



IMPACTO DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

RESIDENTE: Silvia García de la Orden (EIR de Salud Mental)

ÍNDICE:

1. Abstract and Key words.....	3
2. Introducción.....	5
2.1 Antecedentes.	5
2.2 Estado actual del tema.....	8
2.3 Justificación.....	9
3. Hipótesis y Objetivos.....	11
4. Metodología.....	12
4.1 Diseño.....	12
4.2 Ámbito de estudio.....	12
4.3 Población de estudio.....	12
4.3.1 Criterios de inclusión.....	12
4.3.2 Criterios de exclusión.....	12
4.3.3 Tamaño muestral.....	12
4.4 Recogida de datos.....	13
4.4.1 Estrategia a seguir.....	13
4.4.2 Instrumento de recogida de datos.....	14
4.4.3 Definición de las variables a recoger.....	14
4.5 Análisis de los datos.....	15
4.6 Consideraciones éticas.....	15
4.7 Impacto clínico del proyecto.....	16
5. Resultados.....	17
6. Discusión.....	22
7. Conclusiones.....	24
7.1 Limitaciones del estudio.....	24
7.2 Propuesta de mejora.....	24
7.3 Nuevas líneas de investigación.....	25
8. Bibliografía.....	26
9. Anexos.....	30
9.1. Anexo I: Consentimiento informado.....	30
9.2. Anexo II: Cronograma sesiones psicoeducación.....	34
9.3. Anexo III: Certificado del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario La Paz.....	39

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi más sincera gratitud a todas aquellas personas que han participado, de alguna manera, en la realización de este proyecto de investigación. De entre todas ellas quisiera hacer especial mención de las siguientes:

A mis tutoras: Mercedes Peña Granger y Elena Calderari Fernández. Sin su paciencia, dedicación y apoyo incondicional, no hubiese sido posible la realización de este trabajo.

A las enfermeras de la Unidad de Apoyo a la Investigación en Enfermería del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con especial mención a M^a Nieves Moro Tejedor, Ana García Pozo y Marga Medina Torres, por su gran ayuda y colaboración en cada momento de consulta y soporte en este estudio.

Por último, y no por ello menos importante, a todo el equipo de la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital dr. Rodríguez Lafora, así como a los participantes en el presente estudio, por su enorme colaboración y su gratuita entrega.

1. ABSTRACT AND KEY WORDS

Impact of a psycho-educational program on the interpersonal relationships of the patients with Borderline Personality Disorder

Introduction: For those affected by Borderline Personality Disorder (BPD), it tends to be difficult to maintain stable and long lasting interpersonal relationships. Frequently, have facility to be involved in intense relationships, which often result in emotional crisis.

Hypotheses and objective: The present study came from a main hypothesis which stated that patients with BPD and that have participated in a psycho-educational group program taught by a nurse on a Personality Disorder Center of Attention, they will show a decrease by 5 points in the total score in the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64), thereby improving their interpersonal relationships. The overall objective of the study was to evaluate the impact of a psycho-educational program on the interpersonal relationships of the patients with BPD.

Methodology: Quasi-experimental pre/post-test study. In this study, 10 admitted patients in the Personality Disorder Center of Attention participated . The psycho-educational program consisted of 8 sessions based on the concepts of the Dialectical Behavior Therapy (DBT) to improve the interpersonal relationships. The problems that each candidate possessed before and after the intervention were evaluated by means of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64): 1: Domineering/Controlling, 2: Vindictive/Self-Centered, 3: Cold/Distant, 4: Socially Inhibited, 5: Non-assertive, 6: Overly Accommodating, 7: Self-Sacrificing and 8: Intrusive/Needy. To compare the variables before and after the intervention the non-parametric Wilcoxon signed-rank test was used.

Results: A decrease in the overall total score of more than 5 points in all interpersonal problems analyzed was obtained, except in the problems 5: Nonassertive and 7: Self-Sacrificing. There were obtained almost statistically

significant differences in interpersonal problems 3: Cold / Distant, 8: Intrusive and in the Total Score, with a score of 0.059, 0.092 and 0.066 respectively.

Discussion and conclusions: After analyzing the results that were obtained, it shows that even though the results were not statistically significant, there were relevant differences clinically. These results confirm that psycho-educational programs based on DBT resulted to be effective in order to improve the interpersonal relationships of the patients with BPD.

KEYWORDS: Borderline Personality Disorder, Interpersonal Relations, Nursing Process, Psychiatric Nursing, Psychotherapy Group, Behavior Therapy.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 ANTECEDENTES

La personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo. (1,2).

Los primeros conceptos sobre el TP se desarrollaron en el siglo XIX. Autores como Prichard o Koch se refirieron a ellos con conceptos como "locura moral" o "inferioridad psicopática" Kraepelin describió en 1905 los *"estados mentales patológicos en los que la disposición peculiar de la personalidad debe ser considerado como el fundamento real de la enfermedad"*(3).

Stern en 1938 fue el primero en utilizar el término borderline. Más recientemente, Rutter (1987) consideró que los TP son *"una anomalía persistente, omnipresente en las relaciones sociales y el funcionamiento social en general"*(3,4).

Pero hasta que en 1980 la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – III), no incluyera en su clasificación un eje independiente (el eje II) para los TP, no había existido demasiado interés por este tipo de padecimientos (5).

A pesar de la complejidad de los conceptos de la personalidad, los TP se diagnostican en la práctica médica y se encuentran en las dos principales clasificaciones recientes de los trastornos mentales, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (2,6).

El DSM-V, define el TP como *"un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo "* (2).

El presente estudio va a centrarse en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), ya que es el TP que se encuentra con mayor asiduidad en la práctica clínica diaria. Los pacientes con TLP usan los servicios de salud mental más que los otros grupos de pacientes de salud mental, a excepción de los esquizofrénicos. (1,4).

El TLP es el TP más frecuente; entre un 30 y 60% de los individuos con TP lo presentan. Se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general. Es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1 (4,7-9).

Las causas del TLP son complejas. Se cree que distintos factores pueden estar implicados en su etiología:

- Vulnerabilidad genética.
- Alteración de los neurotransmisores, como la dopamina y la serotonina.
- Disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés: se ha descrito hiperactividad de la amígdala.
- Factores psicosociales: antecedentes de abuso de sustancias en otros familiares, negligencia y falta de implicación emocional. Existe una alta incidencia de abusos físicos, sexuales y emocionales en el contexto familiar (4,10,11).

Se debe señalar la elevada probabilidad del TLP de presentar trastornos comórbidos. El más frecuente es el trastorno por consumo de sustancias.

Las tasas de trastornos depresivos en pacientes con TLP oscilarían entre el 40 y el 87%. Existe una tasa menor de comorbilidad con trastornos de ansiedad o psicóticos. También se ha descrito que las mujeres diagnosticadas de TLP tienen tasas mayores de comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria (4,9).

El TLP consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos (4).

