Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Propuesta de intervención enfocada desde la terapia dialéctico conductual en mujeres embarazadas con trastorno límite de la personalidad para la mejora del vínculo maternofilial

Presentado por: Dª Laura Vázquez Fernández

Tutor/a académico/a: Dra. Virginia Martín Romera

Alcalá de Henares, marzo de 2023

Centro Universitario
Cardenal Cisneros
Adscrito a la Universidad de Alcalá

Índice

1. Objetivos del TFM. 2
2. Trastorno límite de la personalidad. 2
   - 2.1. Prevalencia. 3
   - 2.2. Comorbilidad. 3
   - 2.3. Factores de riesgo y protección. 4
   - 2.4. Embarazo y TLP. 5
   - 2.4.1. Introducción. 5
   - 2.4.2. Prevalencia 5
   - 2.4.3. Consecuencias. 6
   - 2.4.4. Tratamientos en mujeres TLP y embarazo. 7
3. Programas 9
4. Objetivos de la propuesta. 16
5. Método de elección de programas de prevención 16
   - 5.1. Instrumentos de búsqueda. 16
   - 5.1.1. Bases de datos empleadas, términos de búsqueda y operadores booleanos. 16
   - 5.1.2. Criterios de inclusión y exclusión de artículos. 17
   - 5.1.3. Diagrama de flujo. 17
   - 5.1.4. Dificultades en la búsqueda de programas. 18
6. Propuesta de prevención. 18
   - 6.1. Participantes. 18
   - 6.2. Instrumentos 18
   - 6.3. Procedimiento 19
   - 6.4. Cronograma 23
   - 6.5. Sesiones y actividades. 25
7. Discusión y conclusiones 37
8. Análisis de datos. 40
9. Dificultades y limitaciones. 40
10. Futuras investigaciones. 40
11. Referencias bibliográficas 41
14. Anexos 51

Resumen/Abstract y palabras clave.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por dificultades en el mantenimiento de las relaciones interpersonales, sensación de vacío, impulsividad y exposición a situaciones de riesgo. Durante el embarazo se produce un deterioro de los síntomas del TLP, afectando a la calidad de la evolución y vivencia de la gestación, así como padeciendo una mayor inclinación a exponer a los hijos a un apego desorganizado temprano. En cuanto a los tratamientos enfocados en mujeres embarazadas con TLP el más eficaz es la terapia dialéctico conductual (TDC). Por tanto, con el objetivo de crear un programa de intervención integral para mujeres embarazadas con TLP, se diseña una propuesta para grupos de 20 participantes de entre 16 y 25 años partiendo de la TDC, con sesiones individuales y grupales. Las últimas constan de cuatro módulos (mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades interpersonales) y de sesiones de preparación para la maternidad y mejora del apoyo social. Con el programa se espera conseguir un progreso en la capacidad de regulación de la madre para evitar posibles trastornos psicológicos en el niño. Por último, de cara a futuras investigaciones se recomienda ampliar el rango de edades y el seguimiento y acompañar el programa con psicofármacos.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, embarazo, tratamiento y puerperio.

Borderline personality disorder (BPD) is characterized by difficulties in maintaining interpersonal relationships, feelings of emptiness, impulsivity and exposure to risky situations. During pregnancy there is a deterioration of the symptoms of BPD, affecting the quality of the evolution and experience of pregnancy, as well as suffering a greater inclination to expose the children to an early disorganized attachment. As for treatments focused on pregnant women with BPD, the most effective is dialectical behavioral therapy (DCT). Therefore, with the aim of designing a comprehensive

intervention program for pregnant women with BPD, a proposal is designed for groups of 20 participants between 16 and 25 years old starting from the TDC, including individual and group sessions. The groups consist of four modules (mindfulness, emotional regulation, tolerance to discomfort and interpersonal effectiveness skills) and maternity preparation sessions and improved social support. The program is expected to achieve an improvement in the mother's regulatory capacity to avoid possible psychological disorders in the child. Finally, for future research it is recommended to take into account a greater range of ages, expand monitoring and accompany the program with psychotropic drugs.

Key words: Borderline personality disorder, pregnancy, treatment and puerperium.

1. **Objetivos del TFM**.

Tiene como objetivo general abordar y prevenir problemas de regulación emocional y conductual en mujeres embarazadas con TLP.

Para ello, los objetivos específicos son:

1. Observar cómo el TLP influye en el embarazo y las consecuencias que aparecen en los niños.
2. Identificar factores de riesgo y protección en mujeres con TLP.
3. Evaluar la eficacia de las terapias o programas existentes con embarazadas con TLP.
4. Determinar las fortalezas y debilidades de esos programas.

2. **Trastorno límite de la personalidad**.

El TLP se caracteriza por cumplir cinco o más de las siguientes características: intentos por evitar un desamparo real o imaginario, relaciones interpersonales inestables con periodos de idealización y devaluación de los demás, identidad alterada, impulsividad, riesgo de suicidio y automutilaciones, labilidad afectiva, sensación crónica de vacío, falta de control de la ira e ideas paranoides transitorias (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Para cumplir los criterios diagnósticos anteriores los síntomas deben estar presentes durante dos años o más. Además, se relaciona con problemas de autoestima y una función reflexiva inferior, siendo incapaces de comprender la perspectiva de los demás y manejar conflictos interpersonales, junto con patrones de cognición, expresión emocional y comportamientos inadaptados (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Normalmente, aparecen ciertos indicios del trastorno durante la infancia. Estos se van consolidando en síntomas con los años, diagnosticándose TLP durante la adolescencia o inicio de la adultez, siendo el deterioro y el riesgo de suicidio mayor en la última. Sin embargo, los síntomas disminuyen con el envejecimiento (Ambriz y Peris, 2009).

2.1. **Prevalencia**.

De acuerdo con Aragonès et al., (2015), el porcentaje de personas con TLP corresponde a un 1-3% en población general y un 10% en clínica, comprendiendo entre un 16-40% en población adolescente general y un 80% en clínica (Niell, 2018). Por otra parte, tiene una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, con razón de 2-3 a 1 (Niell, 2018; Aragonés et al., 2015). Asimismo, los síntomas del TLP se agravan en edades de mayor fertilidad para la mujer (De Genna et al., 2012).

De igual manera, las personas con TLP tienen más riesgo de suicidio, concretamente 400 veces la tasa de suicidio en población general (Ying et al., 2016).

2.2. **Comorbilidad**.

De acuerdo con Leichsenring et al., (2011), el 84,5% de los pacientes con TLP cumplen criterios para tener uno o más trastornos del eje I durante 12 meses, y el 73,9% cumplen para el eje II de por vida.

Dentro de la comorbilidad con el eje I, el TLP está relacionado con trastornos por consumo de sustancias o de la conducta alimentaria, especialmente bulimia, siendo los primeros más comunes en hombres y los segundos en mujeres (Sansone L.

y Sansone R., 2011), además de trastornos de estrés postraumático, pánico y por déficit de atención con hiperactividad. Mientras que en el eje II se encuentra comorbilidad con los trastornos de personalidad antisocial, de evitación, histriónico, narcisista y esquizotípico. Esta comorbilidad empeora el pronóstico (Taboada et al., 2012).

De igual forma, cursa con otros trastornos afectivos y de ansiedad, concretamente depresión mayor, trastorno bipolar y trastorno de ansiedad generalizada (Leichsenring et al., 2011; Kernberg y Michels, 2009, citados en Zamorano, 2018).

Además, se encuentra un 76% de trastornos disociativos entre pacientes con TLP (Korzekwaa et al., 2009, citados en Mosquera y González, 2013).

Es conveniente añadir que, en comparación con el resto de los trastornos de la personalidad (TP), el TLP es el más asociado con historia de abusos infantil. Sin embargo, menos del 10% de los niños que han padecido abuso sexual serán diagnosticados de TLP en la adultez (Campo y D'Ascenzo, 2010).

2.3. **Factores de riesgo y protección**.

Entre los factores de riesgo, la presencia de trastornos del estado de ánimo en la historia familiar o sufrir experiencias adversas durante la infancia, como maltrato físico o psíquico, genera patrones de apego inseguro y una capacidad reflexiva reducida. De esta forma, las personas con TLP tienden a colocar algunas partes del self en otros para regularse a través de los demás (Villalba, 2011).

Por otra parte, los criterios para tener un mayor riesgo de suicidio con TLP son ser joven, hombre y/o tener antecedentes familiares de autolesiones o intentos de suicidio (Vera et al., 2019).

En cuanto a factores de protección, la detección y el tratamiento precoz reducen la gravedad de la sintomatología (Ferrer et al., 2013). También, identificar y elaborar propósitos vitales, comprender el mundo y dar una explicación a lo que les

acontece, así como una dinámica familiar organizada, son predictores de buen pronóstico (García et al., 2010; Lorca, 2020).

2.4. **Embarazo y TLP**.

2.4.1. *Introducción*.

La constitución del vínculo maternofilial se inicia en la etapa perinatal. Está condicionado por factores cognitivos, emocionales, del apego infantil materno y la actitud y expectativas sobre la maternidad, relacionadas a su vez con el contexto en el que se da la concepción (Roncallo et al., 2017).

Además, el embarazo y puerperio son reconocidos como factores de riesgo para el desarrollo y exacerbación de problemas de salud mental (Costa et al., 2018), como se observa en el estudio de caso único de Monterroso et al., (2017), donde se demuestra que el TLP afecta directamente a la evolución y vivencia de la gestación y su seguimiento, con aparición de ideación suicida, desadaptación al entorno social y sintomatología depresiva grave.

Cabe destacar que las madres con TLP se sienten menos competentes en la crianza, percibiéndola como estresante y poco gratificante, viéndose como cuidadoras ineficaces por la inestabilidad de su identidad (Turaglio, 2013). A su vez, muestran patrones de apego más inseguros, preocupados y no resueltos (Rosenbach et al., 2022).

A causa de dichos patrones de apego inseguro y las experiencias relacionadas, se verá afectada la calidad de las representaciones del yo y los demás, incitando al desarrollo de patologías de la personalidad en los niños que lo sufren (Levy et al., 2011).

2.4.2. *Prevalencia*.

De acuerdo con la revisión sistemática de Prasad et al., (2022) la prevalencia de TLP durante el embarazo para muestra no clínica está entre el 6,9%-26,7% y en el periodo perinatal entre el 0,7%-1,7%, mientras que en clínica van del 9,7%-34% y el 2%-35,2% respectivamente.

La existencia de un trastorno mental previo incrementa el desequilibrio psicológico en las mujeres embarazadas y en el puerperio, estando en un 19% el TP como antecedente (Pérez et al., 2020). De la misma forma, la desregulación emocional y conductual del TLP aumentan el riesgo de embarazos no planificados (De Genna et al., 2012). Es decir, son significativamente más propensas a involucrarse en relaciones sexuales a edades más tempranas que la población general, buscando parejas de manera oportunista e imprevisible (Brüne et al., 2017). Al mismo tiempo, muestran mayor disforia de género y realizan más conductas sexuales de riesgo para mantener a su pareja, incrementando la probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual (Frías et al., 2016).

