resultados de las evaluaciones, se gestionará una reunión con los padres o representantes de los menores y los adolescentes en cuestión. Es decir, aquellos quienes después de haber sido evaluados, resultaron como candidatos para recibir el tratamiento grupal basado en DBT con espiritualidad. Tanto los padres como los adolescentes firmarán un consentimiento (en el que se explicaría los objetivos del estudio y de lo que se trata la intervención) si estuvieran de acuerdo en participar voluntariamente en el estudio (anexo B). Después de la finalización del tratamiento, se aplicará nuevamente a aquellos jóvenes que hayan participado en todas las sesiones, el *BSL-23* y *DEERS*, éstas serán las escalas que se utilizarán como *pre prueba-post prueba* de acuerdo a lo descrito en el diseño de la investigación para evidenciar si hubo cambios después de la intervención.

Plan de intervención.

Una vez que se ha seleccionado el grupo de adolescentes con el que se va a aplicar el plan de intervención, se fijará un día en la semana y una hora fija en la que todos o la mayoría, pueda asistir para iniciar las terapias grupales. La fase previa a la del tratamiento se centra en establecer una relación terapéutica a través de la validación de pensamientos, sentimientos y acciones del grupo con el fin de promover una actitud de compromiso y

colaboración en la terapia. De la misma manera, se explicaría nuevamente en qué consiste el estudio, cómo estarían organizados los temas del taller, así como las reglas básicas por ejemplo, la importancia del respeto a los demás y la confidencialidad.

Esta propuesta tiene la idea de presentar un bosquejo con varias alternativas a considerar, para un tratamiento grupal y ambulatorio, programado para sesiones semanales de una hora. Garlick, Wall, Corwin, y Koopman, (2011) concluyen con un amplio sustento de estudios, que los formatos de terapia grupal han demostrado reducir la fatiga, el dolor, la ansiedad y el miedo, además de mejorar las habilidades de afrontamiento, el bienestar emocional y el ajuste. Adicionalmente, los ejercicios de base espiritual, como los incluidos en su terapia psico- espiritual integrativa (explicada más adelante), demostraron que pueden mejorar significativamente el bienestar físico, psicológico y espiritual, y reducir el miedo, la ansiedad, la depresión, el dolor, las interrupciones del sueño y la fatiga.

Genia y Schuldt (1990) manifiestan que a través de la participación en un grupo que es tanto confortativo como de apoyo, las personas pueden abrirse a su propio crecimiento al experimentar diferentes modelos de lo que significa ser una persona espiritual. Estas son las razones por las cuales se ha optado por un trabajo grupal. Por consiguiente, este plan de tratamiento está basado en el módulo de regulación emocional del modelo DBT de Marsha Linehan (1993), que es el que nos interesa para este estudio. Esta sección cuenta con nueve habilidades para regular las emociones y los comportamientos asociados con ellas: “reconocer las emociones, superar las barreras hacia las emociones saludables, reducir la vulnerabilidad física, así como la cognitiva, incrementar las emociones positivas, ser consciente de las emociones sin juzgar, exponerse a la emoción, hacer lo contrario de los impulsos emocionales, y resolver problemas” (McKay, Wood, y Brantley, 2007, p. 124). Este

plan de tratamiento también tiene influencia del plan dividido por fases de Corchero, Balés, Oliva, y Puig, (2012). En el que se detalla como primera fase la psico-educación del TPL. Después, se trabaja sobre el control de conductas impulsivas, promoviendo la reducción de conductas suicidas, para-suicidas, y el consumo de tóxicos. La siguiente fase contempla estrategias de regulación emocional, luego viene el refuerzo del uso de las habilidades trabajadas en las fases anteriores y por último, ejercicios de conciencia plena (*mindfulness*), para realizar en casa cada día, centrados en la observación de la respiración y la consciencia del cuerpo.

Para la aplicación de este plan, la fase de psico-educación debería estar enfocada en el TPL, y posteriormente, en las emociones. De este modo, se instruiría en el reconocimiento de emociones; emociones primarias y secundarias; ambivalencia; cómo trabajan las emociones; tipos de respuestas (*fight or flight*, o respuestas condicionadas); la funcionalidad y el propósito que cumplen (McKay, Wood, y Brantley, 2007). Asimismo, Genia y Schuldt (1990) que trabajaron con grupos interreligiosos para el desarrollo de la fe, indican la importancia de promover el desarrollo de objetivos individuales para su crecimiento espiritual, e ideas de cómo mantenerlos en el futuro, lo cual sería oportuno al ejecutar esta propuesta. Ya que este estudio no tiene afinidad por una religión, ni por el escepticismo, se busca que pueda ser aplicable de acuerdo con las creencias y valores de cada participante. Además, es recomendable aplicar los tres principios para alcanzar salud mental: Mente Universal, la Conciencia y el Pensamiento (William James, 1981 en Pransky, y Kelley, 2014). La lógica de estos tres principios espirituales propone que con un cambio en la conciencia a niveles más altos a través de una nueva percepción, las personas pueden darse cuenta de su salud mental interna, reconocer cómo acceder a ella para que se convierta en un

estilo de vida y ver cómo evitar que su pensamiento insensato, infecte el presente (Pransky, y Kelley, 2014).

Estos principios también pueden ser entendidos como Dios, y dones, para quienes estén más familiarizados, o les guste más esa perspectiva. Por ejemplo, Banks, 1998 (en Pransky, y Kelley, 2014) los describió así: La Mente Universal como la energía sin forma que anima a toda la vida, lo que está detrás del funcionamiento psicológico humano, y lo que impulsa el pensamiento y la conciencia, que son los otros principios.

El principio de la conciencia, como el don que permite a las personas ver la creación, y la capacidad de experimentar la vida, y el principio del pensamiento como un “regalo divino” que hace de agente creativo para dirigirnos a través de la vida. Es decir, la capacidad de pensar, y crear una experiencia psicológica desde dentro. Pransky, y Kelley (2014) afirman que los tres principios demuestran que cada persona puede acceder y operar desde la salud y la sabiduría divina a lo largo de sus vidas, a través de la conciencia pura, al orar o meditar.