Las personas con TLP presentan intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir(2,12,13).

Para los afectados por el TLP suele ser difícil mantener relaciones interpersonales y desenvolverse correctamente en los distintos ámbitos sociales. A menudo presentan un patrón de relaciones personales inestables caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. Además, suelen presentar una facilidad para verse implicados en relaciones intensas, que a menudo terminan en crisis sentimentales (2,4,6).

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones y altos niveles de utilización de los recursos de salud mental y general (2,4).

Los TP probablemente están entre los trastornos mentales más complejos de evaluar. El diagnóstico requiere del clínico la detección de un conjunto de rasgos, síntomas y conductas considerablemente más amplio y heterogéneo que para cualquier otro trastorno. Para ello se utilizan tanto la CIE-10, como el DSM-V (2,4,6).

Las **opciones psicoterapéuticas** en pacientes con TLP, incluyen:

➤ **Intervenciones psicológicas y psicosociales:** están dirigidas a prevenir el establecimiento de la sintomatología, a mejorar las perspectivas de funcionamiento y a controlar los síntomas. Entre una amplia variedad destacaríamos(4):

- **Psicoeducación**

Con la psicoeducación se pretende que el paciente conozca su enfermedad, adquiera unas pautas de vida normalizada y elimine conductas perjudiciales, además de conseguir que disminuya la

sintomatología de la enfermedad y el número de visitas al médico y enfermera(14,15).

- **Terapia dialéctico-conductual**

La terapia dialéctico-conductual (TDC) es un programa de tratamiento multimodal, desarrollado por Marsha M. Linehan, específicamente para el tratamiento de personas con TLP. La TDC es un método que sirve para enseñar a estos pacientes estrategias y habilidades, con los conceptos propios de *aceptación* y *cambio*, para ayudarles a regular sus emociones. El grupo de entrenamiento de habilidades incorpora los siguientes módulos: habilidades de conciencia, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar. (16-20).

En relación al pronóstico, se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo lográndose una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral. Se ha relacionado la dificultad para manejar las emociones y la intensa afectividad negativa que presentan estos pacientes como elementos que mantienen la enfermedad en el tiempo. Como ya se ha señalado, el suicidio es un riesgo particular del TLP, entre el 5 y el 10% fallecen por suicidio consumado(4,12,21).

2.2 ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El TLP se diagnostica con frecuencia en el ejercicio de la medicina y la psiquiatría, cobrando cada vez mayor relevancia. Los sujetos con TLP son los pacientes psiquiátricos que más utilizan los servicios de salud mental, a excepción de los esquizofrénicos(1,4).

El trabajo con pacientes con TLP a menudo resulta difícil para las enfermeras. Las características clínicas de estos sujetos, los convierte en casos de “difícil manejo”, y en ocasiones el personal puede proporcionar respuestas estereotipadas y menor atención empática que a otros pacientes(16,17,22).

Se han detectado dificultades importantes para construir una alianza terapéutica buena y estable en los pacientes con TLP, por lo que establecer una alianza terapéutica adecuada entre enfermera y paciente, constituye uno de los factores predictivos más importantes del resultado en el tratamiento de estos sujetos, y mejora la adherencia al tratamiento (23-26).

Es interesante considerar que la utilización de los conceptos propios de la filosofía dialéctica conductual (aceptación y cambio) podría constituir una herramienta eficaz para la prestación de cuidados enfermeros a los pacientes con TLP, tanto en las intervenciones individuales, como en las grupales a través de programas psicoeducativos. Ello nos debe conducir a una mejor relación enfermera-paciente (16,17).

Enfermera y paciente deben trabajar, según este modelo, para establecer un equilibrio entre el *cambio* y la *aceptación*, dos fuerzas aparentemente contradictorias que serían los conceptos claves que deben sustentar la actuación enfermera con los pacientes con TLP. (16,17,19).

Puede ser especialmente relevante en estos casos, la figura del enfermero Especialista en Salud Mental, quien puede supervisar al resto del personal de enfermería y proporcionar educación al paciente acerca de la dinámica, las respuestas del personal y las decisiones del equipo terapéutico (16).

2.3 JUSTIFICACIÓN

Las relaciones interpersonales inestables pueden afectar negativamente en los diferentes ámbitos de la vida de los pacientes con TLP (laboral, académico, personal...), y repercutir directamente en su calidad de vida, aumentando la utilización de los recursos sanitarios(2).

Se ha demostrado que la enseñanza de habilidades y estrategias de mejora en las relaciones interpersonales para personas con TLP, supone una mejora en

la calidad de vida de estos pacientes, ayudándoles a prevenir la aparición de “recaídas”, enseñándoles a eliminar conductas perjudiciales, además de paliar muchas de las consecuencias de esta enfermedad disminuyendo, por tanto, el número de visitas al médico y enfermera(14,15).

Así es que, por todo lo anterior expuesto, se observa la necesidad de implementar la utilización de los conceptos propios de la filosofía dialéctica conductual para la prestación de cuidados enfermeros a través de un programa psicoeducativo dirigido a personas diagnosticadas de TLP y que necesiten de una serie de recursos personales para mejorar sus relaciones interpersonales (16,17,19).

La aplicación de programas psicoeducativos basados en la TDC, en concreto en el módulo de efectividad interpersonal, puede aportar numerosos beneficios. La TDC es fácil de implementar, ofrece un manejo de los síntomas inmediato y es rentable(17).

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Los pacientes que padecen un Trastorno Límite de la Personalidad y que reciben un programa psicoeducativo grupal impartido por un profesional de enfermería en una Unidad de Trastornos de la Personalidad, disminuirán en 5 puntos la puntuación total en el Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64), mejorando así sus relaciones interpersonales.

OBJETIVOS

➤ GENERAL

Evaluar el impacto de un programa psicoeducativo en las relaciones interpersonales de pacientes con TLP.

➤ ESPECÍFICOS

- Evaluar los diferentes problemas interpersonales que pueden presentar los pacientes, mediante el IPP-64, antes de la intervención psicoeducativa.
- Evaluar los diferentes problemas interpersonales que pueden presentar los pacientes, mediante el IPP-64, después de la intervención psicoeducativa.
- Comparar los resultados de ambas mediciones para evaluar si con la intervención psicoeducativa ha habido mejoría en los problemas interpersonales.

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO

Estudio cuasi-experimental pre/post-test.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Trastornos de la Personalidad (UTP) del Hospital dr. Rodríguez Lafora (HRL) de Madrid.

4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Este proyecto fue dirigido a pacientes diagnosticados de TLP que se encontraban hospitalizados en la UTP del HRL.

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad > 18 años.
- Dominio del idioma castellano, oral y escrito.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No aceptación de participación en el estudio.
- No asistir, al menos, al 60% de las sesiones del programa educativo impartido.
- No cumplimentar, al menos, el 60% del cuestionario.
- Diagnóstico de Trastorno de la Personalidad diferente a Trastorno Límite de la Personalidad.
- Necesidad de ingreso hospitalario en UHB por descompensación de su enfermedad.