Por último, se ha demostrado que el TLP es moderadamente hereditario (Torgersen et al., 2000).

2.4.3. *Consecuencias*.

El efecto de las prácticas de crianza tiene más impacto durante la lactancia y la primera infancia (Martínez, 2016). De igual manera, aun cuando los niños van desarrollando una mayor autonomía, sigue siendo necesaria la influencia de los padres a nivel emocional, de supervisión y seguimiento (Martínez, 2016; Steinberg y Morris, 2001). La calidad del apego temprano afecta a las relaciones sociales posteriores, asimismo, una alteración en la sensibilidad al estrés en los primeros años de vida influye en la susceptibilidad a factores estresante siguientes (Ehrenthal et al., 2018). Por tanto, el nivel de actividad y relación maternofilial afecta a los comportamientos durante la infancia y a la capacidad, una vez sea adulto, de buscar relaciones de apoyo satisfactorias (Schore, 2003).

Además, los estados emocionales maternos durante la gestación y los primeros meses de vida influyen en el desarrollo y funcionamiento del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (Hernández et al., 2017), afectando especialmente a la memoria del hijo (Rodríguez-Fernández et al., 2012). De forma similar, se ha demostrado una desregulación hormonal, con aumentos de cortisol, testosterona y reducción de

oxitocina, por la menor reciprocidad en las relaciones de mujeres con TLP y sus hijos (Bonfig et al., 2022). Por otra parte, el TLP materno se asocia a un aumento de diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, corioamnionitis, tromboembolismo venoso, parto por cesárea y parto prematuro (Pare et al., 2016).

A su vez, las madres con TLP se caracterizan por ser más hostiles, intrusivas e insensibles (Crandell et al., 2003) por lo que tienden a ignorar la afectividad positiva, enseñando al niño a focalizarse en lo negativo (Mosquera y González, 2013). Además, de acuerdo con la teoría de disociación estructural (Mosquera y González, 2013), la parte emocional de la personalidad del niño es interpretada como intrusiva, dejándose apartada para poder interaccionar con su madre. Debido a esto, la parte emocional no es reconocida como propia, ignora sus necesidades afectivas y provoca una alternancia entre distintos conceptos del self asociada a síntomas disociativos. Tampoco se da una diferenciación del yo por las exigencias de pertenencia excesivas de la madre, la carencia afectiva y la sensación de abandono provocada en los hijos (Muñoz y Sánchez, 2006).

Por otra parte, existe el intercambio de roles madre-hijo. Así las madres aseguran la relación reaccionando con miedo al abandono por parte de sus hijos, ya sea real o imaginado (Macfie y Swan, 2009). De la misma forma, los niños muestran mayor probabilidad de presenciar abuso de drogas e intentos de suicidio, además de ser más diagnosticados con trastorno por déficit de atención y de conducta, cuadros ansiosos, depresión y baja autoestima (Rubilar y Halpern, 2012).

En conclusión, altos niveles de rasgos de personalidad materna disfuncional en la infancia están asociados a mayor riesgo de problemas graves de salud mental en la adultez de los hijos (Pearson et al., 2018).

2.4.4. *Tratamientos en mujeres TLP y embarazo*.

La intervención psicológica en el embarazo es fundamental para la prevención de diversos trastornos mentales, siendo los principales la depresión y la ansiedad (Espíndola et al., 2006). Desde el punto de vista terapéutico, la psicoterapia cognitiva,

interpersonal o psicodinámica y los fármacos son los más empleados en embarazadas con trastornos mentales (Espíndola et al., 2006).

En el TLP hay intervenciones que priorizan el tratamiento farmacológico. Por ejemplo, en el caso único de Gentile (2015) mantienen las condiciones maternas estables reduciendo los medicamentos a la menor dosis efectiva. La participante tiene 38 años, TLP y adicción a nicótica y alcohol. Estaba tratada con quetiapina, fluoxetina, topiramato, clonazepam y disulfiram cuando descubrió su embarazo no deseado a las 10 semanas de gestación. Por tanto, se produjo una suspensión de los fármacos y disminución de la mirtazapina, y fue ingresada en un centro de rehabilitación de patología dual. El bebé nació sin anomalías fetales, pero con diagnóstico de reflujo gastroesofágico leve y transitorio por exposición intrauterina a los antipsicóticos atípicos y un retraso en el trabajo de parto.

A continuación, en la Tabla 1 se presentan los programas de intervención para embarazadas con TLP.

3. **Programas**.

Tabla 1

Programas de intervención en embarazo y TLP.

Autores, año, título del programa	**Objetivos**	**Población y contexto**	**Metodología, recursos y procedimiento**	**Instrumentos de evaluación**	**Resultados**	**Fortalezas (F) y debilidades (D)**
Aidane et al., (2009). Co-construcciones terapéuticas de la relación temprana de una	-Sostener una díada madre/hijo con dificultades. -Espacio contenedor para la madre	-N=1 -Edad: 40 años. -7,5 meses de gestación. -Diagnóstico TLP. -Padre ausente. -En “Unidad de Primera Infancia y	-Tratamientos: Psicoterapia psicodinámica breve padre-madre-niño. -Equipo multidisciplinar. -1-2 sesiones/semana.	-Entrevista clínica.	- Rememoración y reconfiguración del pasado materno infantil traumático. -Redistribuir roles. -Aspectos dolorosos transformados. -Equilibrio maternofilial.	(D): -Rivalidad madre-hijo durante tratamiento. -Discontinuidad psíquica, no respeta marco psicoterapéutico. (F):

madre bordeline y su bebé.	y protector para el hijo.	Parentalidad Vivaldi".	-Periodo prenatal-9 meses postparto. -Seguimiento al 2º y 3er año.			-Espacio terapéutico precoz. -Adaptación marco terapéutico.
Ying et al., (2016). A suicidal pregnant patient's request for premature Cesarean section: Clinical and ethical challenges.	-Evaluar y reducir riesgo de suicidio.	-N=1. -Edad: 36 años. -TLP grave + depresión. -Solicita cesárea con 31 semanas de gestación→ suicidio y feticidio. -2 hijos anteriores de 2	-Tratamientos: técnicas de manejo del estrés, terapia de apoyo, evaluación riesgo de suicidio y quetiapina. -Sesiones diarias. -Equipo multidisciplinar.	-Entrevista clínica.	-Cesárea de emergencia. -Paciente: Pensamientos de suicidio menos intensos tras parto, no cuidadora apta. -Bebé: reanimación por bradicardia, neurológicamente deprimido (por	(D): -Rechazó cambios farmacológicos y psicoterapia. -Dilemas éticos y clínicos en intereses de gestante y feto. (F): -Mantener vivos a ambos.

		matrimonios+6 abortos. -Tratamiento previo: diazepam y amitriptilina. -Sobredosis.			benzodiacepinas) hemorragia intracraneal bilateral→ alta tras 6 semanas UCI.	-Actuación rápida→Traslado a psiquiatría tras parto.
Moran et al., (2022). A feasibility randomised controlled trial with an embedded qualitative evaluation of	Efectividad y rentabilidad de grupos de habilidades emocionales perinatales (ESG) para mujeres con TLP.	-Objetivo N=48. -Edad: +18 años. -TLP, embarazadas y puérperas.	Comparar los (1º) ESG + atención de salud mental perinatal estándar con (2º) atención de salud mental perinatal estándar. (1º): 2 sesiones individuales	-Escala abreviada de Evaluación Estandarizada de la personalidad. -Escala de calificación de Zanarini. -CORE-10.	-Evaluar: criterios de elegibilidad, tasas de retención, y asistencia a las sesiones 9ª, 12ª y última.	(D): -Propuesta→No aplicada. -Seguimiento restringido a 4 meses. (F): -Amplios criterios de inclusión.

perinatal emotional skills groups for women with borderline personality disorder: protocol for the EASE study.	(90')+12 grupales (2h). Módulos: regulación emocional, tolerancia al estrés, mindfulness y efectividad interpersonal. (2º): Evaluación, plan de atención por escrito+ revisiones semanales con coordinador.	-Escala de Bienestar de Edimburgo Short Warwick. -Escala de Ajuste Social y Laboral. -Parenting Stress Scale.

Van Ravesteyn et al., (2018). Tratamiento grupal multicomponente (TGM) para reducir síntomas depresivos en mujeres con problema psiquiátricos y psicosociales.	-Reducir estrés y síntomas ansioso-depresivos. -Preparar impacto emocional y práctico de maternidad.	-N=158. -Embarazadas. -49,4% TP (+ prevalencia de Grupo B). -Edad gestacional 12-33 semanas.	(1º) TGM: TCC, psicoeducación, terapia de relajación y orientada al cuerpo. (2º) Tratamiento habitual individual (TAU): psicoeducación, preparación para maternidad y mejora apoyo social. -1 hora/semana. -Seguimiento a 6 semanas posparto.	-Escala de Depresión de Edimburgo. -Escala de calificación de Hamilton.	-No diferencias significativas en disminución de síntomas depresivos entre TGM y TAU. -TCC individual eficaz para depresión prenatal.	(D): -No específico para TLP. -Efecto techo de TAU. -Tamaño de muestra pequeño. -No demuestran mayor efectividad del TGM. (F): -Muestra heterogénea.

Vitte et al., (2022). Panda Unit, a mother-baby unit nested in a neonatal care service.	-Atender a madres con problemas de salud mental. -Ayudar en alta vulnerabilidad en psiquiatría perinatal.	-N=23 (3 con TP). -14 en periodo prenatal y 9 en maternidad. -Edad: 27 años promedio.	-Estudio de 6 meses. -Equipo multidisciplinar. -Atención psiquiátrica perinatal. -Evaluación desarrollo bebé (Brazelton Rating Scale, BRS). -Evaluar comunicación madre-hijo tras parto: entrevistas, vídeos, reuniones	-Entrevistas psiquiátricas perinatales semiestructuradas.	-Mayoría beneficiadas por atención psiquiátrica perinatal y de la estancia en PANDA. -Al finalizar, 70% fueron a casa, 4 en centro de padres y 4 internadas fuera del hogar.	(D): -Periodo de tiempo corto. -Protección de confidencialidad médica materna. -Falta de información en expediente del niño sobre enfermedad materna→dificulta evaluación e impide cuidados necesarios. (F):

	con cuidador 2 veces/semana, apoyo al cuidado del niño. -Seguimiento: CP + atención al niño hasta los 3 años.	-Atención desde psiquiatría perinatal, neonatología y atención posnatal materna. -Atención continuada desde periodo prenatal y posnatal inmediato.

4. **Objetivos de la propuesta**.

El objetivo general es fomentar una mayor regulación emocional y conductual en futuras madres a través del trabajo terapéutico, mejorando la relación maternofilial.