Mijares, y Khalsa (2014), de la misma manera, han propuesto ideas psico-espirituales pensando en los individuos con personalidades límite y narcisista. Por ejemplo, han sugerido la práctica matutina consistente de meditación, yoga u oración, para conectar al individuo con una realidad espiritual más amplia. Otra técnica que dan es modelar para los pacientes el proceso de transformar pensamientos negativos con pensamientos positivos. Así el nuevo pensamiento redirige la mente de lo negativo a la verdadera realidad interna (ser más objetivo). Asimismo, Garlick et al., (2011) han planteado un proceso de terapia psico-espiritual integrativa, que lo que busca es estimular intervenciones que aumentan el bienestar espiritual. Esta terapia fue aplicada exitosamente, de manera grupal en mujeres con cáncer de

mama. Se considera entonces que el enfoque también puede funcionar bien para esta propuesta.

El proceso comienza con aclarar el propósito de la vida, que para muchas personas es espiritual (Park y Folkman, 1997 en Garlick, et al., 2011), lo cual podría ser muy beneficioso para la población a la que se dirige esta intervención, pues muchos reportan sentimientos de vacío crónico y desesperanza. Después está la práctica de la aceptación consciente que permite a los pacientes aceptar y transformar los atributos personales que ayudan, así como los que impiden el restablecimiento de su propósito en la vida. Además, se fomenta la práctica de la receptividad a un sentido personal de lo sagrado para facilitar y reforzar el compromiso de vivir, con un propósito definido individualmente, que también se puede utilizar para prevenir las conductas auto lesivas e intentos suicidas. Se enseñan también habilidades específicas de manejo del estrés y la meditación para facilitar el proceso de la terapia y proporcionar alivio de los síntomas. Las habilidades de meditación son útiles para desarrollar prácticas específicas (de la preferencia de cada paciente) para reemplazar la rumiación sobre el cáncer o las discapacidades físicas, así como el sufrimiento emocional. Para los adolescentes que serían parte del estudio, esto les ayudaría en la rumiación de pensamientos y el sufrimiento emocional.

Por otro lado, para quienes se identifiquen con una religión, ésta podría ser alentada y usarse a favor de la terapia ya que el objetivo del estudio es que a través de una práctica espiritual y estrategias prácticas (DBT), el adolescente pueda regular sus emociones adecuadamente. Para James y Wells (2003) y Wachholtz, Pearce, y Koenig (2007) la fortaleza de la posición de creencia (ya sea sin fe o muy religiosa) puede ser un indicador importante de menor angustia. Explican que los comportamientos religiosos, por ejemplo, la

oración contemplativa, la meditación consciente y los ritos religiosos se asocian positivamente con la salud mental. Éstos contribuyen a la autorregulación al reducir el enfoque en sí mismos y la preocupación, a la vez que proporcionan un efecto calmante. Así pues, se cumpliría debidamente con el objetivo de este estudio.

Salsman, Brown, Brechting, y Carlson (2005) señalan a Pargament como el líder en el campo de la religión y espiritualidad. Refieren que ha estudiado diferentes formas de afrontamiento religiosas positivas y negativas, como la autodirección, la colaboración, el aplazamiento y la rendición. Para el presente estudio, sería conveniente fomentar el desarrollo de algunas de estas formas de afrontamiento, como el aplazamiento para controlar su impulsividad. A su vez, Salsman, et al., (2005) aseguran que una mejor salud mental se ha vinculado positivamente a una religión que está internalizada, es decir que está motivada intrínsecamente y basada en una relación segura con Dios. Adicionalmente, promueve emociones positivas a través del perdón, la gratitud, el optimismo, la compasión, o la esperanza.

Después de haber aprendido a auto-regularse con las estrategias que hayan sido eficaces para cada uno de los participantes, de acuerdo a su experiencia y criterio, se pasaría a la parte final del tratamiento. Previo a la finalización completa, se buscaría reforzar los aprendizajes adquiridos, al igual que mantener la estabilidad emocional (Corchero, et al., 2012). Así, se da paso a la fase final que consiste en alentar a los participantes a continuar con su proceso (Garlick, et al., 2011) y con el cumplimiento de sus propios objetivos trazados al inicio del tratamiento (Genia y Schuldt, 1990).

Genia y Schuldt (1990) concluyeron que, por ejemplo, las personas que avanzan hacia una fe madura experimentan bienestar personal y una sensación de paz y, asimismo tienen la

capacidad de integrar experiencias de fe y de vida que involucran relaciones sociales y opciones de estilo de vida. También buscan un crecimiento continuo a través del estudio, la reflexión, la oración y la interacción con los demás. Además de formular declaraciones de fe, estas personas mantendrán valores que afirman su vida, dan la bienvenida a la diversidad cultural y religiosa, seguramente estarán comprometidas con la igualdad humana y encontrarán formas de trabajar hacia una mayor justicia social. Independientemente de la fe que profesen los adolescentes a quienes va dirigida esta intervención, ideal y ambiciosamente, a eso es a lo que se quisiera llegar en un futuro. De todas formas, este espacio se presentaría como una oportunidad para integrar su camino de fe, o de práctica espiritual, con el resto de las experiencias de sus vidas.

Instrumentos.

El TLP en los adolescentes puede ser fácilmente confundido con otros diagnósticos psiquiátricos ya que este trastorno en adolescentes, tiende a manifestarse con una mezcla de síntomas, por ejemplo, comportamiento impulsivo-agresivo o abuso de sustancias (externalización) y ansiedad o depresión (internalización). Por lo cual, se requiere precisión en el diagnóstico (Kaess, Brunner y Chanen, 2014). A continuación se describen las escalas que se utilizarían si se implementa esta propuesta de investigación.

McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD).

Desarrollado por Zanarini, Vujanovic, Parachini, Boulanger, Frankenburg, y Hennen (2003). Esta es la primera escala de cribado para el diagnóstico del TPL basada en los criterios del DSM-IV y el DSM-5. Es una escala válida, confiable y fácil de administrar (Zanarini, et al., 2003). El *MSI-BPD* es un cuestionario de autoinforme con 10 ítems

calificados de forma dicotómica (verdadero-falso). Incluye un elemento para cada uno de los primeros ocho criterios del DSM-IV y DSM-5 para el TPL y dos elementos para el noveno criterio de paranoia /disociación. En su versión original probada sobre muestras de adolescentes y adultos jóvenes, presentó propiedades psicométricas adecuadas con una alta sensibilidad (0,81) y especificidad (0,85), con una puntuación de corte óptima de 7. También se informó una correcta fiabilidad test- retest (Spearman rho = 0,72, p <0,0001). Diferentes estudios con población de la comunidad, estudiantes y población psiquiátrica han confirmado la bondad psicométrica de esta escala (Soler, et al., 2016).