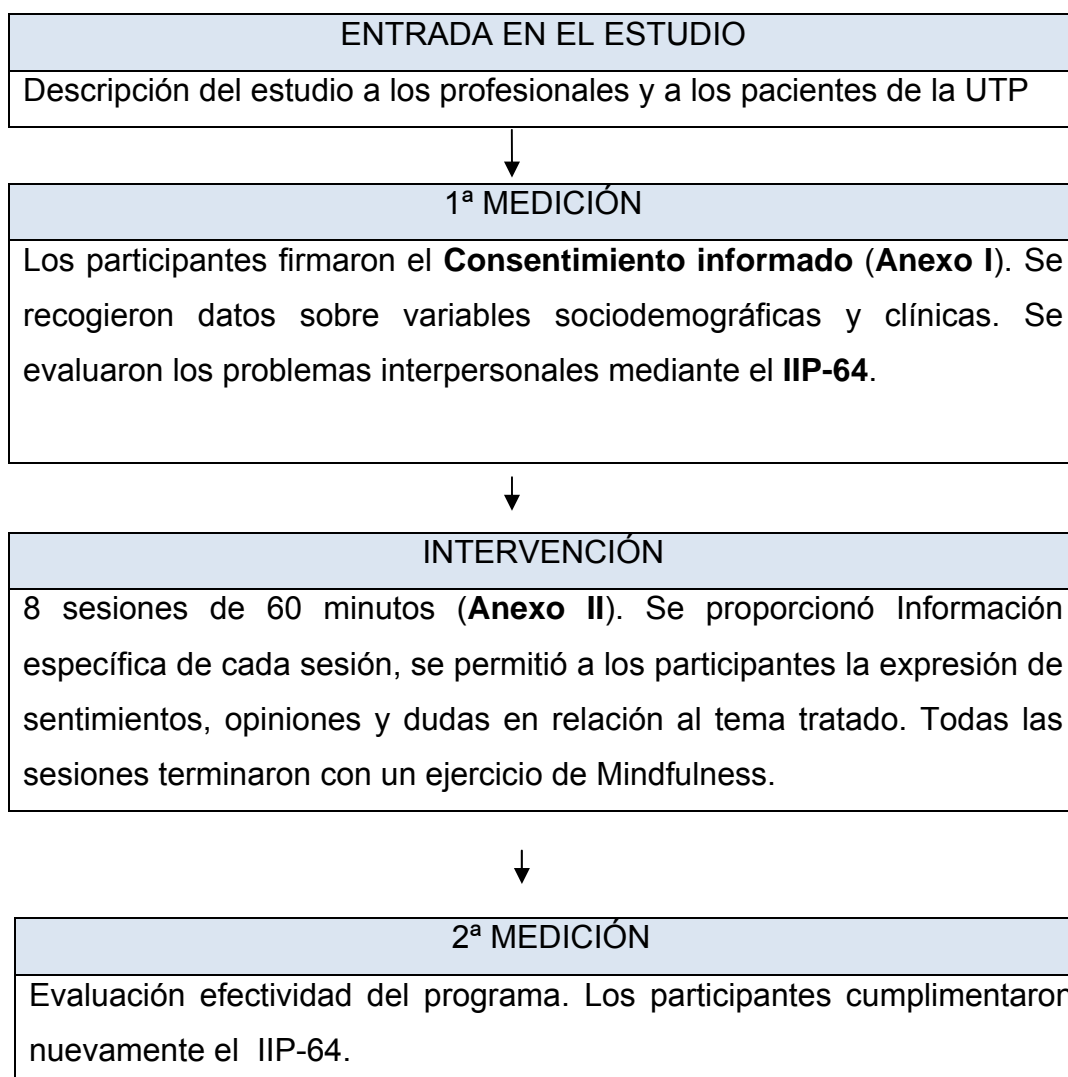
4.3.3 TAMAÑO MUESTRAL

No se ha encontrado en la literatura estudios similares. Se pretendía realizar un análisis preliminar con los primeros 15 pacientes que completaran la intervención y poder estimar el tamaño muestral. Esto no pudo llevarse a cabo, ya que solamente completaron el estudio 10 pacientes.

4.4 RECOGIDA DE DATOS

4.4.1 ESTRATEGIA A SEGUIR

Los datos se recogieron en un intervalo de dos meses, con periodicidad semanal, siguiendo el siguiente esquema:



4.4.2 INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Para evaluar los problemas interpersonales en los pacientes se utilizó el Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) en su versión validada al castellano. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 64 ítems que evalúa un amplio espectro de problemas interpersonales experimentados por los sujetos en una escala entre los rangos (Nada en absoluto= 0/ muy a menudo= 4) (27,28).

Los problemas interpersonales que evalúa son los siguientes:

- 1. Dominante/controlador**
- 2. Vengativo/egocéntrico**
- 3. Frío/distante**
- 4. Evitación social**
- 5. No asertivo**
- 6. Explotable**
- 7. Sacrificado**
- 8. Intrusivo**

4.4.3 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES A RECOGER

- Variables sociodemográficas:

- Fecha de nacimiento.
- Sexo: Hombre, Mujer.
- Estado civil: soltero/a, con pareja estable, casado/a, divorciado/a, viudo/a, separado/a.
- Nivel de estudios: sin estudios, educación primaria (EGB), educación secundaria (ESO), bachillerato, formación profesional (FP), estudios universitarios.
- Situación laboral previa al ingreso: activo/a, desempleado/a, jubilado/a, invalidez, otros.

- Variables clínicas:

-Nº hospitalizaciones en los últimos dos años.

-Indique cuántos meses lleva ingresado en la UTP hasta el comienzo del presente estudio.

4.5 ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis descriptivo global y por características sociodemográficas.

Para evaluar la eficacia de la intervención, se compararon las variables estudiadas antes y después de la intervención psicoeducativa. Se utilizó la prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon.

Los datos recogidos se analizaron mediante el programa SPSS versión 21.0.

Se obtuvo la puntuación estándar (**Standard T score**) para cada uno de los problemas interpersonales de cada participante. Esta puntuación permite determinar el grado de dificultad interpersonal en cada problema interpersonal analizado. Se obtuvo además la puntuación total (**Total Standard T score**), mediante la suma de la puntuación de los problemas interpersonales (del 1 al 8), esta puntuación nos da el grado de dificultad interpersonal general de la persona.

- **Puntuación > 70:** dificultades significativas.
- **Puntuación > 60 y <70:** por encima de la media en dificultad interpersonal.
- **Puntuación ≤ 60:** no presenta dificultades (29).

4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto obtuvo el certificado del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario La Paz, centro de referencia del Hospital Rodríguez Lafora (**Anexo III**).

De acuerdo a la legislación vigente Ley 14/2007 y a la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos, los datos fueron tratados con absoluta confidencialidad. El nombre e iniciales de los participantes fueron sustituidos por un código.