Mientras que los objetivos específicos son:

1. Facilitar estrategias de cuidado.
2. Evitar un apego desorganizado maternofilial.
3. Reducir la predisposición del niño a padecer trastornos psicológicos.
4. Extrapolar lo aprendido por las madres al resto de sus relaciones interpersonales.

5. **Método de elección de programas de prevención.**

5.1. **Instrumentos de búsqueda**.

5.1.1. *Bases de datos empleadas, términos de búsqueda y operadores booleanos*.

Bases de datos utilizadas: Google Scholar, Web Of Science, Scielo, PsycInfo, Scopus, PubMed y Dialnet.

Los términos de búsqueda fueron: “Pregnancy AND borderline mothers”, “Pregnancy AND mothers-to-be”, “Pregnancy AND borderline personality disorder AND treatment”, “Borderline disorder AND pregnancy”, “Borderline disorder AND perinatal”, “Borderline disorder AND pregnant”, “Randomized clinical trial AND borderline disorder AND pregnant”, “ECA AND salud mental perinatal AND trastorno límite de la personalidad”, “pregnancy AND borderline mothers-to-be” y “Clinical trials AND borderline disorder AND perinatal”, “Attachment AND Borderline personality disorder”, “Trastorno límite de la personalidad”, “Embarazadas con trastorno límite de la personalidad”, “Borderline personality disorder NOT medication”.

5.1.2. *Criterios de inclusión y exclusión de artículos*.

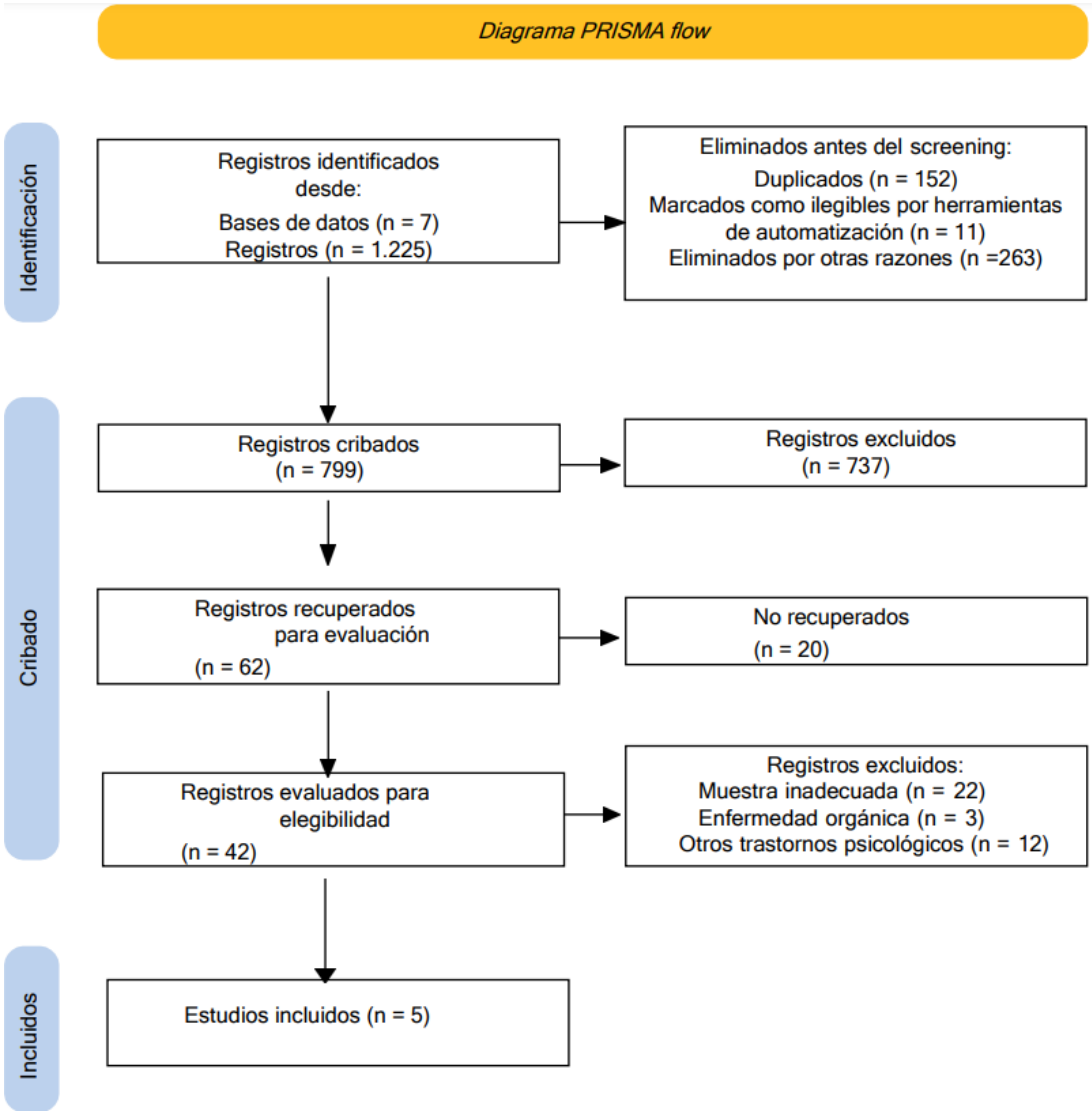
Los criterios de inclusión son: embarazadas sin acotar por edades con TLP; embarazadas solteras y/o con pareja; distintos trastornos mentales con inclusión del TLP; estudios de casos únicos; tratamientos prenatales.

Por otra parte, los criterios de exclusión son: tratamientos que descartan madres con TLP, fuera del periodo prenatal, enfermedades orgánicas y medicación relacionada con enfermedades orgánicas.

5.1.3. *Diagrama de flujo*.

Figura 1

Diagrama PRISMA flow.



5.1.4. *Dificultades en la búsqueda de programas*.

Escasez de estudios con muestra de embarazadas con TLP, falta de inclusión del TLP e inaccesibilidad a algunos documentos.

6. **Propuesta de prevención.**

6.1. **Participantes**.

La propuesta consta de 20 mujeres entre los 16 y los 25 años, un psicólogo clínico, una matrona y un educador social.

El tratamiento se lleva a cabo a partir de la semana 14 de gestación ya que la Ley Orgánica 2/2010 sobre el aborto determina que, entre las 14 y 22 semanas, a partir de los 16 años, se imposibilita la interrupción de embarazo exceptuando casos de riesgo para la vida de la madre o bebé (Mastandrea et al., 2022).

Por tanto, los criterios de inclusión son mujeres de entre 16 y 25 años, cumplir criterios diagnósticos de TLP según CIE-11 (OMS, 2019), residir en España, hablar castellano con fluidez y terapeuta con experiencia mínima de dos años con TLP.

Por último, los criterios de exclusión son padecer otro trastorno como diagnóstico principal, tener tratamiento psicofarmacológico adicional durante el embarazo, recibir otras terapias psicológicas ajenas al programa, tener discapacidad intelectual moderada (coeficiente intelectual debajo de 50), trastornos del espectro autista, depresión grave y/o alto riesgo de suicidio ya que, tener depresión grave puede incapacitar para realizar ciertas actividades (Sanz et al., 2014), además de la necesidad de tratamiento farmacológico complementario.

6.2. **Instrumentos**.

- Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II: para el diagnóstico de TLP según CIE-11. Duración aproximada de 30 minutos.
- Entrevista diagnóstica revisada para TLP (DIB-R): entrevista semiestructurada de 125 ítems, puntuados del 0-2 (Prittwitz, 2022) que evalúa la gravedad de los síntomas del TLP según el DSM-IV y sus cambios a lo largo del tiempo (Castañeda, 2022). Muestra buena consistencia interna, con alfa de Cronbach

de .89 (Barrachina et al., 2004), alta confiabilidad entre evaluadores con .78 (Carcone et al., 2015) y duración de 1 hora (López et al., 2010).

- Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II): con 21 ítems, para mayores de 13 años, presenta un índice de alfa de Cronbach de .878 y una duración de 10 minutos (Esteban, 2013). Cuantifica síntomas depresivos en población normal y clínica en función de cuatro rangos (Sanz et al., 2014).
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): formado por 40 ítems tipo Likert, mide la ansiedad estable y temporal. Aplicado en 20 minutos, con un alfa de Cronbach de .90 para rasgo y de .94 para estado (Guillén y Buela, 2011).
- Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido: con 20 ítems tipo Likert, valora red social, apoyo emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo efectivo. Posee un alfa de Cronbach total de .97 y fiabilidad test-retest de .78 (Espínola y Enrique, 2007).
- Instrumento “Vínculo entre padres e hijos neonatos” (adaptado de la escala Maternal Attachment Inventory, de Mary Mûller): compuesto por 26 ítems, tipo Likert. Mide el vínculo afectivo entre padres y recién nacido. Con alfa de Cronbach de .70 (Vargas y Pardo, 2020).

6.3. **Procedimiento**.

Se accede a la muestra por derivación desde los centros de salud de Madrid indicados a continuación, cubriendo una superficie de 35,15 km^2, ubicados en el centro de Alcobendas, Moncloa, Hortaleza y Tetuán (ver Anexo 1).

El programa se realiza en el Hospital Clínico San Carlos (HCSC), ubicado en la Calle Profesor Martín Lagos. El servicio de psiquiatría de este hospital atiende a una población de referencia de 580.000 habitantes y está provisto de un Hospital de Día de TP, además cuenta con la asociación AMAI-TLP (a 16 minutos del HCSC), que gestiona los pisos terapéuticos en los que residen pacientes psiquiátricos derivados y tutelados por la Unidad de TLP del HCSC (Hospitales públicos madrileños atendieron

689 ingresos de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad el año pasado, 2013).

Los participantes son derivados desde quince hospitales de alrededor y la asociación anterior. En un orden de mayor a menor cercanía en coche al HCSC están: de 4-9 minutos, el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (en coordinación con el Samur), Hospital Universitario Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Hospital La Luz y Hospital Universitario HM Madrid; a 15 minutos, Hospital Público Dr. Rodríguez Lafora, con Comunidad Terapéutica Hospitalaria para TP y Hospital de Día para TP; Hospital de la Princesa, Hospital Carlos III y Hospital Virgen del Mar; y de 20-26 minutos, Hospital Universitario HM Nuevo Belén, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario Santa Cristina, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con Unidad de Psiquiatría de Adolescentes, cubriendo la hospitalización de adolescentes desde once hospitales, con una población de 574.335 menores de 18 años, de los cuales, 190.219 están entre los 12 y 17 años; y Hospital Universitario HM Sanchinarro.

Madrid cuenta con un porcentaje de 52,10% de mujeres (Comunidad de Madrid registra un incremento de su población, s.f.). Partiendo de esto, de acuerdo con la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021), en el año 2017, la prevalencia de TP en mujeres de entre 15-19 años fue de un 10,9%, un 8,4% con 20-24 años y un 5,4% con 25-29 años.