La versión en español del *MSI-BPD* de Soler, et al., (2016) presentó un buen nivel de consistencia interna (KR-20 = 0.873) para la muestra total, lo que indica una alta confiabilidad interna general con puntajes totales que van de 0 a 10 y con una puntuación promedio de 4., 43 (SD = 3,27). La prueba de confiabilidad dio resultados altos (CCI = 0.873). Obtuvieron valores aceptables de sensibilidad (0.71) y especificidad (0.68), con un punto de corte óptimo (7) (Soler, et al., 2016).

Borderline Symptom List Short Version (BSL-23).

Esta escala de Bohus, Kleindienst, Limberger, Stieglitz, Domsalla, Chapman, Steil, Philipsen, y Wolf (2009), es la versión reducida del *BSL-95* de Bohus, Limberger, Frank, Chapman, Kuehler y Stieglitz (2007). El *BSL-23* consta de 23 artículos, de los cuales, nueve de ellos son de la escala original (*BSL-95*). Las propiedades psicométricas del *BSL-23* fueron investigadas y comparadas con las del *BSL-95* en cinco muestras diferentes, hallando en todas, una alta correlación entre el *BSL-95* y el *BSL-23* (0.958-0.963 respectivamente). La consistencia interna del *BSL-23* es alta con un Alfa de Cronbach = 0.935-0.969. Así como su

fiabilidad en test-retest ($r = 0,82$; $p < 0,0001$) y buena validez discriminativa (Bohus, et al., 2009).

En la versión española de Soler, et al., (2013) la escala tiene una alta confiabilidad (alfa de Cronbach = .949), así como una buena estabilidad test-retest, que se verificó en una submuestra ($n = 74$; $r = .734$; $p < .01$). Es capaz de discriminar los niveles de gravedad del TPL y muestra una satisfactoria sensibilidad al cambio después del tratamiento. Además, el tiempo de administración es breve, lo que la hace adecuada para su uso tanto en investigación, como en entornos clínicos (Soler, et al., 2013).

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).

La escala original de Gratz y Roemer (2004) demostró tener fiabilidad y validez con una alta consistencia interna ($\leq .93$), una buena fiabilidad test-retest (de 4 a 8 semanas), y buena validez predictiva y de criterio (Gratz y Roemer, 2004). Tiene una estructura en la escala original de 6 factores que se revisó mediante el análisis factorial. Estos factores son: dificultades en el control de impulsos (6 ítems); acceso limitado a estrategias de regulación (8 ítems); falta de aceptación emocional (6 ítems); interferencia en conductas dirigidas a metas (5 ítems); falta de conciencia emocional (6 ítems) y falta de claridad emocional (5 ítems).

En la adaptación al castellano de Hervás y Jódar (2008) se encontró que las subescalas con variables de interés clínico, tienen asociaciones entre las puntuaciones en la subescala “falta de aceptación emocional” y una medida experimental de intolerancia al malestar en pacientes con TPL (Hervás y Jódar, 2008).

Además afirman que sobre las conductas autolesivas es donde más se ha empleado la escala DERS. Siendo éste, un comportamiento relacionado a un déficit en la regulación emocional. (Hervás y Jódar, 2008).

Para este trabajo la versión de Gómez-Simón, et al., (2014) sería la ideal ya que además de estar español, fue adaptada para adolescentes. El análisis factorial de esta escala, sugirió una solución de seis factores y se alcanzó una estricta invariancia según el sexo. La consistencia interna de las subescalas fue moderadamente satisfactoria (.71-.88), excepto para la subescala de Conciencia ($\alpha = .62$). Los valores medios de los ítems (y la desviación estándar) oscilaron entre 1.59 y 3.98 (0.92-1.40). La mediana (en valor absoluto) de sesgo fue de 0,87 y la mediana de curtosis fue de 0,62. Treinta artículos mostraron una carga factorial superior a .30 en sus factores previstos y dos artículos más (31 y 34) casi alcanzaron este criterio (.29). El ítem 3 (Impulso) y el ítem 23 (No aceptación) mostraron cargas cruzadas en Estrategias y los ítem 1 y 7 (Claridad) mostraron cargas más altas en Conciencia que en su factor esperado, pero todos los valores estaban por encima de 0.30.

Finalmente, con una carga saliente y contribución a la consistencia interna, asignaron al ítem 30 de No aceptación, como Hervás y Jódar (2008). Consistente con estudios previos, la Conciencia tendió a compartir pequeñas interrelaciones con los otros factores en la escala *DEERS* (rs que van desde $-.29$ a $.25$), mientras que la mayor correlación de factores fue entre la No aceptación y las Estrategias ($r = .58$ para hombres y $r = .52$ para mujeres). Todas las puntuaciones de la escala *DEERS* obtuvieron una consistencia interna adecuada, excepto Conciencia ($\alpha = .62$; media entre ítems $r = .22$). No se encontraron diferencias de sexo para la Conciencia, Impulso, No Aceptación, Metas y la puntuación total. Sin embargo, las mujeres informaron niveles ligeramente más altos de falta de Claridad y Estrategias limitadas, aunque los tamaños del efecto fueron pequeños (Cohen's $d \leq 0.23$) Gómez-Simón, et al., (2014).

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ).

Esta es una escala de Gross y John (2003) con 10 ítems, diseñada para medir las diferencias individuales al regular las emociones de dos maneras: (1) Reevaluación cognitiva y (2) Supresión expresiva. Las respuestas de cada elemento están en una escala de 7 puntos donde el 1 representa estar “muy en desacuerdo” y el 7 “muy de acuerdo”. Esta prueba ha demostrado buenas propiedades psicométricas ($\alpha = .75, .82$) y ($\alpha = .68, .76$) (Gross y John, 2003). La adaptación española del *ERQ* de Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal y Gross (2013) también indicó una adecuada consistencia interna, así como fiabilidad test-retest y la validez convergente y discriminante.

Gullone y Taffe (2012) adaptaron el ERQ para niños y adolescentes (*ERQ-CA*), su evaluación psicométrica demostró validez y confiabilidad para la evaluación de las dos estrategias (reevaluación y supresión), así como una buena consistencia interna y estabilidad a lo largo del tiempo, validez de constructo invariable entre los grupos de edad y sexo, y validez convergente adecuada. Sin embargo, la traducción española de esta misma escala de Navarro, Vara, Cebolla y Baños (2018) no obtuvo buena fiabilidad por etapas (adolescencia temprana, media y tardía) y encontraron puntuaciones más bajas en los períodos más jóvenes, demostrando una pobre consistencia interna. Por esta razón, es preferible utilizar la escala en español de Cabello, et al., (2013) hasta que se pueda hacer una buena adaptación de la versión de Gullone y Taffe (2012).

Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R).