4.7 IMPACTO CLÍNICO DEL PROYECTO

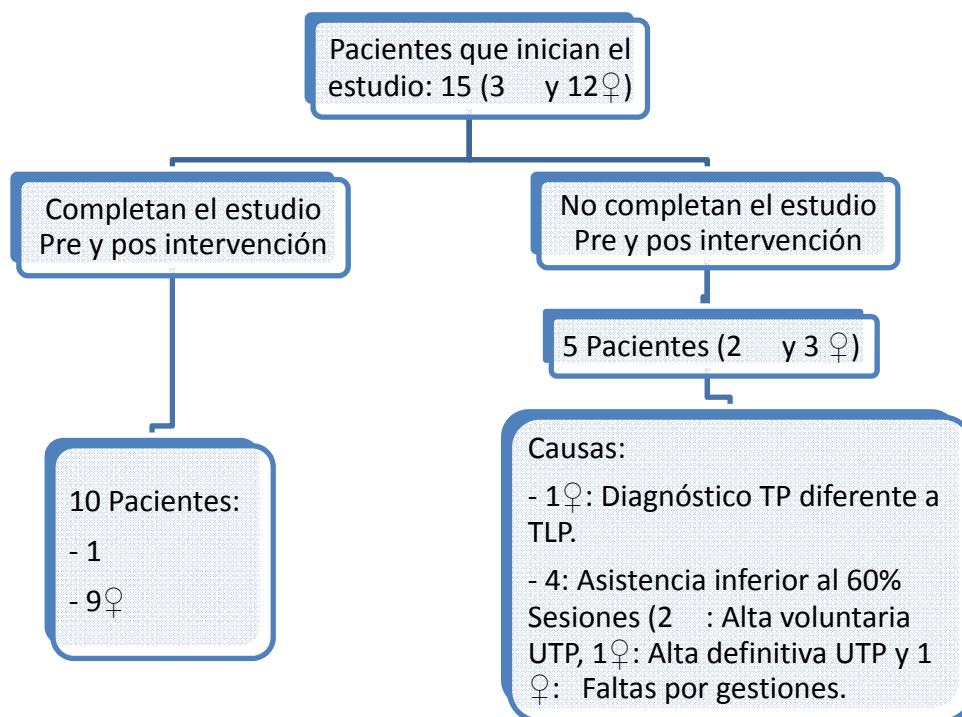
Es de gran interés llevar a cabo el presente proyecto para poder realizar, en líneas futuras, planes de intervención enfermera sobre las relaciones interpersonales en pacientes con TLP para así poder alcanzar una mejora en la calidad de vida de estos pacientes; ayudándoles a prevenir la aparición de “recaídas”, enseñándoles a adquirir unas pautas de vida normalizada y eliminar conductas perjudiciales, además de paliar muchas de las consecuencias de esta enfermedad.

La implementación de programas psicoeducativos de estas características en los planes de cuidados de enfermería, puede contribuir a enriquecer los conocimientos de las enfermeras, favorecer su formación continuada, estimular su espíritu crítico y mejorar su satisfacción laboral.

5. RESULTADOS

- **ANÁLISIS DESCRIPTIVO: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

- **ALGORITMO DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL ESTUDIO**



En relación a los datos sociodemográficos:

- De los 10 participantes 9 eran mujeres (90%) y 1 era hombre (10%).
- La media de la edad de los participantes era de 37,3 (8,2) años. Las edades oscilaban entre los 20 años y los 50 años.
- En cuanto al estado civil de los participantes en el estudio, 4 eran solteros (40%), 3 casados (30%), 1 divorciado (10%), 1 viudo (10%) y 1 separado (10%).

- En relación al nivel de estudios de los pacientes, se encontró que 3 poseían estudios primarios (30%), 2 estudios secundarios (20%), 1 había realizado bachillerato (10%) y 4 formación profesional (40%).
- En referencia a la situación laboral previa al ingreso de los pacientes, 3 se encontraban en situación activa (30%), 5 en situación de desempleo (50%), 1 en situación de invalidez (10%) y 1 en otras situaciones (10%).
- En cuanto al número de hospitalizaciones previas, se obtuvo una mediana de 3[1-6] hospitalizaciones por paciente.
- La asistencia media al programa psicoeducativo fue de un 93,7%.

- **ANÁLISIS GLOBAL PRE-POS INTERVENCIÓN**

Se obtuvo la puntuación de cada uno de los participantes previa y posterior a la intervención psicoeducativa. A partir de estos datos se calculó la puntuación \bar{x} Global y se trabajó con estos datos. Las siguientes tablas y gráficos muestran la puntuación media global obtenida en cada uno de los ítems del IIP-64 de la **puntuación global estándar (\bar{x} Global Standard T score)** y de la **puntuación global estándar total (\bar{x} Total Global Standard T score)** antes y después de la intervención psicoeducativa:

- **Puntuación \bar{x} Global Estándar Preintervención:**

Problema	1	2	3	4	5	6	7	8	\bar{x} TOTAL
\bar{x} Global PRE Standard T score	63,5 (14,4)	63,1 (13)	62,4 (14)	68,8 (13,7)	67,8 (9,4)	69,4 (9,5)	76,9 (10,1)	73,6 (13,6)	72,6 (9,5)

Tabla 1: \bar{x} Global PRE Standard T score y \bar{x} Global PRE Total Standard T score

• Puntuación \bar{x} Global Estándar Posintervención:

Problema	1	2	3	4	5	6	7	8	\bar{x} TOTAL
\bar{x} Global	57,9	58,1	54,1	61,9	64,5	64	72,6	67,2	65,8
POS	(16,4)	(9,4)	(13,7)	(12,3)	(6,7)	(6,5)	(13,2)	(16,3)	(11,1)
Standard									
T score									

Tabla 2: \bar{x} Global POS Standard T score y \bar{x} Global POS Total Standard T score

Interpretación Standard T score	
■	DIFICULTADES SIGNIFICATIVAS (Puntuación > 70)
■	POR ENCIMA DE LA MEDIA (Puntuación > 60 y ≤ 70)
■	SIN DIFICULTADES SIGNIFICATIVAS (Puntuación ≤ 60)

PROBLEMAS INTERPERSONALES
1. Dominante/controlador
2. Vengativo/egocéntrico
3. Frío/distante
4. Evitación social
5. No asertivo
6. Explotable
7. Sacrificado
8. Intrusivo