Por otra parte, en relación con la población de mujeres embarazadas, en 2021 se estimó un número total de 4.381 nacimientos en la Comunidad de Madrid con madres de entre 16 y 25 años (Instituto Nacional de Estadística, 2022), constituyendo un 8,53% de la población general. Debido a que la prevalencia de embarazadas con TLP está entre el 6,9%-9,7% en población no clínica y clínica respectivamente (Prasad et al., 2022), la cifra de embarazos con TLP entre 16 y 25 años estaría entre 300 y 420 aproximadamente. Sin embargo, Madrid dispone de 38 hospitales por lo que no todas

las mujeres accederán al programa, además de los criterios de exclusión y el posible rechazo a participar, dejando un grupo aproximado de 20 personas.

Para comenzar el programa se requiere la aprobación del Comité de Ética del CUCC y los centros sanitarios de derivación. Posteriormente, se rellena la Hoja de Información del Participante y, una vez quieran continuar con el proceso, se da la hoja de Consentimiento informado.

El tratamiento está enfocado desde la terapia dialéctico conductual (TDC). Esta terapia es un programa de tratamiento multimodal donde se incorpora el enfoque dialéctico para propiciar el compromiso del paciente con la terapia (De la Guía, 2011).

La TDC incluye terapias individuales y grupales (Pérez-Díaz y Yust, 2012). En concreto, consta de cuatro módulos grupales: “mindfulness”, enfocado en disminuir los comportamientos disfuncionales y mejorar la tolerancia al malestar, siendo el primero en enseñarse; “habilidades de regulación emocional”, buscando disminuir la impulsividad asociada con la activación emocional; “tolerancia al malestar”, para evitar comportamientos disfuncionales; y por último, “habilidades de efectividad interpersonal”, para mantener el respeto por uno mismo y los demás (Elices y Cordero, 2011).

Por otra parte, se han generado dos módulos adicionales: sesiones de apoyo familiar y sesiones teórico-prácticas de preparación para la maternidad.

El módulo de preparación para la maternidad está constituido por una persona especialista en enfermería obstétrico-ginecológica, siendo la profesional de atención durante el embarazo, parto y puerperio (Herrera, 2022), y un educador social, encargado de la parte burocrática.

Las sesiones individuales se llevan a cabo tres días a la semana, teniendo dos días siete pacientes y un día seis, en un periodo de 50 minutos; mientras que las grupales, es decir, los módulos centrados en la TDC, la maternidad y el apoyo social, se realizan en 2 horas para la TDC y 1 hora y media para los últimos.

Además, cuenta con reuniones de apoyo a profesionales, realizadas una vez por semana, en un tiempo de entre 1 o 2 horas, según lo estimen necesario.

En definitiva, el programa se concluye en 24 sesiones, comprendiendo un periodo de siete meses, con seguimiento aplicado a los cuatro, siete y nueve meses tras la finalización del programa en la semana 28.

6.4. **Cronograma**.

La tabla siguiente muestra la distribución temporal de las sesiones.

Tabla 2

Cronograma de la propuesta.

	1er mes				2º mes				3er mes				4º mes				5º mes				6º mes				7º mes			
Actividades*	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12	Semana 13	Semana 14	Semana 15	Semana 16	Semana 17	Semana 18	Semana 19	Semana 20	Semana 21	Semana 22	Semana 23	Semana 24	Semana 25	Semana 26	Semana 27	Semana 28
Terapia individual																												
Cuestionarios																												
Mindfulness																												
Apoyo social																												

Regulación emocional																												
Tolerancia al malestar																												
Efectividad interpersonal																												
Preparación maternidad																												

*El seguimiento se llevará a cabo al 4º, 7º y 9º mes tras el nacimiento del hijo/a.

6.5. **Sesiones y actividades**.

Las sesiones se realizan en una sala del hospital, donde se dispone de mesas, sillas y pizarra, trabajando en todo momento la alianza terapéutica mediante escucha activa, empatía y aceptación incondicional de las participantes.

De forma multidisciplinar, es necesaria la colaboración de una matrona y un educador social para aumentar la sensación de control acerca del embarazo y el cuidado del hijo. La matrona se encarga de la psicoeducación sobre cambios físicos y hormonales, parto, lactancia, evolución psicomotriz infantil, primeros auxilios y reeducación del suelo pélvico; mientras que el educador social ofrece información sobre derechos laborales (ver Anexo 2).

Tabla 3

Sesiones y actividades

Sesión 0	
Actividad:	Cribado y reclutamiento
Objetivos:	Evaluar TLP y cumplir criterios de inclusión.
Materiales:	Entrevista clínica estructurada para TP del Eje II.
Duración:	50’.

Formato:	Individual.
Descripción:	Sesión inicial con el psicólogo para verificar que cumpla con los criterios de inclusión y de diagnóstico de TLP para poder continuar.
Sesiones 1 y 27.	
Actividad:	Presentación y cuestionarios.
Objetivos:	Informar acerca del programa y evaluar áreas psicológicas.
Materiales:	DIB-R, STAI, BDI-II, Cuestionario MOS e Instrumento “Vínculo entre padres e hijos neonatos”.
Duración:	2h.
Formato:	Grupal.
Descripción:	Indicar los ámbitos a trabajar y tomar medidas de evaluación pre-post a través de los cuestionarios acerca de gravedad de síntomas de TLP, depresión, ansiedad, apoyo social percibido y calidad del vínculo afectivo.
Sesiones 2, 4, 5 y 6.	
Actividad:	Mindfulness.
Objetivos:	Disminuir impulsividad y rumiación, mejorar atención y regulación emocional.
Materiales:	Uvas pasas y/o chocolatinas (2ª sesión), folios y bolígrafos (4ª) y folleto (5ª).
Duración:	2h.

Formato: Grupal.

Descripción: 2ª sesión:

-Psicoeducar sobre atención plena en el presente y sus beneficios en formato de charla. Dejar tiempo para dudas y preguntas. (Duración aproximada de 30 minutos).

-Introducir y explicar las técnicas siguientes (15 minutos).

-Ejercicio de la uva pasa/chocolate: ayudar a focalizar la atención antes del siguiente ejercicio (20 minutos).

-Técnica de “Escáner corporal”: tomar atención plena de las sensaciones corporales, haciéndolas conscientes, intensificándolas y entendiéndolas. Adaptado a embarazadas (ver Anexo 3) (35 minutos).

-“Regresar al grupo”: comentar con las demás las sensaciones agradables y desagradables, si ha experimentado labilidad atencional, agobio, angustia, etc. (20 minutos).

4ª sesión:

-Respiración abdominal: preparación de la atención para la siguiente actividad (15 minutos).

-Ejercicio de aceptación: pensar en situaciones o cosas en las que no podemos influir ni cambiar, especialmente en casos de embarazo no planificado (Ver Anexo 4). Escribir y compartir sus experiencias.

5ª sesión:

-Explicar la técnica siguiente en formato de charla (20 minutos).

	-Relajación progresiva de Jacobson tensando y relajando los 16 grupos musculares: favorece el control voluntario de tensión y distensión asociado al estado mental. Se desarrolla en tres fases: tensión-relajación, comenzando con respiración abdominal, revisión mental de la relajación de los grupos musculares y relajación mental asociada a un estímulo o situación agradable o manteniendo la mente en blanco. Adaptar la parte de atención al vientre para embarazadas (60 minutos). -"Regresar al grupo", repartir y explicar folleto con instrucciones resumidas para la práctica autónoma (ver Anexo 5) (40 minutos). 6ª sesión: -Breve explicación de la técnica siguiente en formato de charla (15 minutos). -Respiración abdominal (15 minutos). -Técnica "Yo observador" de la Terapia de Aceptación y Compromiso: trabajo de introspección sobre los roles que han ido teniendo a lo largo de su vida, alternando y separándoles del terreno corporal, emocional y pensamientos. Adaptado al embarazo. Ir guiando mientras cierran los ojos y se imaginan cada paso (ver Anexo 6) (60 minutos). -"Regresar al grupo" (30 minutos).
Sesiones 3, 8 y 14.	
Actividad:	Sesiones con paciente y apoyos sociales.
Objetivos:	Mejorar apoyo percibido por la paciente y reducir comportamientos disfuncionales con el entorno.

Materiales: Folio y bolígrafo (8ª).

Duración: 1h30'.

Formato: Grupal.

Descripción: 3ª sesión:

-Preguntar acerca de las principales preocupaciones para las personas más cercanas a la paciente, ¿ha surgido alguna en relación con el embarazo?, ¿cómo están gestionando la nueva situación?, ¿qué pensamientos aparecen de cara al futuro?, ¿qué cambios hay?, etc. Observar el tipo de comunicación usada, cómo han resuelto problemas previos, la dinámica familiar o de pareja… (1 hora).

-Breve psicoeducación de los posibles cambios hormonales y comportamentales de la paciente, de los tipos de estrés y de cómo afectan a la madre y al bebé.

8ª sesión:

-Escribir lista de aspectos a admirar de la/s otra/s persona/s. Compartir con el resto (30 minutos).

-Comentar: ¿cómo se han sentido?, ¿qué piensan?, ¿tienen un concepto distinto del otro?, etc.

14ª sesión:

-Explicar técnica "NEMO": dotar de comunicación efectiva partiendo del "yo" y de las emociones, explicando los motivos de dichos sentimientos con hechos y lo que desea conseguir (20 minutos).

	-Recrear una discusión frecuente en ellos y potenciar otra forma de comunicarse a través de “NEMO”. ¿Cómo se han sentido con el cambio?, ¿les ha resultado fácil?, ¿qué dificultades observan?, etc.
Sesiones 7, 9, 10 y 11.	
Actividad:	Regulación emocional.
Objetivos:	Disminuir labilidad afectiva, aumentar sentimiento de pertenencia al grupo.
Materiales:	Papel y bolígrafo (7ª, 9ª y 11ª), rueda de las emociones (7ª), autorregistro (9ª).
Duración:	2h.
Formato:	Grupal.
Descripción:	7ª sesión: -Psicoeducación emocional: diferenciar emociones agradables y desagradables, entender su necesidad y funciones sociales (influyen en la conducta de los demás en relación con el individuo, mejoran o empeoran la comunicación con otros…), de qué manera el consumo de ciertas sustancias afecta al estado del ánimo y fisiológico, etc. (1 hora). -Escribir lista de emociones ordenadas según la dificultad para manejarlas, gestionarlas y expresarlas. Acompañar con rueda de las emociones. Compartir en grupos de cinco. 9ª sesión:

-Con la lista de la sesión anterior reflexionar y hacer autorregistro sobre situaciones, cogniciones y reacciones fisiológicas que desencadenan dichas emociones, qué conducta respuesta aparece y cómo evoluciona la situación habitualmente (1 hora).

-Compartir con las demás las cogniciones y conductas más recurrentes para aumentar el sentimiento de pertenencia al grupo y propiciar el trabajo en grupo para crear conductas más adaptativas.