Esta entrevista de Zanarini, Gunderson, Frankenburg, y Chauncey (1989) se revisó para agudizar su capacidad de discriminar entre pacientes con TPL clínico y pacientes con otros tipos de diagnósticos clínicos del Eje II. Es una entrevista semi-estructurada, contiene 125 ítems. Contiene cuatro puntuaciones de área (PA) que son: cognitiva, afectos, patrones

de acción impulsivos y relaciones interpersonales. De acuerdo a la puntuación global de estas áreas que puede estar entre 0 y 10, se determina con TPL a las puntuaciones que van desde 6. En términos de propiedades psicométricas, se ha demostrado repetidamente que tiene una alta validez discriminatoria, así como fiabilidad en test- retest.

La versión en español de Barrachina, Soler, Campins, Tejero, Pascual, Alvarez, Zanarini, y Pérez Sola (2004) mostró características psicométricas similares a las de la entrevista original, con una buena consistencia interna total (alfa de Cronbach: 0.89) y una alta confiabilidad entre evaluadores (correlación dentro de la clase: 0.94). Usando análisis de regresión logística, se juzgó que el mejor valor de corte era 6 o más, obteniendo alta sensibilidad (0,81), especificidad (0,94) y validez convergente moderada del diagnóstico.

Spiritual Assessment Tool.

Esta herramienta es de Puchalski y Romer, (2000) y se desarrolló con el fin de que los clínicos pudieran comprender mejor a sus pacientes. Tiene siglas diseñadas para hacer una entrevista espiritual breve. Sugiere utilizar F para preguntar sobre fe o creencias; I sobre la importancia e influencia; C acerca de comunidad, y A sobre la dirección (*address* en inglés). La razón por la que se han tomado en cuenta varias escalas de medición es debido a un posible “sobre representación” de los síntomas del TLP adolescente. Como se refiere anteriormente, resulta decisivo distinguir lo que podría ser parte del trastorno, un estado mental, o una crisis de desarrollo adolescente, de las características que indican un patrón más general de conductas disfuncionales y de mala adaptación que definirían tener TPL (Kaess, Brunner y Chanen, 2014).

Análisis de los datos.

Una vez filtrada la muestra de los adolescentes que presentan rasgos de personalidad límite, que formarán parte del estudio en la implementación del tratamiento, se tomarán en cuenta los resultados, sobre todo, de las escalas *BSL-23* y *DERS* ya que estas serán las herramientas para confirmar o descartar la hipótesis planteada en este proyecto.

Después de dar por terminada la intervención, los adolescentes que participaron y asistieron a todas las sesiones, serán evaluados nuevamente con *BSL-23* y *DERS*. También se reportarán estadísticas sobre aquellos adolescentes que en medio del proceso, desistieron. Los nuevos resultados de estas escalas, se utilizarán para hacer un análisis estadístico de *test-retest* basado en la *prueba t* de tipo *pareado* ya que el diseño de este estudio es intra- sujetos. Este análisis estadístico se hará con la ayuda de Excel y del programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (T-test Pareado) para el cálculo del valor *t* y la interpretación de la significancia (*p valor*) de valor *t*.

Consideraciones Éticas

Para esta propuesta de estudio es significativo resaltar que se respetarán todos los parámetros y criterios éticos relacionados a la investigación con individuos. Conjuntamente con el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito se evaluará esta propuesta para su aprobación.

La Sociedad para la Investigación en Desarrollo Infantil y la Asociación Americana de Psicología, desarrollaron lineamientos éticos generales para los investigadores (Sales y Folkman, 2000; Sieber, 2000; American Psychological Association [APA], 2002; Fisher, 2003, 2004 en Feldman, 2008) a los que se acataría este estudio en caso de llevarse a cabo.

Entre los principios básicos que se deben seguir se incluyen el consentimiento informado. Como se mencionó anteriormente, todos los adolescentes que deseen participar *voluntariamente*, con la licencia de sus padres o representantes, firmarán un consentimiento informado (anexo B), en el que se explican los objetivos del estudio. Además en este, se aclara que para quienes decidan dejar de participar, no existirán consecuencias personales o negativas. En caso de que un adolescente quisiera ser parte del grupo para la intervención, pero sus padres o representantes no lo apoyen, *no podrá formar parte del estudio*.

Otros principios son el de no causar daño, así como límites en el uso del engaño. El bienestar, los intereses y derechos de los participantes siempre deben considerarse antes que los de los investigadores. Por ejemplo, Baetz y Toews (2009) mencionan que uno de los puntos principales en las implicaciones clínicas de la investigación es que la fe o la práctica espiritual de una persona son intrínsecamente privadas y no necesitan ser reveladas a un profesional de la salud. A la par, Genia y Schuldt (1990) consideran que los terapeutas deben ser especialmente sensibles y cuidadosos, ya que comparten su “propio viaje espiritual” con los participantes. Entonces, la comprensión espiritual o teológica propia del terapeuta, puede ser diferente a la de los adolescentes y podría ocurrir alguna disrupción en la alianza y/o en el tratamiento en general.

Estar comprometido con la propia visión espiritual como terapeuta y apoyar visiones contrarias y sentidas por quienes participarán en el grupo, es una tarea difícil pero no imposible para el terapeuta (Genia y Schuldt, 1990). Para que un grupo de encuentros interreligiosos tenga éxito, el terapeuta debe valorar muy bien el derecho de los participantes del grupo a encontrar su propio camino y llegar a sus propios destinos en su área espiritual (Genia y Schuldt, 1990).

En la aplicación de la intervención, la confidencialidad por parte del clínico que dirija el grupo, será totalmente garantizada. Sin embargo, por parte de los participantes queda en duda a pesar de que se les explicaría la importancia de cumplir con ésta. De la misma manera y de la mano con lo anterior, se aplica la confidencialidad y cuidado por parte del clínico y el investigador al otro principio sobre el respeto a la vida privada de los participantes.

Discusión

Fortalezas y limitaciones de la propuesta.