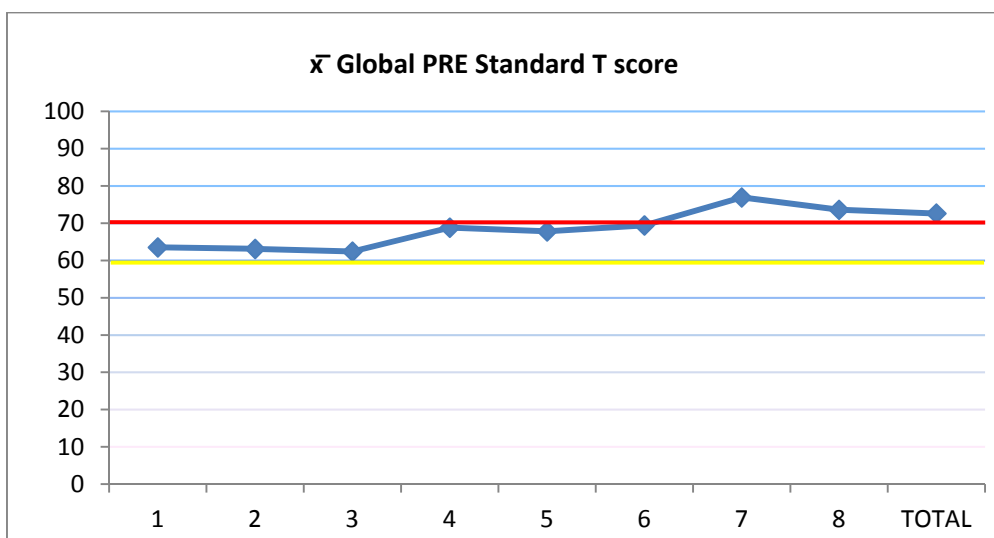


Gráfico 1: \bar{x} Global PRE Standard T Score

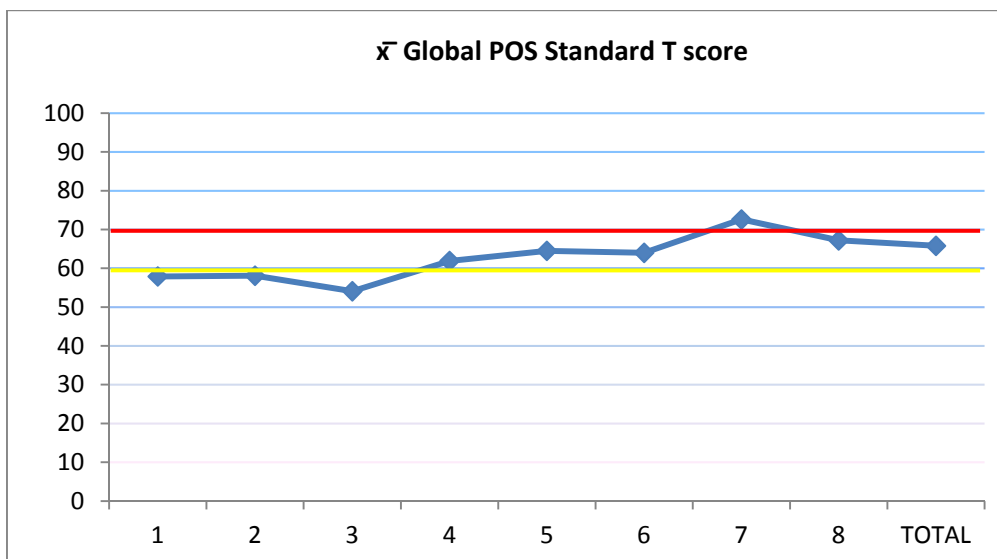


Gráfico 2: \bar{x} Global POS Standard T Score

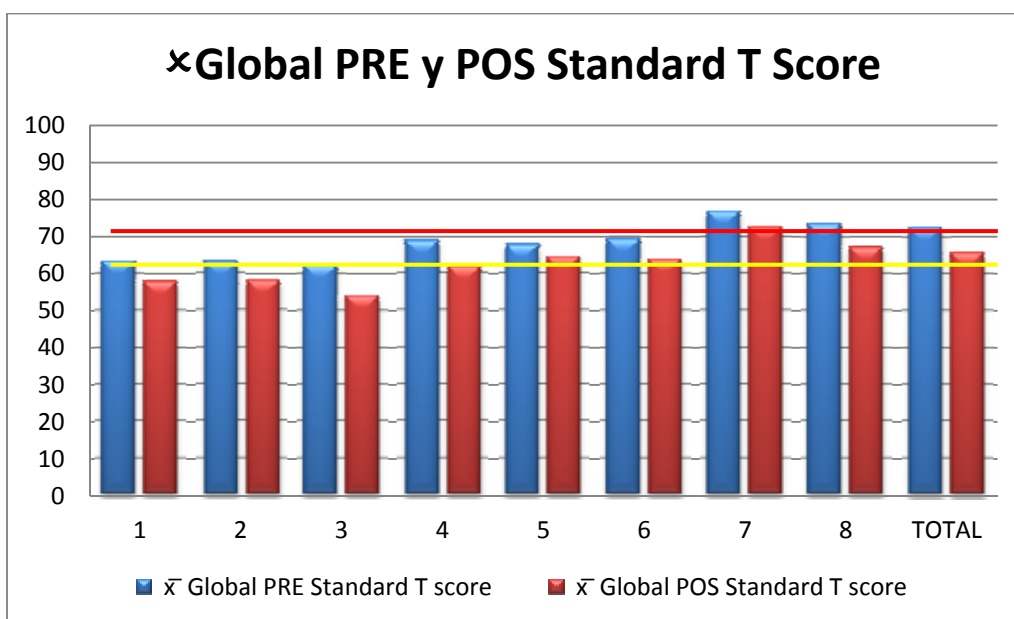


Gráfico 3: \bar{x} Global PRE y POS Standard T Score

- **ANÁLISIS PRE-POS INTERVENCIÓN: EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN**

A continuación, para evaluar la eficacia de la intervención psicoeducativa, se compararon las variables estudiadas antes y después de la intervención. Para ello se obtuvo la diferencia entre: \bar{x} **Global POS Standard T score** - \bar{x} **Global**

PRE Standard T score para comprobar si había habido una disminución en la puntuación.

Acto seguido se analizaron los resultados mediante la prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon para comprobar si había habido diferencias estadísticamente significativas. Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

PROBLEMAS INTERPERSONALES	\bar{x} Global PRE Standard T score	\bar{x} Global POS Standard T score	(\bar{x} Global POS Standard T score - \bar{x} Global PRE Standard T score)	p < 0,05
1. Dominante/controlador	63,5	57,9	-5,6	NES
2. Vengativo/egocéntrico	63,1	58,1	-5	NES
3. Frío/distante	62,4	54,1	-8,3	0,059
4. Evitación social	68,8	61,9	-6,9	NES
5. No asertivo	67,8	64,5	-3,3	NES
6. Explotable	69,4	64,0	-5,4	NES
7. Sacrificado	76,9	72,6	-4,3	NES
8. Intrusivo	73,6	67,2	-6,4	0,092
Puntuación Total	72,6	65,8	-6,8	0,066

Tabla 3: Resultados tras aplicar prueba de los rangos de Wilcoxon. NES: No Estadísticamente Significativo.