10ª sesión:

-Rol-play de situaciones más repetidas con emociones difíciles de gestionar. Delante de la clase, el terapeuta hace de participante y una de ellas de la/s persona/s con las que ha tenido algún tipo de dificultad, dando un punto de vista contrario al suyo (30 minutos). Feedback del resto.

-Rol-play en cinco parejas de participantes abordando situaciones distintas. Salen de dos en dos frente a la clase mientras las demás participan dando sus opiniones, fomentando otras conductas y prediciendo las posibles emociones y respuestas de ambas personas.

11ª sesión:

-Estrategias de mantenimiento de la monitorización emocional mediante la realización de autorregistros en su día a día hasta su automatización, haciendo más fácil la identificación de emociones y pensamientos y, por tanto, pudiendo corregir ciertas conductas. Crear ejemplo de autorregistro en clase (30 minutos).

	-Dotar de herramientas para la prevención de recaídas: evitación de verbalizaciones internas catastrofistas, análisis de la situación más global, examinar qué razones se da para sentir responsabilidad o no sobre la conducta de los demás, ver que no todo está bajo su control, etc.
Sesiones 12, 13, 15 y 16.	
Actividad:	Tolerancia al malestar.
Objetivos:	Disminuir impulsividad, modificar límites de tolerancia y razonamiento interno.
Materiales:	Fichas (12ª, 16ª), papel y bolígrafo (13ª, 15ª).
Duración:	2h.
Formato:	Grupal.
Descripción:	12ª sesión: -Psicoeducación en formato de charla de cómo el sufrimiento forma parte de nuestras vidas, en qué nos influye, cómo la incapacidad de aceptarlo provoca más, cómo podemos comenzar a tolerarlo… (30 minutos). -Técnica para el manejo del estrés: ficha con lista de factores estresantes (ver Anexo 7), puntuarlos del 1-10 en función de lo que les afecte, responder a "¿cómo crees que tu manera de evitar o manejar el estrés afecta a las puntuaciones?, ¿en cuál te resulta más fácil desestresarte y por qué?, ¿en cuál menos?, ¿qué prácticas de relajación podrías emplear?". Coger 3 de

los factores con mayores puntuaciones y hacer valoraciones dentro de cada círculo de influencias (lo que pueden controlar) y preocupaciones (lo que no pueden). Compartir con las demás.

13ª sesión:

Técnica de solución de problemas: describir 3 problemas que tengan en su vida ahora, escribir cinco posibles soluciones y realizar dos listas, analizando los pros y contras de dichas soluciones. Evaluar y comparar los resultados, así como anticiparse a las posibles consecuencias de cada solución elegida. Crear una propuesta de actuación para poner en práctica las soluciones y comentarlo con el resto. Feedback de las demás.

15ª sesión:

-Ejercicio de variación del diálogo interno: ¿cómo sueles reaccionar cuando te juzgas?, ¿por qué cosas sueles criticarte?, ¿qué tipo de lenguaje sueles utilizar?, ¿cómo te sientes al criticarte, más motivado o deprimido?, cuando se presentan retos difíciles, ¿cómo te tratas, te sientes desconectado cuando las cosas van peor, piensas que todo el mundo está mejor que tú?, ¿cómo crees que te sentirías si fueras capaz de aceptarte tal como eres? Lo escriben y comparten.

-Psicoeducar sobre cómo afecta la forma de hablarnos (30 minutos).

16ª sesión:

	-Explicar la importancia de desfocalizar la atención de lo negativo, “técnica A-B-C” de influencia de emociones y pensamientos en conductas, qué son los pensamientos automáticos negativos y las rumiaciones, la ansiedad anticipatoria (por ejemplo, preocupaciones en cuidado del bebé) … (1 hora). - Ejercicio “Distraernos”: ficha con listado de actividades que pueden resultar agradables (ver Anexo 8), rodear las que les distraerían de una situación de malestar y añadir otras más personales, comentar qué les puede ayudar en el embarazo y en el futuro cuidado del hijo. Compartir con el resto. Crear autorregistro para casa acerca del dolor (del 1-10) en un momento de malestar, lo realizado de la lista anterior para reducirlo y el dolor que sienten después.
Sesiones 17, 18, 19 y 20.	
Actividad:	Habilidades interpersonales.
Objetivos:	Mejorar relaciones interpersonales, aumentar respeto por uno mismo y los demás y reducir miedo al abandono.
Materiales:	Papel y bolígrafo.
Duración:	2h.
Formato:	Grupal.
Descripción:	17ª sesión: Psicoeducar sobre los distintos tipos de comunicación (actitud inhibida, agresiva y asertiva) y sus ventajas e inconvenientes, sobre la importancia del lenguaje verbal y no verbal y sobre técnicas basadas en la comunicación positiva (procesamiento

	del cambio, aplazamiento asertivo, libre información y autorrevelación) (Leal y Vidales, 2019). Dejar tiempo para dudas y preguntas. 18ª sesión: Identificar patrones relacionales negativos: piensa en la última discusión que tuviste, ¿cuáles son los desencadenantes de tus emociones desagradables?, ¿te comportas diferente a raíz del embarazo?, ¿al sentirte herida crees no importarle a la otra persona?, ¿al ponerte nerviosa piensas que te dejarán?, ¿por qué?, ¿cómo discutes con esa persona?, ¿qué haces?, ¿cuándo sueles perder los nervios?, al sentirte triste, enfadada, asustada, ¿cómo reaccionas? Compartir y debatir con el resto. 19ª y 20ª sesiones: Rol-play de cinco parejas cada sesión con ensayos de conductas en diferentes situaciones (cómo decir que no, pedir favores, buscar más apoyo externo en el embarazo, poner límites, comunicar malestar ante comportamientos de otros, agradecer que alguien haga algo por nosotras, etc.). Anticipar la reacción de los demás, compartir opiniones y debatir.
Sesiones 22, 23, y 24.	
Actividad:	Seguimiento.
Objetivos:	Observar cambios en resultados.
Materiales:	Cuestionarios de la 1ª y 21ª sesión.

Duración:	2h.
Formato:	Grupal.
Descripción:	Administrar cuestionarios a los 4, 7 y 9 meses tras finalizar la sesión 21.

7. **Discusión y conclusiones**.

El presente programa realiza una adaptación de las sesiones a mujeres embarazadas con TLP. Esto se consigue con el ajuste de algunas actividades a temas relacionados con el embarazo o los cuidados futuros del hijo y la inclusión de módulos dedicados exclusivamente a la maternidad, alternando entre sesiones individuales y grupales.

En primer lugar, el número de participantes es superior en relación con los programas observados, excepto en Moran et al., (2020), y se excluyen otros trastornos, a diferencia de Van Ravesteyn et al., (2018), ofreciendo un tratamiento específico a madres con TLP.

La propuesta está dirigida a embarazadas de entre 16 y 25 años con TLP. La edad mínima es seleccionada debido a que el periodo de aparición más frecuente del TLP comprende el paso de adolescencia a edad adulta, situándose entre 14-20 años, sin embargo, puede estar sobre diagnosticado por la inestabilidad emocional sufrida durante la adolescencia (Cervera, 2005). Por ello, se ha determinado la edad del programa en torno a los 16 años, permitiendo prevenir situaciones de riesgo de embarazo y enfermedades sexuales a causa de una involucración más prematura en relaciones sexuales por parte de mujeres con TLP en relación con la población general (Brüne et al., 2017), teniendo en cuenta además que la primera relación sexual sucede en estadios cada vez más tempranos, aumentando el número de parejas sexuales cuanto más precoz sea el primer coito (Mendoza et al., 2012). Por otro lado, en cuanto a la edad máxima de inclusión, se asocia el rango de 18-25 años a la adultez emergente. Esta etapa se caracteriza por la importancia otorgada a la madurez psicológica y a los acontecimientos sociales normativos, ya que constituyen la transición a la edad adulta temprana (Arciniega y De Dios, 2005).

Además, dichas participantes deben tener 14 semanas de gestación o más por la decisión de no interrumpir el embarazo de acuerdo con la legislación española sobre el aborto (Cassidy, 2018) y se excluyen participantes con riesgo de suicidio alto y necesidades farmacológicas por el efecto que tengan en el tratamiento y en el feto (Ying et al., 2016).

En segundo lugar, el programa es llevado a cabo desde la TDC, centrada en los comportamientos desadaptativos, la identificación emocional, el control de impulsos y la mejora de la calidad en las relaciones con otros mediante la terapia individual y grupal, con módulos sobre mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal (Elices y Cordero, 2011). Cabe destacar que el estudio de Carter et al., (2010), le asigna un nivel de evidencia de 1++ sin intervención farmacológica (citado en De la Guía, 2011). Además, en el ensayo clínico de Bosch et al., (2002) se comparó con el tratamiento habitual (TAU), demostrando una mayor adherencia al tratamiento en TDC, considerándose así la terapia de elección para el TLP (citado en Pérez-Díaz y Yust, 2012).

De forma complementaria, se utiliza un enfoque interdisciplinar, donde la matrona supervisa, modera y contrasta la información que las gestantes pueden tener (Baena-Antequera et al., 2020), respondiendo a sus necesidades y temores, teniendo en cuenta la calidad, dignidad y autonomía, el reconocimiento de sus particularidades y la reducción de procedimientos innecesarios (Lafaurie et al., 2020), mientras que el educador social se encarga de la parte burocrática. De esta forma, dicho programa es de especial utilidad en embarazadas con TLP, ya que, como se ha dicho anteriormente, tienden a sentirse menos competentes en cuanto a la crianza e ineficaces a en el cuidado de sus hijos, viviendo la situación de manera más estresante que la población general (Turaglio, 2013).

Asimismo, el programa trabaja el apoyo social percibido (Reina-Barreto et al., 2019). Esto es fundamental por la relación entre mayor nivel de estrés materno con una disminución de la sensación de apoyo (Baena-Antequera et al., 2020),

especialmente en participantes adolescentes donde el contexto familiar influye en las alternativas sociales y económicas (De Mendoza y Quintanilla-Campos, 2022). El trabajo en este módulo produce cambios muy favorables cuando se identifican disparadores de situaciones conflictivas y se sustituyen con respuestas menos invalidantes, reduciendo la percepción de abandono por la persona con TLP (Apfelbaum y Gagliesi, 2004).

Para la medida de las áreas anteriores y de forma adicional a otros programas, se utiliza el Instrumento “Vínculo entre padres e hijos neonatos”, para observar el progreso en la relación maternofilial, y el Cuestionario MOS, para el apoyo social percibido.