La principal limitación de este estudio es el diseño pre experimental. En este diseño no se logra tener un buen control, por lo cual no hay validez interna. La validez interna se refiere al grado de confianza sobre los resultados para que sean validados e interpretados adecuadamente. Para lograr esto, un requisito indispensable dentro de un experimento es el control, que se entiende como saber qué está ocurriendo *realmente* con la relación entre las variables. Si un experimento no tiene control, no se puede establecer una relación causal. En este caso, una mejor regulación emocional podría ser debido a la intervención que se propuso, o a eventos externos que influyan en esta área también. Ya que en este diseño, no se tiene un grupo control y uno experimental, a partir de los cuales se pueda comparar, no es posible determinar si los resultados son debido al tratamiento propuesto, o a la intervención de fuentes que pudieran actuar a la par, amenazando la validez interna del estudio; por ejemplo, la historia de los pacientes en cuanto a acontecimientos externos al tratamiento que pudieran influir solo en algunos participantes. Otra de estas fuentes es la maduración o cambio de los participantes en medio del proceso del tratamiento, y así los resultados podrían verse afectados (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Un experimento idealmente debe

tener validez interna; entonces los resultados serán confiables. Sin embargo, no solo necesita esta validez sino una de tipo externa que permita que los resultados se generalicen. Este estudio a su vez, tampoco logró obtener validez externa, es decir, que no se pueden generalizar los resultados de esta investigación.

El factor central que se desempeñó en este estudio para afectar la validez en general, es la “interferencia de tratamientos múltiples”. Otro posible factor que amenaza la validez externa es lo denominado por Hernández, Fernández y Baptista (2014) como “efectos de novedad e interrupción” que se trata de que un nuevo tratamiento puede tener resultados positivos por ser percibido como novedoso, o por el contrario, se percibe como negativo porque interrumpe las actividades normales de los participantes por ejemplo, entonces puede tener un efecto negativo.

Como fortalezas del estudio podrían verse la selección de la muestra y el seguimiento del grupo. Al aplicar un diseño pre prueba- post prueba, se logró seleccionar una muestra de casos, o personas del perfil que nos interesaba para este estudio. Además, se obtiene una referencia para hacer una comparación sobre el nivel inicial de regulación emocional que tenía el grupo antes de la intervención, a pesar de que no se pueda establecer la eficacia del tratamiento. Así, este proyecto podría utilizarse como un estudio exploratorio, pero sus resultados deben interpretarse con precaución.

Una limitación general, no solo para este estudio, sino para la práctica clínica, es que a pesar de la fuerte evidencia de que el TPL se puede dar en la adolescencia, los teóricos y clínicos aún no han logrado ponerse de acuerdo para que se pueda hacer el diagnóstico formal de TPL en adolescentes (Kaess, Brunner y Chanen, 2014). Por lo tanto, se revisaron rasgos de TPL que tendrían que ver con un nivel leve o moderado en la gravedad del trastorno. Esto de

alguna manera, y a pesar de que existe un índice de severidad (no validado para población hispana), vuelve complicado definir lo que son rasgos o el trastorno en un nivel leve. A pesar de que en este trabajo se presentan varias pruebas clínicas traducidas al español para diagnosticar TPL, sin algunas no han sido validadas en población latina y existen otras escalas que ni siquiera están traducidas al español. Finalmente, otra limitación es lo relacionado con la edad. El rango de edad que se propuso para este trabajo podría ser una limitante ya que desde los 12 hasta los 17 años hay procesos de desarrollo distintos como diferentes preocupaciones, o desafíos (Feldman, 2008), y esto podría jugar un rol dentro de la validez en general de la propuesta.

Recomendaciones para Futuros Estudios.

Esta propuesta puede ser tomada en cuenta como un estudio exploratorio, siempre que sus resultados sean interpretados con cuidado por los temas de validez explicados anteriormente. Así, esta propuesta sugiere que en un estudio futuro, se realice con un diseño experimental, en el que hayan dos grupos (control y experimental). Una consideración importante para superar la limitación respecto a la edad, sería que se reduzca el rango de edad de los participantes.

Por otro lado, este mismo tema podría ser investigado a través de un diseño de tipo cualitativo, con la ayuda de entrevistas a expertos en adolescentes, DBT, y espiritualidad. Con base en esta propuesta, un próximo estudio podría revisar si existen diferencias en la regulación emocional de acuerdo al sexo de los participantes. Igualmente, si es que hay influencias en la regulación emocional o la espiritualidad de los adolescentes, de acuerdo a su

nivel socio económico. Asimismo se podría aprovechar la cantidad de extranjeros para estudiar si existe alguna influencia cultural en la regulación emocional de los adolescentes. Sobre la aplicación de la intervención, se podrían hacer grupos clasificados de acuerdo a la religión o preferencias de los participantes y evaluar si esto fue más o menos efectivo.

Un estudio necesario y ambicioso, sería validar las escalas para el diagnóstico de TPL en población ecuatoriana. Otra propuesta podría presentar el bosquejo para trabajar el siguiente módulo de efectividad interpersonal de DBT. Por último, se recomienda revisar este tema de la espiritualidad y la práctica clínica desde otros enfoque como por ejemplo el de ACT (terapia de aceptación y compromiso – por sus siglas en inglés), o desde una perspectiva psicodinámica.

REFERENCIAS

- Anson, L., y Ripollés, L. (2015). Una revisión sobre la eficacia de la terapia dialéctica conductual en pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad. *Àgorade Salut, 1*, 163-171.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: VA.
- Baetz, M., y Toews, J. (2009). Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*, (5), 292-301.
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Alvarez, E., Zanarini, M. C. y Pérez Sola, V. (2004). Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Esp Psiquiatr, 32*, (5), 293-298.
- Berking, M., y Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Behavioural medicine, 25*, (2), 128–134.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., y Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology, 42*, (1), 32-39.
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., y Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Cailhol, L., Gicquel, L., y Raynaud, J. P. (2018). Trastorno De Personalidad Límite En Adolescentes. En *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (pp.

1-19). Ginebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions

Corchero, M., Balés, C., Oliva, C., Puig, C. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. *C. Med. Psicosom*, (103), 55- 64.

Feldman, R. (2008). *Desarrollo en la infancia*. (4ta ed.). México: PEARSON.

Garlick, M., Wall, K., Corwin, D., & Koopman, C. (2011). *Psycho-Spiritual Integrative Therapy for Women with Primary Breast Cancer*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18, (1), 78–90.

Genia, V., y Schuldt, D. L. (1990). Interreligious encounter group: a psychospiritual experience for faith development. *Counseling and Values*, 35, (1), 55–57.

Gómez-Simón, I., Penelo, E., y De La Osa, N. (2014). Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents. *Psicothema*, 26, (3), 401-408.

Gratz, K., y Roemer, L., (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, (1), 41-54.

Gullone, E., y Taffe, J. (2012). The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ–CA): A psychometric evaluation. *Psychological assessment*, 24, (2), 409-417.