En cuanto a las diferencias entre \bar{x} Standard T score POS- \bar{x} Standard T score PRE, se puede observar que en todos los problemas, excepto en el 5: no asertivo y el 7: sacrificado, hubo una diferencia igual o mayor a 5 puntos.

Respecto al análisis de los resultados mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. No obstante, se puede observar que en los problemas interpersonales 3: Frío/distante, 8: Intrusivo y en la Puntuación Total los resultados fueron casi estadísticamente significativos.

6. DISCUSIÓN

En el presente estudio participaron un total de 10 pacientes: 9 mujeres (90%) y un hombre (10%). Esta distribución entre sexos coincide con los datos que encontramos en diversos estudios sobre el TLP, que indican que se trata de un trastorno más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación estimada de 3:1 (4).

Respecto a la hipótesis previa realizada, que postulaba que los pacientes con TLP que recibían un programa psicoeducativo para mejorar las relaciones interpersonales, disminuirían en 5 puntos la puntuación total en el IIP-64, se puede afirmar que con la intervención en este estudio se ha cumplido en la mayoría de los problemas interpersonales analizados, exceptuando el 5 y en el 7. Estos resultados nos confirman que la aplicación de programas psicoeducativos basados en la TDC resultan eficaces a la hora de mejorar las relaciones interpersonales de las personas con TLP. Estos datos coinciden con diversos estudios que han utilizado la TDC como base de tratamiento con estos pacientes (16-20).

Tal como confirman estos estudios, se puede deducir que tras la enseñanza de habilidades y estrategias de mejora en las relaciones interpersonales de los participantes, estos mejoraron en gran medida su calidad de vida, adquirieron conocimientos sobre su enfermedad, habilidades sociales básicas y una mayor adherencia al tratamiento(16-20).

En relación a los resultados obtenidos tras comparar ambas mediciones mediante la prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon, aunque no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas, podemos observar que en los problemas interpersonales **3: Frío/distante**, **8: Intrusivo** y en la **Puntuación Total** los resultados fueron casi estadísticamente significativos, con una puntuación de **0,059**, **0,092** y **0,066** respectivamente, lo que indica que muy probablemente si se hubiese aumentado el tamaño muestral, los resultados hubiesen sido estadísticamente significativos en dichos problemas.

En todos los problemas interpersonales, se observó una reducción de la puntuación total de más de 5 puntos, exceptuando el **5: no asertivo** y el **7: sacrificado**. Con estos resultados se puede afirmar que la intervención psicoeducativa fue clínicamente relevante para los participantes en el estudio. En relación a los problemas 5: no asertivo y 7: sacrificado, la disminución de la puntuación global no fue la que se esperaba. Estos resultados podrían indicar que el programa psicoeducativo podría haber sido deficitario en el tratamiento de dichos problemas.

7. CONCLUSIONES

El trabajo con la filosofía dialéctico conductual por parte del personal de enfermería es cada vez más frecuente, aportando numerosos beneficios tanto en los pacientes como en los profesionales.

Tras llevar a cabo el programa psicoeducativo, se comprobó que aunque no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se obtuvieron diferencias clínicamente relevantes.

Por todo lo anterior expuesto, podemos asegurar que el programa psicoeducativo resultó claramente eficaz a la hora de mejorar las relaciones interpersonales de los participantes, además de proporcionar conocimiento sobre su enfermedad y habilidades sociales básicas.

7.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Tamaño muestral pequeño.
- El instrumento utilizado (IIP-64) no se ha utilizado previamente en pacientes ingresados en Unidades de media estancia, sino en pacientes con periodos de hospitalización más cortos.

7.2 PROPUESTAS DE MEJORA

- Se propone que el programa psicoeducativo sea llevado a cabo también en otro tipo de recursos de atención a la Salud Mental, tales como: Centros de Salud Mental (CSM), Hospitales de Día, Comunidades Terapéuticas y Unidades de Tratamiento y Rehabilitación de media estancia. De esta forma se verán beneficiados el mayor número de pacientes posible.
- Se obtuvieron pocas mejoras en los problemas interpersonales 5: no asertivo y 7: sacrificado, lo que nos indica que el programa pudo haber estado poco

enfocado en el tratamiento de dichos problemas, por lo que proponemos implementar en las sesiones técnicas de aprendizaje de habilidades que enseñen a los participantes a ser más asertivos, a aumentar la confianza en sí mismos y a aumentar su autoestima.

7.3 NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- **Abordaje psicoeducativo más amplio de las dificultades en los pacientes con TLP:** Las personas con TLP se caracterizan por presentar muchos problemas como: impulsividad, intentos autolíticos, comportamientos de automutilación, etc. El tratamiento global de dichos problemas podría suponer una mayor mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

- **Enseñanza de más habilidades propias de la TDC en programas psicoeducativos enfermeros:** La TDC además de enseñar habilidades de efectividad interpersonal, instruye sobre habilidades de conciencia, regulación emocional y tolerancia al malestar. La incorporación de dichas habilidades podría resultar eficaz en una amplia variedad de comportamientos propios de los pacientes con TLP.

- **Aplicación de programas psicoeducativos basados en la TDC en familiares de pacientes con TLP:** La utilización de los conceptos propios de la filosofía dialéctica conductual podría constituir una herramienta eficaz para proporcionarles información acerca del trastorno, ayudarles a entender los comportamientos de sus allegados, involucrándoles en su proceso de recuperación.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Golman HH. Psiquiatría general. 5ª ed. México: El Manual Moderno; 2001.
- (2) American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-V®. 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2014.
- (3) Dowson JH, Grounds AT. Personality disorders: Recognition and clinical management. 1st ed. New York: Cambridge University Press; 1995.
- (4) Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
- (5) Andreasen N, Hylek S, Maxmen J, Sharpe L, Sheehy M, Spitzer R. DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3ª ed. Barcelona: Masson; 1983.
- (6) Organización Mundial de la Salud. CIE10 trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª ed. Madrid: Meditor; 1992.
- (7) Atefi M, Dolatshahi B, PourShahbaz A, Khodaie MR. Pattern of temperament and character factors in hospitalized patients with Borderline Personality Disorder. *Procedia Soc Behav Sci* 2011;30:583-589.
- (8) Black DW, Blum N, McCormick B, Allen J. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) group treatment for offenders with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2013 Feb;201(2):124-129.