Además, el programa se adapta al embarazo y puerperio, englobando un total de 7 meses en lugar de los 6 meses mínimos recomendados para la TDC (Elices y Cordero, 2011), permitiendo aplicar los módulos complementarios de maternidad y apoyo social. Esto es así debido a la importancia de incidir en el puerperio, momento después del parto hasta los 35-40 días, caracterizado por múltiples cambios biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la estabilidad de la madre (Vargas-Vásquez et al., 2022), produciéndose las modificaciones hormonales más importantes a lo largo de la vida reproductiva de la mujer y cambios en el sueño, humor, emociones, comportamiento y cognición, donde aparecen ciertos déficits asociados con la atención, memoria o velocidad de procesamiento entre otros (Carrizo et al., 2020). En definitiva, es un periodo de aumento de la necesidad de apoyo emocional, confianza para afrontar los miedos y acompañamiento (Vargas-Porras et al., 2020).

En cuanto al seguimiento, se lleva a cabo en tres momentos distintos debido a que las interacciones entre la diada madre-hijo van cambiando en función del progreso de coordinación de la atención del bebé en la madre, el objeto y el contexto (Muñoz y Farkas, 2018), proporcionando seguimiento a medio y largo plazo.

Por último, el establecimiento de espacios de reflexión y supervisión para los profesionales reduce el burn out y su influencia en las sesiones terapéuticas ya que el trabajo con personas con TLP supone lidiar con contenidos de alto nivel emocional y dificultades en la vinculación, generando así contratransferencia en la relación terapéutica y poniendo de manifiesto las limitaciones de los terapeutas (Cahill et al., 2021).

8. **Análisis de datos**.

Al recoger las respuestas de los test como variables ordinales, las pruebas empleadas son T de Student para muestras relacionadas y Wilcoxon en el caso de no cumplirse los criterios de normalidad. El resultado permitirá saber si hay una diferencia significativa en las puntuaciones pre y post tratamiento en términos de sintomatología del TLP, depresión, ansiedad, apoyo social percibido y mejora del vínculo maternofilial. Si la diferencia es significativa, se puede concluir que el tratamiento ha mejorado las áreas anteriores en la muestra de embarazadas con TLP.

9. **Dificultades y limitaciones**.

En primer lugar, la muestra continúa siendo pequeña, además de no haber encontrado instrumentos de medida del vínculo maternofilial durante el embarazo.

Por otro lado, se desconoce el nivel motivacional y la implicación de los participantes. No obstante, se trabaja la alianza terapéutica durante las sesiones, se intenta reducir el burn out en profesionales y se incluye el trabajo con el entorno social de la paciente.

Por último, no se considera haber recibido tratamiento psicofarmacológico previo, ya que los antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y antidepresivos podrían modificar la expresión conductual final (Gómez et al., 2013), además de generar problemas asociados al desarrollo del bebé (Gentile, 2015).

10. **Futuras investigaciones**.

Es recomendable tener en cuenta los tratamientos psicofarmacológicos adicionales; ampliar el rango de edades, ya que como dicen García et al., (2010), el

diagnóstico es menos frecuente a mayor edad, pero implica una mayor gravedad cuando sucede; ampliar el seguimiento y utilizar test que midan la relación de apego maternofilial durante el embarazo.

11. **Referencias bibliográficas**.

Aidane, É., Wendland, J., Rabain, D., & Marie, P. (2009). An Atypical Therapeutic Treatment Program: Therapeutic Co-constructions of the Early Relationship between a Borderline Mother and Her Baby. *La psychiatrie de l'enfant*, *52*(1), 131-166. https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2009-1-page-131.htm

Almuelle, E. (2017). *Representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres con diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe* [Tesis de Pregrado, Universidad Continental]. http://hdl.handle.net/20.500.12404/8459

Ambriz, A. K., y Peris. L. (2009). Trastorno límite de la personalidad y patología dual. *Monografía sobre Patología Dual: Co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos*, 97-107.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.), 364.

Apfelbaum, S., & Gagliesi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex*, *15*(58), 295-302.

Aragonès, E., Moreno, A. F., y Loayssa, J. R. (2015). Los trastornos de personalidad. El trastorno límite de la personalidad. *Actualización en Medicina de Familia, 11*(5), 265-271.

Arciniega, U., y De Dios, J. (2005). En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *3*(1), 145-160. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832310013

Baena-Antequera, F., Jurado-García, E., Fernández-Carrasco, F. J., Rodríguez, L., Gómez-Salgado, J., & Vázquez, J. M. (2020). Atención del embarazo durante la

epidemia de COVID-19, ¿un impulso para el cambio? *Revista Española Salud Pública*. http://hdl.handle.net/10481/64526

Bonfig, J., Herpertz, S. C., & Schneider, I. (2022). Altered hormonal patterns in borderline personality disorder mother-child interactions. *Psychoneuroendocrinology*, *143*. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105822

Brüne, M., Jiaqing, O., Schojai, M., Decker, C., & Edel, M. A. (2017). Mating strategies and experience of early adversity in female patients with borderline personality disorder: Insights from life history theory. *Personality and Individual Differences*, *113*, 147-154. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.03.024

Cahill, C. R., Llavero, G. R., Escudero, D. M., Fernández, P. G., Rodríguez, F. S., García, M. I. C., & González, K. M. (2021). Iatrogenia en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad. *Revista Clínica Contemporánea.* https://doi.org/10.5093/cc2021a21

Campo, C., & D'Ascenzo, I. (2010). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Revista Redes*, *2*(24), 23-53.

Carcone, D., Tokarz, V. L., & Ruocco, A. C. (2015). A systematic review on the reliability and validity of semistructured diagnostic interviews for borderline personality disorder. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *56*(2), 208. https://doi.org/10.1037/cap0000026

Carrizo, E., Domini, J., Quezada, R. Y. J., Serra, S. V., Soria, E. A., & Miranda, A. R. (2020). Variaciones del estado cognitivo en el puerperio y sus determinantes: una revisión narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, *25*, 3321-3334. https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.26232018

Cassidy, P. R. (2018). Estadísticas y tasas de la mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. *Revista muerte y duelo perinatal*, *4*, 23-34.

Castañeda Bermúdez, E. J. (2022). *Eficacia y seguridad comparativas de estabilizadores del ánimo para conducta agresiva e impulsiva en pacientes con*

trastorno limítrofe de la personalidad: una revisión sistemática y meta-análisis [Disertación Doctoral, Universidad Autónoma de Nuevo León].

Cervera, G. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Ed. Médica Panamericana.

Comunidad de Madrid registra un incremento de su población. (s.f.) Datosmacro.com. https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/espana-comunidades-autonomas/madrid#:~:text=Comunidad%20de%20Madrid%20cerr%C3%B3%20junio,cuanto%20a%20poblaci%C3%B3n%20se%20refiere

Costa. D. O., Souza, F. I. S. D., Pedroso, G. C., y Strufaldi, M. W. L. (2018). Mental disorders in pregnancy and newborn conditions: longitudinal study with pregnant women attended in primary care. *Ciencia & saude coletiva, 23*, 691-700. https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.27772015

Crandell, L. E., Patrick, M. P., & Hobson, R. P. (2003). 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *The British Journal of Psychiatry*, *183*(3), 239-247. https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.239

De Genna, N. M., Feske, U., Larkby, C., Angiolieri, T., y Gold, M. A. (2012). Pregnancies, abortions and births among women with and without borderline personality disorder. *Women's Health Issues, 22*(4), e371-e377. https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.05.002

De la Guía, G. D. T. (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. *Agència de Quialitat i Avaluaciè Sanitàries de Catalunya-AQUAS*. http://hdl.handle.net/11351/810

De Mendoza, A. S. A., & Quintanilla-Campos, M. N. (2022). El apoyo social presente en el embarazo y puerperio de la madre adolescente. *Entorno*, *1*(72), 55-65. https://doi.org/10.5377/entorno.v1i72.13238

Ehrenthal, J., Levy, K., Scott, L., & Granger, D. (2018). Attachment-Related Regulatory Processes Moderate the Impact of Adverse Childhood Experiences on Stress

Reaction in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 32*, 93-114. https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.supp.93

Espíndola, J. G., Morales, F., Díaz, E., Meza, P., Sánchez, C., Carreño, J., Escalante, A., Medina, A., y Brull, A. L. (2006). Estudio descriptivo de un grupo psicoterapéutico de pacientes obstétricas con trastorno mental. *Perinatología y reproducción humana*, *20*(4), 91-97.

Espínola, S. R., & Enrique, H. C. (2007). Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate*, *7*, 155-168. https://doi.org/10.18682/pd.v7i0.433

Esteban, R. F. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck universitarios de Lima. *Revista de Psicología (Trujillo)*, *15*(2), 170-182.

Hospitales públicos madrileños atendieron 689 ingresos de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad el año pasado. (2013). Europa Press Madrid. https://www.europapress.es/madrid/noticia-hospitales-publicos-madrilenos-atendieron-689-ingresos-pacientes-trastorno-limite-personalidad-ano-pasado-20130913143543.html

Ferrer, M., Prat, M., Calvo, N., Andión, Ó., y Casas, M. (2013). Prevención del trastorno límite de la personalidad del adulto: tratamiento de los adolescentes con síntomas límites. *Revista Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, *4*(22), 65-70.

Frías, Á., Palma, C., Farriols, N., & González, L. (2016). Sexuality-related issues in borderline personality disorder: A comprehensive review. *Personality and mental health*, *10*(3), 216-231. https://doi.org/10.1002/pmh.1330.

García, M., Martín, M., y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *30*(2), 263-278.

Gentile, S. (2015). Pharmacological Management of Borderline Personality Disorder in a Pregnant Woman with a Previous History of Alcohol Addiction: A Case

Report. *Clin Drug Investig, 35*, 761–763. https://doi.org/10.1007/s40261-015-0337-z

Gómez, T. L., Gómez, V. L., & Sio, S. B. (2013). Asenapina en Trastorno de Personalidad Límite. *Psiquiatria.com, 17*(2). http://hdl.handle.net/10401/6135

Guillén, A., y Buela, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI) [Psychometric revision and differential item functioning in the State Trait Anxiety Inventory (STAI)]. *Psicothema, 23*(3), 510–515.

Hernández, C., Moreso, N., Val, M., Carretero, C., Piñana, C., y Sans, J. (2017). El rol de los estados emocionales maternos y del vínculo maternofilial en la regulación de los niveles basales de cortisol del bebé. *Psicosomática y psiquiatría*, *1*(1), 99.

Herrera Gómez, A. (2022). El modelo de atención por matronas durante el embarazo y parto de bajo riesgo, en comparación con otros modelos de atención. *Ene. Revista de Enfermería*, *16*(1).

Instituto Nacional de Estadística (16 de noviembre de 2022). Movimiento Natural de la Población: Nacimientos [Fichero de datos]. https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=6509

Lafaurie, M. M., Angarita, M. D. P., & Chilatra, C. I. (2020). Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (38), 180-195. http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38376

Leal, K., & Vidales, M. (2019). Integración de la terapia Cognitivo Conductual y terapia centrada en soluciones en un taller para el aumento de la autoestima y asertividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 22*(2), 42-71.