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta ed.). México: McGraw- HILL / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.
- Hervás, G., y Jodar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud, 19*, (2), 139-156.
- James, A., y Wells, A. (2003). Religion and mental health: Towards a cognitive-behavioural framework. *British journal of health psychology, 8*, (3), 359-376.
- Kaess, M., Brunner, R., y Chanen, A. (2014). Borderline Personality Disorder in Adolescence, *Pediatrics, 34*, 782–793.
- Kim, S. y Esquivel, G. B. (2011). Adolescent spirituality and resilience: theory, research, and educational practices. *Psychology in the Schools, 48*, (7), 775- 765.
- McKay, M., Wood, J. C., y Brantley, J. (2007). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., y Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*, (10), 1082-1091.
- Mijares, S. G., y Khalsa, G. S. (2014). Chapter 8. Alternative treatments for Borderline and Narcissistic personality disorders. *The psychospiritual clinician's handbook: Alternative methods for understanding and treating mental disorders*. Routledge.

- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., y Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 969–981.
- Ministerio del Trabajo. (27 de diciembre de 2018). *Comunicado Oficial Incremento del Salario Básico Unificado 2019*. Recuperado en abril de 2019 de:
<http://www.trabajo.gob.ec/incremento-del-salario-basico-unificado-2019/>
- Navarro, J., Vara, M. D., Cebolla, A., y Baños, R. M. (2018). Validación psicométrica del cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA) en población adolescente española. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5, (1), 9-15.
- Organización Internacional para las Migraciones. (9 de noviembre de 2018). *El número de refugiados y migrantes de Venezuela alcanza los 3 millones*. Recuperado en abril de 2019 de: <http://www.oim.org.ec/2016/iomtemplate2/news/el-n%C3%BAmero-de-refugiados-y-migrantes-de-venezuela-alcanza-los-3-millones>
- 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*; 16 de mayo de 2017; Comunicado de prensa; GINEBRA. Recuperado en noviembre de 2018 de:
<http://www.who.int/es/news-room/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *10 DATOS SOBRE LA SALUD MENTAL*, Apartado 3. Recuperado en noviembre de 2018 de:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index2.html

- Pransky, J., y Kelley, T. M. (2014). Three principles for realizing mental health: A new psychospiritual view. *Journal of Creativity in Mental Health*, 9, (1), 53-68.
- Puchalski, C., y Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of palliative medicine*, 3, (1), 129-137.
- República del Ecuador Asamblea Nacional. (2015). *Ley orgánica de gestión de la identidad y datos civiles*. (Normativa vigente). Oficio No. SAN-2016- 0155.
- Roehlkepartain, E. C., Benson, P. L., King, P. E., y Wagener, L. M. (2014). *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence*. California: Thousand Oaks, Sage.
- Salsman, J. M., Brown, T. L., Brechting, E. H., y Carlson, C. R. (2005). The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Personality and social psychology bulletin*, 31, (4), 522-535.
- Schuppert, H. M., Bloo, J., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M., y Nauta, M. H. (2012). Psychometric evaluation of the Borderline Personality disorder severity index—IV—adolescent version and Parent version. *Journal of personality disorders*, 26, (4), 628-640.
- Shek, D. T. L. (2012). Spirituality as a positive youth development construct: A conceptual review. *The ScientificWorld Journal*, 2012, Article ID 458953.
doi:10.1100/2012/458953
- Soler, J., Domínguez-Clavé, E., García-Rizo, C., Vega, D., Elices, M., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., y Pascual, J. (2016). Validación de la versión española

- del McLean Screening. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona)*, 9, (4), 195-202.
- Soler, J., Vega, D., Feliu- Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M., y Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL- 23). *BMC Psychiatry*, 13, (1), 1317.
- Wachholtz, A. B., Pearce, M. J., y Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of behavioral medicine*, 30, (4), 311-318.
- Wong, Y. J., Rew, L., y Slaikeu, K. D. (2006). A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 161–183
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, B., y Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827–832.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., y Chauncey, D. L. (1989). *The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders*. *Journal of Personality Disorders*, 3, (1), 10–18.

ANEXO A: INSTRUMENTOS

Anexo A1

Trastorno límite de la personalidad 301.83 (F60.3) DSM-5

El trastorno límite de la personalidad (TPL) de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) es un trastorno de personalidad que pertenece al grupo B (código 301.83 (F60.3)) caracterizado por un “patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa [...] y está presente en diversos contextos”. Además, se manifiesta con algunos (cinco) o varios de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Criterios para el diagnóstico formal de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) DSM-5.

Anexo A2
Carta de solicitud para las instituciones

Quito, día, mes, año

(Nombre) _____
Rector(a)
Colegio _____

Estimado(a) Rector(a):

Por medio de la presente, solicito su autorización como representante del Colegio _____ para dirigirme a sus estudiantes y proponerles la participación en un estudio que tiene como objetivo evaluar rasgos de personalidad límite a adolescentes entre 12 y 17 años para posteriormente, implementar un plan de intervención basado en espiritualidad y el módulo de regulación emocional de la terapia dialéctica conductual.
Por la favorable atención brindada a la presente, anticipo mi sincero agradecimiento.

Mabell Cárdenas López
Encargada del proyecto
Contacto: m_cardenaslopez@hotmail.com

Anexo A3

McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD) versión española de Soler, Domínguez-Clavé, García-Rizo, Vega, Elices, Martín-Blanco, Feliu-Soler, Carmona, y Pascual, 2016.

MSI-BDP (Cuestionario de Screening McLean)

Nombre:

Fecha:

Responde 1 (SI) ó 2 (NO) a las siguientes preguntas:

Durante este último año:

1. ¿Alguna de tus relaciones personales más cercanas se ha visto en problemas debido a múltiples discusiones o rupturas frecuentes? 1(SI) 2(NO)
2. ¿Has tratado intencionadamente de hacerte daño físico (quemarte, cortarte, pegarte)? ¿Has realizado alguna tentativa de suicidio? 1(SI) 2(NO)
3. ¿Has tenido al menos otros dos de los siguientes problemas de impulsividad; atracones frecuentes, gastos desproporcionados, abuso de alcohol, episodios de agresividad verbal? 1(SI) 2(NO)
4. ¿Te has sentido extremadamente malhumorado? 1(SI) 2(NO)
5. ¿Te has sentido o te sientes enfadado la mayor parte del tiempo? ¿Has actuado frecuentemente de manera furiosa o sarcástica? 1(SI) 2(NO)
6. ¿A menudo has sentido desconfianza de la gente? 1(SI) 2(NO)
7. ¿Te has sentido frecuentemente tú mismo como irreal o como si las cosas que te rodean no fuesen reales? 1(SI) 2(NO)
8. ¿Te has sentido o te sientes vacío de forma crónica? 1(SI) 2(NO)
9. ¿Te has sentido a menudo con la sensación de no saber quién eres o que no tienes identidad propia? 1(SI) 2(NO)
10. ¿Has hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirte abandonado o ser abandonado, como por ejemplo: llamar repetidamente a una persona para que te confirme que está preocupada por ti, suplicarle que no te deje, agarrarte físicamente? 1(SI) 2(NO)

Anexo A4

Borderline Symptom List 23 (BSL-23)
--

Código:

Fecha:

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

Por favor asegúrese de responder a todas las preguntas.