- (9) Aragonès E, Salvador-Carulla L, López-Muntaner J, Ferrer M, Piñol JL. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gac Sanit* 2013;27(2):171-174.
- (10) Pérez V, Pascual JC, Soler J, Tiana T, Cortés A, Baiget M, et al. Psicoterapiagenética: ¿influyen los genes en la adherencia a la psicoterapia? *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2010;3(2):68-71.
- (11) Hagenhoff M, Franzen N, Koppe G, Baer N, Scheibel N, Sammer G, et al. Executive functions in borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2013 Nov;210(1):224-231.
- (12) Forti Sampietro L, Forti Buratti MA. Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Rev Esp Med Leg* 2012;38(4):149-154.
- (13) Wedig MM, Frankenburg FR, Bradford Reich D, Fitzmaurice G, Zanarini MC. Predictors of suicide threats in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychiatry Res* 2013 8/15;208(3):252-256.
- (14) Jerez Barroso MR, Montes López AC, Pérez Blanco JM, Bahamonde García JM, Díaz Goicoechea M, Barrios Sánchez MJ. Efectividad de un programa de psicoeducación en pacientes con trastorno bipolar para prevenir el suicidio. *Index enferm* 2013;9(1):[Consultado el 7 de Enero de 2014]-Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0683.php>.
- (15) Casañas Sánchez R, Raya Tena A, Valls Colomer MM, Toribio Tomás MA, Ibáñez Pérez L, López Hervàs A, et al. Psicoeducación grupal en pacientes con ansiedad y depresión: Intervención enfermera. *Rev Presencia* 2009;5(10):[Consultado el 7 de Enero de 2014]-Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n10/p6965r.php>.
- (16) Jiménez Barbero J, Pérez García M, Rivera Rocamora C, Medina Garrido L, Munuera García V, Sánchez Muñoz M. El trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. *Enferm*

glob 2010(20):[Consultado el 16 de Enero de 2014]-Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412010000300024&script=sci_artt_ext.

(17) Osborne UL, McComish JF. Borderline personality disorder: nursing interventions using dialectical behavioral therapy. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2006 Jun;44(6):40-47.

(18) Bray S, Barrowclough C, Lobban F. The social problem-solving abilities of people with borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2007 6;45(6):1409-1417.

(19) Linehan M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 2003.

(20) Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2010 9;48(9):832-839.

(21) Stepp SD, Scott LN, Morse JQ, Nolf KA, Hallquist MN, Pilkonis PA. Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Compr Psychiatry* 2014 4;55(3):657-666.

(22) Bermejo AD. Emociones experimentadas por enfermeras que trabajan en unidades de trastornos de personalidad en el cuidado a personas con trastorno límite de la personalidad. *NURE Inv* 2011;8(53):[Consultado el 7 de Enero de 2014]-Disponible en:
http://www.fuden.es/ficheros_administrador/inv_nure/nure53_proyecto_emdues.pdf.

(23) Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm glob* 2009;17:[Consultado el 12 de Febrero de 2014]-Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000300021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000300021>.

(24) Pierò A, Cairo E, Ferrero A. Dimensiones de la personalidad y alianza terapéutica en individuos con trastorno límite de la personalidad. Rev Psiquiatr Salud Ment 2013;6(1):17-25.

(25) Biagini Alarcón M, Torres Torija C J, Torruco-Salcedo M, Carrasco Fernández B. Estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. Salud Ment 2009 241-249;32(3):[Consultado el 16 de Enero de 2014]-Disponibile en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000300008&lng=es.

(26) Barnicot K, Katsakou C, Bhatti N, Savill M, Fearn N, Priebe S. Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. Clin Psychol Rev 2012 7;32(5):400-412.

(27) Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS. Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. J Consult Clin Psychol 1988 Dec;56(6):885-892.

(28) Salazar J, Marti V, Soriano S, Beltran M, Adam A. Validity of the Spanish version of the Inventory of Interpersonal Problems and its use for screening personality disorders in clinical practice. J Pers Disord 2010 Aug;24(4):499-515.

(29) Horowitz LM, Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL. IIP Inventory of Interpersonal Problems Manual. : Mind Garden; 2000.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento/ Hoja Informativa

Título del Proyecto: Impacto de un programa psicoeducativo en las relaciones interpersonales de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Nombre del Investigador Principal: Silvia García de la Orden (EIR de Salud Mental).

Centro: Hospital dr. Rodríguez Lafora (HRL).

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre este Proyecto de Investigación en el que se le invita a participar.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este Proyecto. Para ello lea esta hoja informativa con atención y le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales ni se produzca perjuicio alguno en su cuidado.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) a menudo tienen relaciones interpersonales inestables e intensas. Esto puede afectar

negativamente en los diferentes ámbitos de su vida (laboral, académico, personal...), y repercutir directamente en su calidad de vida.

Con el presente estudio se pretende impartir un programa de educación sanitaria para ayudar a los pacientes con TLP a mejorar sus relaciones con otras personas.

Con este objetivo solicitamos su participación en el estudio, que consideramos de gran importancia, ya que nos ayudará a conocer mejor la sintomatología del TLP y a poder ayudar a otras personas que padecen este trastorno.

Procedimiento:

En una primera sesión, en la que se explicarán detalladamente los objetivos, temas y contenidos que se trabajarán en el programa, se recogerán sus datos personales más relevantes para este estudio y se le proporcionará un cuestionario que deberá cumplimentar; el Inventario de Problemas Interpersonales (IIP-64).

A continuación se procederá a impartir el programa psicoeducativo, que constará de un total de 8 sesiones de 60 minutos cada una, distribuidas en dos meses (1 sesión a la semana), en el que se impartirá educación sanitaria sobre el TLP, se identificarán los principales problemas para relacionarse con otras personas y se proporcionarán técnicas de resolución de problemas y de modificación de conducta para adoptar un estilo de vida saludable.

Una vez terminado el programa, se procederá a evaluar la efectividad del mismo. Para ello deberá cumplimentar nuevamente el Inventario de Problemas Interpersonales (IIP-64), con el fin de comparar los resultados de ambas mediciones y determinar si ha habido mejoría en las relaciones con otras personas con las sesiones impartidas.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no obtenga ningún beneficio en este estudio. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación.

El interés de este estudio radica en la necesidad de implementar programas de educación sanitaria para mejorar las relaciones interpersonales en pacientes con TLP, ya que se ha demostrado que la enseñanza de habilidades y estrategias de mejora en las relaciones interpersonales, supone una mejora en la calidad de vida de estos pacientes, ayudándoles a prevenir recaídas, enseñándoles a adquirir unas pautas de vida normalizada y a eliminar conductas perjudiciales.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Asimismo, de acuerdo a la legislación vigente Ley 14/2007, sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad, de manera que será imposible asociarle a usted con los resultados del estudio. Solamente el investigador principal del estudio tendrá acceso a sus datos personales. Su nombre e iniciales no aparecerán en ningún documento del estudio, siendo sustituidos por un código. El código que figure en el documento será guardado por el investigador principal, para evitar que terceras personas tengan acceso a los datos. Sus datos no serán accesibles para otras personas que participen en la investigación.

Yo (Nombre y Apellidos).....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Hoja de Información)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera
 - Sin tener que dar explicaciones
 - Sin que esto repercuta en mi asistencia
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99

Por consiguiente, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información

Firma del participante

Firma del profesional

Nombre y apellidos

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

En caso de revocación del Consentimiento:
 Fecha.....
 Firma.....

9.2 ANEXO II: CRONOGRAMA SESIONES PSICOEDUCACIÓN

CRONOGRAMA SESIONES PSICOEDUCACIÓN RELACIONES INTERPERSONALES

FECHA	SESIÓN	HORARIO	CONTENIDO
06/11/14	1. <u>El (TLP). Las Relaciones Interpersonales.</u>	17:00- 18:00H	<ul style="list-style-type: none"> • La personalidad es nuestra forma personal de interactuar con el entorno: familia, trabajo, amigos. Cada uno tenemos una personalidad que proviene de la herencia y del entorno y las vivencias. • La personalidad: cómo pensamos, cómo sentimos, cómo nos relacionamos, control de los impulsos. • Trastorno de la personalidad (TP): Patrón de comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipos: A, B y C. • TLP: 60% de los trastornos de la personalidad. Relación 3:1 (Mujer/Hombre). <ul style="list-style-type: none"> ○ Definición ○ Síntomas ○ Causas ○ Diagnóstico ○ Tratamiento • Relaciones Interpersonales. • Habilidades Interpersonales. • Terapia Dialéctica Conductual (TDC). • Mindfulness.
11/11/14	2. <u>Las Habilidades de Conciencia.</u>	17:00- 18:00H	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Control de nuestra mente. • Estados mentales: Mente racional, mente emocional, mente sabia.

			<ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Con cuál nos sentimos más identificados? ○ ¿Cómo conseguir la mente sabia? • Habilidades de conciencia: • Habilidades “Qué”: Qué hacer para conseguir la “mente sabia”. Objetivo: estilo de vida de participación con conciencia. <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar ○ Describir ○ Participar • Habilidades “Cómo”: Cómo conseguir la mente sabia. <ul style="list-style-type: none"> ○ No juzgar ○ Hacer solo una cosa en cada momento ○ Hacer lo que funciona
17/11/14	3. <u>La Efectividad Interpersonal.</u>	17:00-18:00H	<ul style="list-style-type: none"> • Efectividad interpersonal: Capacidad de establecer vínculos y confianza. Habilidad de interactuar. • Factores que reducen la efectividad interpersonal: <ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit de habilidades interpersonales: empatía, emociones y sociabilidad. 2. Pensamientos de preocupación. 3. Reacciones emocionales. 4. La Indecisión. 5. El Entorno. 6. Interacción de los distintos factores.
25/11/14	4. <u>La importancia y</u>	17:00-	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué necesitamos las Habilidades

	<p><u>los objetivos de las Habilidades Interpersonales.</u></p>	<p>18:00H</p>	<p>Interpersonales?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para ocuparnos de las relaciones. • Para equilibrar las prioridades frente a las demandas en la vida y las relaciones. • Para equilibrar la ratio deberes/deseos. • Para generar sensación de competencia y respeto personal. <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos de las habilidades interpersonales: <ol style="list-style-type: none"> 1. Efectividad en la consecución de nuestros objetivos. 2. Efectividad en las relaciones. 3. Efectividad en el respeto personal.
<p>01/12/14</p>	<p>5. <u>Mitos acerca de la Efectividad Interpersonal.</u></p>	<p>17:00-18:00H</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No puedo soportar que alguien se enfade conmigo: intentar agradar a todos. 2. Si me dicen que “no” me muero. 3. No me merezco lo que deseo o necesito. <p>Pasos para aumentar la autoestima:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Convertir lo negativo en positivo. 2. No generalizar. 3. Centrarnos en lo positivo. 4. Hacernos conscientes de los logros. 5. No compararse. 6. Confiar en nosotros mismos. 7. Aceptarnos a nosotros mismos. 8. Esforzarnos para mejorar. <ol style="list-style-type: none"> 4. Si pido algo, eso demostrará que soy débil. Pedir ayuda. 5. Decir “no” a una petición es algo muy egoísta.

			Decir no.
09/12/14	6. <u>Regulación de la intensidad para realizar o rechazar peticiones.</u>	17:00- 18:00H	<ul style="list-style-type: none"> • Afirmaciones de ánimo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Para actuar con eficiencia. ○ Para prepararse para una situación. Ser efectivo. Centrarse en lo que funciona. ○ Contrarrestar mitos. • Regular la intensidad para realizar o rechazar peticiones. Hay que considerar: <ol style="list-style-type: none"> 1. Prioridades: Objetivo, relación, respeto personal. 2. Capacidad. 3. Oportunidad. 4. Deberes. 5. Autoridad. 6. Derechos. 7. Relaciones. 8. Reciprocidad. 9. Largo plazo VS corto plazo. 10. Respeto. • Consejos: realizar y rechazar peticiones.
15/12/14	7. <u>Efectividad en la consecución de los objetivos.</u>	17:00- 18:00H	<ul style="list-style-type: none"> • Guía para la efectividad en la consecución de los objetivos: obtener lo que se desea. • Pautas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Describir la situación. 2. Expresar nuestros sentimientos y opiniones. 3. Comunicar lo que se desea. 4. Reforzar. 5. Mantener la posición. <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas: - “Batir el récord” - Ignorar 6. Aparentar seguridad en uno mismo. 7. Negociar.

			<p>- Técnica: “volver las tornas”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo usar la efectividad en la consecución de los objetivos en situaciones realmente difíciles? <ul style="list-style-type: none"> ○ Estrategias: <ul style="list-style-type: none"> a) Describir la interacción actual. b) Expresar sentimientos y opiniones acerca de la interacción. c) Expresar sugerencias estratégicas. d) Reforzar.
22/12/14	8. <u>Efectividad en las relaciones y en el respeto personal.</u>	17:00-18:00H	<ul style="list-style-type: none"> • Guía para la efectividad de las relaciones. Mantener la relación. • Pautas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ser agradable. No juzgar. 2. Interesarse por la otra persona. 3. Validar. 4. Ser simpático y afable. Trucos para “caer simpático”. • Sobre todo efectividad en las relaciones con las relaciones más importantes. • Guía para la efectividad en el respeto personal. • Pautas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ser justo. 2. No disculparse. 3. Mantener nuestros valores. 4. Ser sincero. • Resumen de las sesiones.

9.3 ANEXO III: CERTIFICADO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA (CEIC) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ



INFORME DEL COMITE ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D^a Almudena Castro Conde, Presidenta del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario La Paz

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta de la investigadora Silvia García de la Orden del Servicio de Psiquiatría del Hospital Rodríguez Lafora para que se realice el estudio titulado "IMPACTO DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD", código V01_TLPENF, Versión 01 de 23 Julio 2014, código HULP: PI-1803

y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios de disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Y que este Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en el Hospital Universitario La Paz por la Dra. Silvia García de la Orden del Servicio de Psiquiatría del Hospital Rodríguez Lafora como investigador principal.

Lo que firmo en Madrid a 30 de septiembre de 2014



Firmado:
D^a Almudena Castro Conde