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Alemania: The Lancet, 377*, 74 – 84. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5

Levy, K., Beeney, J., y Temes, C. (2011). El apego y sus vicisitudes en el trastorno límite de la personalidad. *Current Psychiatry Reports 13*(1), 50–59. https://doi.org/10.1007/s11920-010-0169-8

López, A. F., Rondón, J. M., Cellerino, C., & Alfano, S. M. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los Trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Theodore Millon. *Ciencias Psicológicas*, *4*(2), 239-271.

Lorca, M. F. (2020). *El sentido de la vida como factor protector del trastorno límite de la personalidad* [Tesis de doctorado, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir]. http://hdl.handle.net/20.500.12466/1311

Macfie, J., & Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver–child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, *21*(3), 993-1011. https://doi.org/10.1017/S0954579409000534

Mastandrea, P. B., Paragis, M. P., & Badii, I. C. (2022). Cine y trayectorias del aborto adolescente en Argentina y España. *Revista Colombiana de Bioética*, *17*(2). https://doi.org/10.18270/rcb.v17i2.3777

Martínez, A. L. (2016). *Programa de promoción y educación en salud para la prevención y mejora del diagnóstico del trastorno límite de personalidad* [Trabajo de Fin de Máster, Universidad Pública de Navarra]. https://hdl.handle.net/2454/23211

Mendoza, L. A., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, C., López, D., Núñez, A., & Acuña, M. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, *77*(4), 271-279. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400006

Monterroso, A. M., Murillo, M., Llamas, S. A., García, S. M., & Albert, I. (2017). Evolución de la gestación en una mujer afecta de TLP. *Psicosomática y psiquiatría*, (1), 92-93.

Mosquera, D., y González, A. (2013). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, *3*(3), 1-33.

Moran, P., Bick, D., Biddle, L., Borries, B., Kandiyali, R., Rigby, J., Seume, P., Sadhnani, V., Smith, N., Swales, M., y Turner, N. (2022). A feasibility randomised controlled trial with an embedded qualitative evaluation of perinatal emotional skills groups for women with borderline personality disorder: protocol for the EASE study. *Pilot Feasibility Studies, 8*, 215. https://doi.org/10.1186/s40814-022-01177-y

Muñoz, E., & Farkas, C. (2018). Relación entre atención compartida madre-hijo, sensibilidad materna y expresión emocional gestual infantil. *Acta colombiana de Psicología, 21*(2), 131-155. https://doi.org/10.14718/acp.2018.21.2.7

Muñoz, J. A., & Sánchez, M. (2006). Estructura de la familia de origen del trastorno límite de la personalidad. *Ajayu órgano de difusión científica del departamento de psicología UCBSP*, *4*(1), 59-89.

Niell, L. (2018). Características clínicas de la conducta suicida y parasuicida en el trastorno límite de la personalidad. *XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*.

Organización Mundial de la Salud (2019). Clasificación Internacional de las Enfermedades (11ª ed.). https://icd.who.int/es

Pare, V., Czuzoj, N., Oddy, L., Spence, A. R., & Abenhaim, H. A. (2016). Effect of borderline personality disorder on obstetrical and neonatal outcomes. *Women's Health Issues*, *26*(2), 190-195. https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.11.001

Pearson, R., Campbell, A., Howard, L., Bornstein, M., O'Mahen, H., Mars, B., y Moran, P. (2018). Impact of dysfunctional maternal personality traits on risk of offspring depression, anxiety and self-harm, at age 18 years: a population-based longitudinal study. *Psychological Medicine, 48*(1), 50-60. https://doi.org/10.1017/S0033291717001246

Pérez-Díaz, Á. G. L., & Yust, C. C. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *international Journal of psychology and psychological Therapy*, *12*(1), 97-114.

Pérez, D., Rodríguez, M., & Rodríguez, A. (2020). Prevalencia de trastorno mental en embarazadas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, *24*(4).

Prasad, D., Kuhathasan, N., de Azevedo, T. et al., (2022). The prevalence of borderline personality features and borderline personality disorder during the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *Arch Women's Ment Health, 25*, 277–289. https://doi.org/10.1007/s00737-022-01218-8

Prittwitz, C. U. (2022). *Evaluación, diagnóstico y tratamiento de un caso con trastorno límite de la personalidad* [Trabajo de Fin de Máster, Universidad Europea de Madrid]. http://hdl.handle.net/20.500.12880/2343

Reina-Barreto, J. A., Criollo-Espín, C. A., & Fernández-D'Andrea, K. (2019). Apoyo social en la maternidad indeseada de estudiantes universitarias ecuatorianas: Análisis desde la perspectiva de género. *Prospectiva*, (27), 107-137. https://doi.org/10.25100/prts.v0i27.6745

Roncallo, P. G., Alvarez, A. E., Barret, F. B., de Miguel, M. S., Artetxe, F. O., & Arranz, E. (2017). Vínculo materno-fetal y postnatal: Posibles diferencias en madres tras el tratamiento de Reproducción Asistida. *Psicosomática y psiquiatría*, (1), 86-87.

Rodríguez-Fernández, J. M., García-Acero, M., & Franco, P. (2012). Neurobiología del estrés agudo y crónico: Su efecto en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la memoria. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, *21*(1-3), 78-90.

Rosenbach, C., Heinrichs, N., Kumsta, R., Schneider, S., & Renneberg, B. (2022). Study protocol for a multi-center RCT testing a group-based parenting intervention tailored to mothers with borderline personality disorder against a waiting control group (ProChild*-SP1). *Trials*, *23*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s13063-022-06531-2

Rubilar, K., & Halpern, M. (2012). Riesgos psicosociales en los hijos de personas con trastornos de salud mental. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, *23*, 31-41.

Sansone, R. y Sansone, L. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *8*(5), 16-20.

Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & Garcia-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *22*(1).

Schore, A. (2003). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental heath. *Infant Mental Heath Journal*, *22*(1-2). https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:13.0.CO;2-9

Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Steinberg, L., y Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Journal of Cognitive Education and Psychology, 2*(1), 55-87. https://doi.org/10.1891/194589501787383444

Taboada, A., Cepeda, M., & Alvano, S. A. (2012). *Trastorno límite de la personalidad*. [Tesis académica, Universidad Favaloro]

http://www.creandoconciencia.org.ar/enciclopedia/salud/TRASTORNO-LIMITE-DE-PERSONALIDAD.pdf

Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, T. y Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, *41*(6), 416-425. https://doi.org/10.1053/comp.2000.16560

Turaglio, L. I. M. (2013). *La mentalización en madres con trastorno límite de personalidad y la autorregulación emocional en los niños*. [Tesis académica, Universidad Pontificia Comillas] https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/135955

Van Ravesteyn, L. M., Kamperman, A. M., Schneider, T., Raats, M. E., Steegers, E., Tiemeier, H., Hoogendijk, y W., Lambregtse-van den Berg, M. (2018). Group - based multicomponent treatment to reduce depressive symptoms in women with comorbid psychiatric and psychosocial problems during pregnancy: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 226*, 36-44. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.019

Vargas, A. N., & Pardo, M. P. (2020). Validez y consistencia interna del instrumento Vínculo entre padres e hijos neonatos. *Enfermería Global, 19*(59), 255-285. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.403721

Vargas-Porras, C., Hernández-Molina, L. M., & de Molina-Fernández, M. I. (2020). Aspectos percibidos por las madres primerizas como favorecedores en la adopción de su nuevo rol. *Revista Cubana de Salud Pública*, *45*(4)

Vargas-Vásquez, A. N., Mantilla, M. I., Moncada, A. M., Castro, A. P. (2022). Prácticas culturales de cuidado en el binomio madrehijo durante el puerperio: Revisión integrativa. *Hacia la Promoción de la Salud, 27*(2). https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.2.14

Vera, C., Giner, L., Baca, E., & Barrigón, M. L. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, *26*(1), 1-6. https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.02.003

Villalba, L. (2011). Psicopatología de los trastornos de personalidad límite y su tratamiento según la teoría de la mentalización de Peter Fonagy. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, *75*(1), 14-19.

Vitte, L., Hauguel, C., Benoit, V., Genet, M. C., Letot, J., Bruel, H., Delaunay, F., Le Roux, P., Gerardin, P., Devouche, E., & Apter, G. (2022). Panda Unit, a Mother-Baby Unit Nested in a Neonatal Care Service. *Frontiers in Psychiatry*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.889557

Ying. J., Yin. C., Chong. Y., Ye. L., Leong. E., Chi. C. y Broekman. B. (2016). A suicidal pregnant patient's request for premature Cesarean section: Clinical and ethical challenges. *Revista de trastorno afectivos, 194*, 168-170. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.018

Zamorano, T. (2017). *Autorregulación emocional y estilos de afrontamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad*. [Tesis académica, Universidad Potificia Católica del Perú]. http://hdl.handle.net/20.500.12404/8762

14. **Anexos**.

Anexo 1

Mapa de los hospitales del programa.

Anexo 2

Módulo de maternidad

Instrucciones teóricas y prácticas para la maternidad	
Objetivos:	Aumentar la sensación de control en la paciente de cara a la maternidad.
Materiales:	Bebés de juguete, material audiovisual, infografía, documentación…
Duración:	1h30'.
Formato:	Grupal.
Descripción:	La matrona será la encargada de las seis primeras sesiones y el educador social de la última. 1ª sesión: -Psicoeducación sobre los cambios hormonales y físicos: de qué manera afectan la prolactina, la progesterona, las hormonas esteroides y la oxitocina; la posibilidad de partos prematuros por acumulación de oxitocina por situaciones estresantes; aparición de náuseas y vómitos, dolores lumbares o costales, insomnio; la asociación de un nivel de fatiga elevado a sintomatología ansioso-depresiva, etc. -Ofrecer pautas dietéticas para el embarazo y la lactancia: consumo de ácido fólico, distribución calórica de comidas, alimentación a evitar… 2ª sesión: Psicoeducar sobre el ejercicio del parto: qué es una episiotomía, tipos de empuje (en inspiración y bloqueo o en espiración frenada), cómo realizar cada uno, fuerzas que intervienen (activas: matriz, transverso profundo del abdomen, y pasivas: periné y gravedad), anestésicos locales más empleados en obstetricia (bloqueo combinado intradural-peridural, lidocaína, etc.) y anomalías en la situación o posición fetal que puedan provocar complicaciones. 3ª sesión: Psicoeducación sobre la lactancia: qué es el calostro y la leche madura, cuántas veces debe mamar aproximadamente, hacerlo a demanda, no ofrecer biberón o chupete los primeros días de vida, técnica de lactancia adecuada (cómo mejorar el agarre del pezón, cuándo saber que ya está saciado…), posibles complicaciones (pechos congestionados, pezones dolorosos y grietas, mastitis, escasez de leche) y cómo tratarlas, influencia en la lactancia del consumo de medicamentos y otras sustancias, métodos alternativos para las que no quieran dar de mamar, etc. 4ª sesión: Reeducación del suelo pélvico: psicoeducación sobre los músculos que lo componen, consecuencias del debilitamiento, identificación en sí mismas del periné y los músculos implicados, practicar las contracciones sentadas, dar indicaciones de cómo hacerlo en casa. 5ª sesión: -Primeros auxilios especializados en niños y bebés: precauciones en el hogar; educación vial y disponer de dispositivos adecuados a su edad y peso dentro de los automóviles; cómo actuar ante lesión ocular, heridas, picaduras, parada cardiorrespiratoria, obstrucciones de la vía aérea, intoxicaciones con medicamentos (paracetamol, ibuprofeno, aspirinas, antidepresivos o cáusticos, etc.) o ante quemaduras solares. -Infografía con instrucciones resumidas. 6ª sesión: -Psicoeducación sobre la evolución de los niños, en torno a qué momentos del desarrollo se producen cambios determinados, cómo estimularle para potenciar su desarrollo cognitivo y psicomotor, etc. -Ofrecer pautas sobre alimentación complementaria del bebé y tiempos en los que se van introduciendo distintos alimentos. 7ª sesión: Ofrecer información acerca de los derechos laborales: permiso de maternidad, permiso del padre, permiso de lactancia, reducción de jornada y excedencia sin sueldo, etc.