Durante la última semana		Nunca	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1	Me resultaba difícil concentrarme	0	1	2	3	4
2	Me sentí indefenso	0	1	2	3	4
3	Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	0	1	2	3	4
4	Sentí asco	0	1	2	3	4
5	Pensé en hacerme daño	0	1	2	3	4
6	Desconfié de los demás	0	1	2	3	4
7	No creía que tuviera derecho a vivir	0	1	2	3	4
8	Me sentía solo	0	1	2	3	4
9	Sentí una tensión interna estresante	0	1	2	3	4
10	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	0	1	2	3	4
11	Me odié a mí mismo	0	1	2	3	4
12	Quise castigarme	0	1	2	3	4
13	Sufrí de vergüenza	0	1	2	3	4
14	Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión.	0	1	2	3	4
15	Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	0	1	2	3	4
16	Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí	0	1	2	3	4

17	Me sentí vulnerable	0	1	2	3	4
18	La idea de morirme me causó una cierta fascinación	0	1	2	3	4
19	Nada parecía tener sentido para mí	0	1	2	3	4
20	Tuve miedo de perder el control	0	1	2	3	4
21	Me di asco a mí mismo	0	1	2	3	4
22	Tuve la sensación de salir de mí mismo	0	1	2	3	4
23	Sentí que no valía nada	0	1	2	3	4

Ahora nos interesaría conocer además la calidad de su estado general a lo largo de la última semana. 0 % significa absolutamente hundido, 100% significa excelente. Por favor, señale el porcentaje que más se aproxime a su situación.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
(absolutamente hundido) ←—————→ (excelente)										

BSL - Supplement: Items for Assessing Behavior

Durante la última semana		Nada	una vez	2- 3 veces	4-6 veces	Diariamente o más a menudo
1	Me hice daño cortándome, quemándome, estrangulándome, dándome golpes con la cabeza, etc.	0	1	2	3	4
2	Dije a otras personas que iba a matarme	0	1	2	3	4
3	Intenté suicidarme	0	1	2	3	4
4	Tuve atracones de comida	0	1	2	3	4
5	Me provoqué el vómito	0	1	2	3	4

6	Realicé deliberadamente conductas arriesgadas como conducir demasiado rápido o en dirección contraria, hacer equilibrios y juegos en lugares altos, en las vías de tren o con trenes en marcha, etc.	0	1	2	3	4
7	Me emborraché	0	1	2	3	4
8	Tomé drogas	0	1	2	3	4
9	Tomé medicación que no se me había recetado o si se me había prescrito, tomé más de la dosis recetada.	0	1	2	3	4
10	Tuve brotes de ira incontrolada o atacé físicamente a otras personas	0	1	2	3	4
11	Tuve relaciones sexuales que no pude controlar, de las cuales más tarde me sentí avergonzado/a o enfadado/a.	0	1	2	3	4

Anexo A5

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) en su adaptación al español para adolescentes de Gómez-Simón, Penelo y De La Osa (2014)

Versión española para adolescentes de la DERS

Por favor, indica cuántas veces te pasan las siguientes afirmaciones. Marca en cada frase el número correspondiente con una cruz, según la escala que aparece a continuación:

1 -----2-----3-----4-----5
 Casi nunca Algunas veces La mitad de las La mayoría de las Casi siempre
 (0-10%) (11-35%) veces (36-65%) veces (66-90%) (91-100%)

	1	2	3	4	5
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...)					
2. Pongo atención a cómo me siento					
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control					
4. No tengo ni idea de cómo me siento					
5. Me cuesta entender mis sentimientos					
6. Estoy atento a mis sentimientos					
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo					
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo					
9. Estoy confuso sobre lo que siento					
10. Cuando estoy molesto, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, si es decepción...)					
11. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera					
12. Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera					
13. Cuando estoy molesto, me cuesta terminar el trabajo					
14. Cuando estoy molesto, pierdo el control					
15. Cuando estoy molesto, creo que estaré así durante mucho tiempo					
16. Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido					
17. Cuando estoy molesto, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante					
18. Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas					
19. Cuando estoy molesto, me siento fuera de control					
20. Cuando estoy molesto, puedo conseguir hacer cosas igualmente					
21. Cuando estoy molesto, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa manera					
22. Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor					
23. Cuando estoy molesto, me siento como si fuera una persona débil					
24. Cuando estoy molesto, creo que puedo controlar mi comportamiento					
25. Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esta manera					
26. Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme					
27. Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi comportamiento					

28. Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor						
29. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera						
30. Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo						
31. Cuando estoy molesto, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin)						
32. Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento						
33. Cuando estoy molesto, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa						
34. Cuando estoy molesto, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente						
35. Cuando estoy molesto, tardo mucho tiempo en sentirme mejor						
36. Cuando estoy molesto, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos)						

Anexo A6

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Cabello, Salguero, Fernández- Berrocal & Gross, 2013; versión original de Gross y John, 2003).

INSTRUCCIONES:

A continuación nos gustaría que contestase a unas preguntas sobre su vida emocional, en concreto, sobre cómo controla sus emociones. Estamos interesados en dos aspectos. El primero es su experiencia emocional o lo que siente internamente. El segundo es su expresión emocional o cómo muestra sus emociones a través de las palabras, los gestos y los comportamientos. Aunque algunas de las cuestiones pueden parecer similares a otras, éstas difieren de forma importante. Por favor, utiliza la siguiente escala de respuesta para cada ítem.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Cuando quiero incrementar mis emociones positivas (p.ej. alegría, diversión), cambio el tema sobre el que estoy pensando.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Guardo mis emociones para mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7

3.	Cuando quiero reducir mis emociones negativas (p.ej. tristeza, enfado), cambio el tema sobre el que estoy pensando.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Controlo mis emociones no expresándolas.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Controlo mis emociones cambiando mi forma de pensar sobre la situación en la que me encuentro.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Cuando quiero reducir mis emociones negativa, cambio mi manera de pensar sobre la situación.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo A7

Entrevista clínica diseñada para trastorno de personalidad límite basada en DIB-R (Cailhol, Gicquel y Raynaud, 2018).