Anexo 3

Escáner corporal. Módulo mindfulness.

Escáner corporal LauraVazquez.mp3

Anexo 4

Ejercicio de aceptación. Módulo mindfulness.

Ejercicio de aceptación

Comenzamos pensando en situaciones, cosas o personas en las que no podemos influir ni cambiar. Haz una lista de las que más te afecten.

-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

1. ¿Cómo describe a los demás el modo en que le afecta a su vida?

2. ¿Qué palabras claves cuentan realmente la historia?

3. ¿Cómo le hace sentir esa descripción?, ¿qué emociones aparecen en ti cuando cuentas a los demás tu dolor?

4. Si pudieras darle un nombre a tu dolor, ¿cuál sería, qué color tendría, dónde lo sientes en el cuerpo, tiene alguna forma?

5. Piensa en un nombre que sea menos negativo, para denominar a ese dolor. ¿Qué parte(s) de tu dolor o de tu estado crees que podrías aceptar en algún momento?, ¿cómo te ocuparías del dolor de un amigo/familiar si le pasase lo mismo?, ¿cómo una actitud de aceptación podría cambiar como te sientes?, ¿cómo cambiaría la historia?

Anexo 5

Relajación progresiva de Jacobson. Módulo mindfulness.

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA JACOBSON

PASO A PASO

1 BRAZOS

- APRIETA Y AFLOJA PUÑOS.
- DOBLA Y EXTIENDE BRAZOS.

2 CARA, CUELLO, HOMBROS

- ARRUGA FRENTE.
- FRUNCE ENTRECEJO.
- APRIETA MANDÍBULA.
- LENGUA CONTRA PALADAR.
- APRIETA LABIOS
- GIRA CUELLO (ATRÁS, DELANTE, DCHA, IZDA)
- ELEVA Y MUEVE HOMBROS EN CÍRCULO

3 PECHO, VIENTRE Y ESPALDA

- ESPIRA E INSPIRA, NOTA LAS PAREDES DEL PECHO.
- "ABRAZA AL BEBÉ", CONTRAE ABDOMEN ADENTRO.
- ARQUEA ESPALDA.

4 CADERAS Y PIERNAS

- APRIETA GLÚTEOS.
- PRESIONA CADERA HACIA ABAJO.
- APRIETA MUSLOS.
- TENSA GEMELOS Y TOBILLOS

5 SENTIR CADA PARTE

NOTA LA RELAJACIÓN ENGLOBANDO CADA UNA DE LAS ÁREAS ANTERIORES, PASO POR PASO (BRAZOS, TORSO, ABDOMEN, PIERNAS)

6 RELAJACIÓN TOTAL

RESPIRA PROFUNDAMENTE, CÉNTRATE EN LAS SENSACIONES, SIENTE LA PESADEZ DE TU CUERPO

7 VUELVE A CONECTAR

CUENTA HASTA 3 MENTALMENTE, ABRE LOS OJOS Y COMIENZA A MOVERTE POCO A POCO

10 seg. cada ejercicio. En extremidades hacer izda, dcha, 2 veces cada una, y ambas

Anexo 6

Ejercicio "Yo Observador". Módulo mindfulness.

TÉCNICA "YO OBSERVADOR" (Guía para terapeutas)

Tras la respiración abdominal continúan sentadas y con los ojos cerrados sin perder la concentración. Hablar con voz pausada y dejar unos segundos entre cada pregunta.

A continuación, vamos a examinar los roles que has tenido y tienes a lo largo de tu vida.

Nos trasladamos a tus primeros años de vida. Vamos a enfocarnos en los años de colegio: ¿qué rol tenías de estudiante?, ¿de compañera?, ¿cómo te preparabas los exámenes?, ¿y los trabajos?, ¿cómo actuabas con tus profesores?, ¿solías aprobar o suspender?, ¿cómo actuabas cuando aprobabas?, ¿y cuando suspendías?, ¿tus mejores amigas eran de clase?, ¿te han tratado mal alguna vez?… Observa las escenas en tu cabeza con atención. Mantén la imagen de cuando eras niña. Imagínate cuando te portabas bien y mal, ¿qué hacías?, ¿cómo reaccionaban tus padres?, ¿cuál ha sido tu peor castigo?, ¿y tu mejor recompensa?, ¿cómo te trataban tus abuelos?, ¿con quién has tenido mayor afinidad?… Todos han ido cambiando a lo largo de los días, meses y años en función del contexto, todos habéis ido evolucionando. Sin embargo, siempre hay un "yo" que observar esos cambios y toma consciencia de lo que está sucediendo. Eres mucho más que esos roles.

Observamos ahora la parte más corporal. Toma consciencia de cómo estás ahora, de tu postura, colocación de los pies y manos, cabeza, hombros, brazos, piernas, vientre. Toma consciencia del bebé dentro de tu cuerpo. Cómo te ves desde fuera ahora mismo. Sientes el tacto de la silla, de la temperatura de la habitación, del suelo bajo tus pies… Vuelve a tu imagen de niña. ¿Cómo era tu vivir a través de tu cuerpo?, ¿en qué te ayudaba?, ¿eras más ágil, fuerte, rápida…?, ¿lo tenías lleno de moratones?, ¿qué era lo que más y menos te gustaba de él? Y ¿cómo lo sentías siendo más mayor?, ¿había cambiado algún complejo?, ¿te había comenzado a gustar más una parte de ti que antes odiabas?… Y qué pasa cuando te enfermas, ¿sientes el estómago revuelto, cansancio, nauseas?… Y ¿cuándo haces ejercicio?, ¿notas tus músculos activados, palpitaciones, sudor?… Y ahora con el embarazo. ¿sientes nauseas, mareos, los pies hinchados, sientes al bebé moviéndose, te duele la espalda, estás cansada…? Aunque tienes un cuerpo no eres ese cuerpo, pero siempre ha habido un "yo" observando tu evolución física.

Piensa en una situación en la que has estado muy triste, permítete sentirlo (también con alegre, aburrida, enfadada…). ¿Cómo lo sentías?, ¿qué hiciste?, ¿dónde lo sentías…? No eres del todo tus emociones, pero siempre permanece el "yo" que las experimenta desde una perspectiva más distante y amplia.

Vamos a los pensamientos. ¿Qué piensas ahora (también con ayer, en la adolescencia, en la infancia…), sobre la amistad, la familia, la sociedad…? Observa si son exactamente los mismos pensamientos a los de ahora. Observa los cambios que hay, contacta con tu yo que trasciende esos pensamientos. Recuerda si has estado luchando con algún pensamiento, deja a un lado esa lucha porque ahora lo estás observando a lo lejos, estás englobando todo el pensamiento y se ve muy pequeño. Sé consciente de que eres tú misma dándote cuenta de estas cosas.

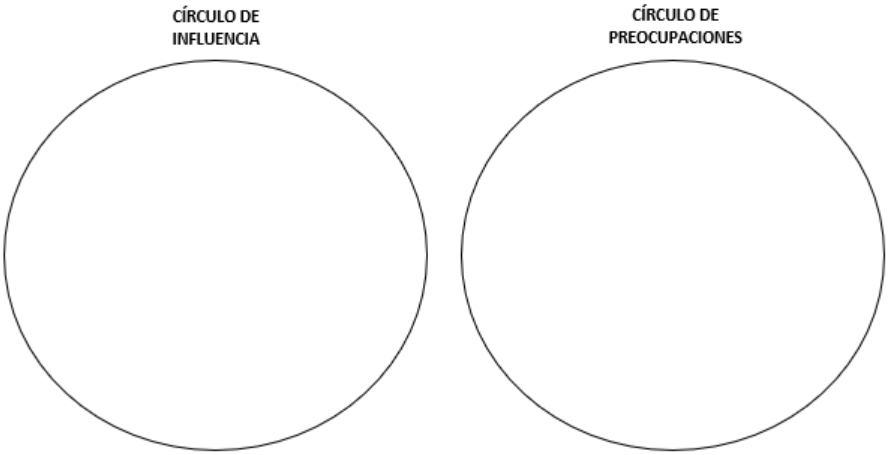
Finalizar con respiración abdominal.

Anexo 7

Ficha manejo del estrés. Módulo tolerancia al malestar.

EJERCICIO: MANEJO DEL ESTRÉS

FUENTES DE ESTRÉS	PUNTUAR 1-10	FUENTES DE ESTRÉS	PUNTUAR 1-10
• Cocinar		• Tareas domésticas	
• Conducir		• Buscar vivienda	
• Compañeros de clase/trabajo		• Ahorrar dinero	
• Desempleo		• Problemas tecnológicos	
• Dieta/peso		• Problemas familiares	
• Exámenes		• Salir con amigos	
• Fechas límite		• Llegar tarde	
• Estudiar		• Trabajo/estudios actuales	
• Hablar en público		• Enfrentarse a miedos	
• Gastar dinero		• Separarse de pareja	
• Jefes/profesores		• Ver las noticias	
• Maternidad		• Redes sociales	
• Perder un trabajo		• Postergar	
• Relaciones amorosas		• Tener una enfermedad	



Anexo 8

Ejercicio Distraernos. Módulo de tolerancia al malestar

EJERCICIO: DISTRAERNOS

Haz un círculo en las actividades que sabes que te ayudarían a distraerte:

- Dar un paseo por la naturaleza
- Quedar con un amigo
- Comer
- Hacer ejercicio
- Leer un libro
- Ver una serie
- Meditar
- Escuchar música
- Ir de compras
- Viajar
- Aprender algo nuevo
- Decorar tu casa
- Ver fotos antiguas
- Ducharte
- Jugar a juegos de mesa
- Ver a algún familiar

Añade más cosas a tu lista:

-

-

-

-

Aplícalas en tu día a día:

Dolor antes (1-10)	Actividad/cosa que me gusta	Dolor después (1-10)