Tabla H.4.1 Criterios para y dimensiones del trastorno de personalidad límite

	CRITERIOS DEL DSM-5	DIMENSIÓN
6 -	Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).	Emocional
7 -	Sensación crónica de vacío.	
8 -	Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).	
3 -	Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.	Cognitivo
9 -	Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.	
4 -	Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).	Impulsivo
5 -	Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas de automutilación.	
1 -	Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.	Interpersonal
2 -	Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.	

Tabla H.4.2 Descripción de la personalidad emocionalmente inestable según CIE-10

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional (límite) de la personalidad

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a "manifestaciones explosivas"; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos.

Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

Tipo impulsivo:

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Tipo límite:

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y puede estar asociado con esfuerzos excesivos para evitar el abandono y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de conductas autoagresivas (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Tabla H.4.3 Evolución de los síntomas del trastorno de personalidad límite con el paso del tiempo.

SÍNTOMAS	DURACIÓN MEDIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones para-psicóticas • Conducta sexual de riesgo • Regresión ligada al tratamiento • Problemas de contra-transferencia, relaciones terapéuticas "especiales" 	0 – 2 años	Síntomas agudos
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso, dependencia de sustancias psicoactivas • Autolesiones • Intentos repetidos de suicidio • Exigencias • Alteración severa de la identidad 	2 – 4 años	
<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones tormentosas • Manipulación, sadismo, devaluación • Inestabilidad emocional • Experiencias perceptivas inusuales, pensamientos extraños • Sentimientos de abandono, devastación, derrumbamiento • Experiencias paranoides no alucinatorias 	4 – 6 años	Síntomas temperamentales
<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo mayor, depresión crónica • Sentimientos crónicos de desesperanza, culpa • Ansiedad crónica • Impulsividad general • No poder soportar estar solo • Conflictos relacionados con depender de cuidados • Dependencia, masoquismo 	6 – 8 años	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfado crónico, frecuentes ataques de ira • Sentimiento crónico de soledad, vacío 	8 – 10 años	

Spiritual Assessment Tool

An acronym that can be used to remember what is asked in a spiritual history is:

- F:** Faith or Beliefs
- I:** Importance and influence
- C:** Community
- A:** Address

Some specific questions you can use to discuss these issues are:

- F:** What is your faith or belief?
Do you consider yourself spiritual or religious?
What things do you believe in that give meaning to your life?
- I:** Is it important in your life?
What influence does it have on how you take care of yourself?
How have your beliefs influenced your behavior during this illness?
What role do your beliefs play in regaining your health?
- C:** Are you part of a spiritual or religious community?
Is this of support to you and how?
Is there a person or group of people you really love or who are really important to you?
- A:** How would you like me, your healthcare provider, to address these issues in your health-care?

General recommendations when taking a spiritual history:

1. Consider spirituality as a potentially important component of every patient's physical well being and mental health.
2. Address spirituality at each complete physical examination and continue addressing it at follow-up visits if appropriate. In patient care, spirituality is an ongoing issue.
3. Respect a patient's privacy regarding spiritual beliefs; don't impose your beliefs on others.
4. Make referrals to chaplains, spiritual directors, or community resources as appropriate.
5. Be aware that your own spiritual beliefs will help you personally and will overflow in your encounters with those for whom you care to make the doctor-patient encounter a more humanistic one.

© 1999 Christina Puchalski, M.D. Reprinted with permission from Christina Puchalski, M.D.

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: La espiritualidad coadyuvante a la terapia dialéctica conductual para la regulación emocional de adolescentes con rasgos de personalidad límite.

Organización del investigador Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal Mabell Cárdenas López

Datos de localización del investigador principal 02453-2037 / 0987840832 /
 m_cardenaslopez@hotmail.com / mcardenasl@estud.usfq.edu.ec

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre espiritualidad con terapia dialéctica conductual para la regulación emocional porque tiene entre 12 y 17 años y ha presentado dificultades regulando sus emociones.

Propósito del estudio

El propósito del estudio es verificar la eficacia de un tratamiento con bases de la terapia dialéctica conductual y espiritualidad para regular las emociones de adolescentes.

Descripción de los procedimientos

Para participar en el estudio, usted será evaluado con pruebas clínicas para determinar si presenta dificultades en su regulación emocional. Posteriormente, si desea, asistirá a terapias grupales, una vez por semana en donde aprenderá y participará en actividades experienciales de tipo psico-espirituales para regular sus emociones. Una vez finalizado el tratamiento, será nuevamente evaluado para determinar si hubo un cambio después de haber participado en la intervención grupal.

Riesgos y beneficios

Los riesgos que pudiera presentar el estudio es enterarse que tienen sintomatología de un trastorno de personalidad que pudiera causar incomodidad por la estigmatización que tienen los desórdenes de salud mental. A pesar de ello, podrían beneficiarse de la terapia grupal donde se trabajará en su regulación

emocional y así los riesgos serán minimizados. Además, la investigadora encargada del proyecto estaría disponible siempre que los participantes necesiten apoyo adicional.

Si por cualquier motivo los participantes desean retirarse del estudio, lo pueden hacer sin ningún tipo de repercusión ya que su participación desde el inicio es completamente voluntaria.

Se consideran mayores beneficios que posibles riesgos en la participación del estudio ya que aprender a regular las emociones va a beneficiar su calidad de estado en su etapa de desarrollo actual (adolescencia) y su continua práctica, tendrá efectos positivos a lo largo de su vida.

Confidencialidad de los datos

Es importante mantener la privacidad de los participantes del estudio, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie fuera del estudio tenga acceso a sus datos personales, o resultados de sus evaluaciones.

La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrán acceso.

Los resultados de sus evaluaciones serán utilizadas solo para esta investigación. Si usted está de acuerdo, se guardarán sus resultados por si los llegara a necesitar, por ejemplo, para una derivación a terapia individual. En caso de que no esté de acuerdo en guardar su información, ésta será destruida al terminar el estudio.

Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgiera algún problema en cuando a la seguridad, confidencialidad, o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

El participante tiene derecho a todas las consideraciones éticas: confidencialidad, seguridad, prioridad de su bienestar e intereses. Usted puede decidir no participar y de ser así, solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar, puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello traiga consecuencias o afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0987840832 que pertenece a Mabell Cárdenas L., o envíe un correo electrónico a: m_cardenaslopez@hotmail.com / mcardenasl@estud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Firma del representante	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha