



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

## Trabajo Fin de Grado

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA BASADA EN LA TERAPIA  
DIALÉCTICO-CONDUCTUAL Y DIRIGIDA A  
LA SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO  
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN  
PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO**

**Alumno/a: María Rodríguez Aguilera**

Tutor/a: Casandra Isabel Montoro Aguilar.

Dpto.: Psicología

**Junio, 2021**

## ÍNDICE

|                                                                                                                                            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Resumen .....</b>                                                                                                                    | <b>4</b>  |
| <b>1.1. Abstract .....</b>                                                                                                                 | <b>5</b>  |
| <br>                                                                                                                                       |           |
| <b>2. Marco teórico .....</b>                                                                                                              | <b>6</b>  |
| <b>2.1. Trastorno límite de la personalidad .....</b>                                                                                      | <b>6</b>  |
| <b>2.1.1. Definición .....</b>                                                                                                             | <b>6</b>  |
| <b>2.1.2. Sintomatología y criterios diagnósticos según DSM-5 .....</b>                                                                    | <b>7</b>  |
| <b>2.1.3. Etiología .....</b>                                                                                                              | <b>8</b>  |
| <b>2.1.4. Epidemiología, comorbilidad y evolución .....</b>                                                                                | <b>10</b> |
| <b>2.2. Técnicas para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad .....</b>                                                     | <b>12</b> |
| <b>2.2.1. Terapia Dialéctico-Conductual .....</b>                                                                                          | <b>14</b> |
| <b>2.2.2. Predictores de abandono de la Terapia Dialéctico-Conductual en relación con el<br/>Trastorno Límite de la Personalidad .....</b> | <b>22</b> |
| <b>2.3. Dolor crónico y Trastorno Límite de la Personalidad .....</b>                                                                      | <b>24</b> |
| <br>                                                                                                                                       |           |
| <b>3. Justificación .....</b>                                                                                                              | <b>25</b> |
| <br>                                                                                                                                       |           |
| <b>4. Objetivos .....</b>                                                                                                                  | <b>26</b> |
| <b>4.1. Objetivo general .....</b>                                                                                                         | <b>26</b> |
| <b>4.2. Objetivos específicos .....</b>                                                                                                    | <b>26</b> |
| <br>                                                                                                                                       |           |
| <b>5. Metodología .....</b>                                                                                                                | <b>26</b> |
| <b>5.1. Contexto .....</b>                                                                                                                 | <b>26</b> |

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>5.2. Participantes .....</b>                                         | <b>26</b> |
| <b>5.3. Profesionales implicados en el programa .....</b>               | <b>28</b> |
| <b>5.4. Evaluación .....</b>                                            | <b>28</b> |
| <b>5.5. Procedimiento y plan de trabajo .....</b>                       | <b>31</b> |
| <br>                                                                    |           |
| <b>6. Resultados esperados .....</b>                                    | <b>45</b> |
| <br>                                                                    |           |
| <b>7. Discusión .....</b>                                               | <b>47</b> |
| <b>7.1. Relevancia e implicaciones clínicas de los resultados .....</b> | <b>47</b> |
| <b>7.2 Limitaciones y propuesta de mejora para líneas futuras .....</b> | <b>48</b> |
| <br>                                                                    |           |
| <b>8. Referencias bibliográficas .....</b>                              | <b>51</b> |
| <br>                                                                    |           |
| <b>9. Anexos .....</b>                                                  | <b>62</b> |
| <b>9.1 Anexo I. Cronograma .....</b>                                    | <b>62</b> |
| <b>9.2. Anexo II. Autorización del participante .....</b>               | <b>64</b> |
| <b>9.3. Anexo III. Plantilla de los vídeos de las emociones .....</b>   | <b>64</b> |

## 1. RESUMEN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno mental multidimensional que genera una elevada incapacidad funcional debido al patrón de comportamiento inestable y desadaptativo que presenta. Se caracteriza por una desregulación del estado de ánimo, conductas impulsivas como la autolesión y alteración de la identidad. Este afecta tanto a las relaciones intrapersonales como interpersonales. Se ha observado una estrecha relación entre la sintomatología del TLP y la presencia de dolor crónico en estos pacientes. El tratamiento con psicofármacos es efectivo si se presenta en combinación con psicoterapia, aunque aún no está bien definida su eficacia. La terapia psicológica que ha mostrado mejores resultados empíricos es la Terapia dialéctico-conductual (TDC).

En el presente trabajo se describe el diseño de un programa de intervención dirigido a mujeres de edades entre 25-35 años con TLP y dolor crónico. Se pretende aplicar la TDC en 17 sesiones, de las cuales tres son destinadas al seguimiento. Antes y después de la intervención, las participantes serán evaluadas para ver la evolución de estas, así como la efectividad del programa. De forma general, tras la puesta en marcha de este programa de intervención, se espera una mejora de los síntomas del TLP. Además, al tratar la sintomatología límite, se espera una reducción y mejora del dolor crónico, debido a la relación existente entre ambos descrita en la literatura científica.

De forma más específica, los resultados esperados tras la aplicación de dicho programa, son los siguientes: mejorar el control de conductas impulsivas desadaptativas como pueden ser las autolesiones o conductas suicidas; mejorar la autorregulación; mejorar las relaciones interpersonales; fomentar la regulación emocional y así reducir el malestar emocional y, reducir la intensidad del dolor crónico asociado al TLP. Es necesaria la puesta en práctica de programas de intervención como el descrito para abarcar de forma más eficaz el tratamiento del TLP en personas que presentan dolor crónico.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de la Personalidad, dolor crónico, Terapia Dialéctico-Conductual, mujeres, regulación emocional, control de impulsos, afecto negativo, habilidades interpersonales.

## 1.1. ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is a multidimensional mental disorder that generates high functional disability due to the stable and maladaptive behavior pattern it presents. It is characterized by dysregulation of the mood, impulsive behaviors such as self-harm, and by alteration of identity. This affects both intrapersonal and interpersonal relationships. It has been observed a close relationship between the symptoms of BPD and the presence of chronic pain in these patients. Treatment with psychotropic drugs is effective when presented in combination with psychotherapy although its efficacy is not yet well defined. The psychological therapy that has shown the best empirical results is the Dialectical-Behavioral Therapy (DBT).

The present project describes the design of an intervention program aimed at women aged 25 to 35 years with BPD and chronic pain. It is intended to apply the DBT in 17 sessions, three of which are intended for follow-up. Before and after the intervention, the participants will be evaluated to see their evolution, as well as the effectiveness of the program.

Generally, after the implementation of this intervention program, an improvement in BPD symptoms is expected. In addition, when treating borderline symptoms, it is also expected a reduction and improvement of chronic pain since, according to scientific literature, there is a relationship between them both.

Specifically, the results expected, after the application of said program are the following: improvement of the control of maladaptive impulsive behaviors such as self-harm or suicidal behaviors; improvement of self-regulation; improvement of interpersonal relationships; to promote emotional regulation and thus reduce emotional distress and to reduce the intensity of chronic pain associated with BPD. Implementation of intervention programs such as the one described is necessary to cover the treatment of BPD in people with chronic pain in a more effective way.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, chronic pain, Dialectical-Behavioral Therapy, women, emotional regulation, impulse control, negative affect, interpersonal skills.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

#### **2.1.1. Definición**

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se trata de “un trastorno dimensional, gradual, y dependiente de la intensidad del sufrimiento y del nivel de conflicto presente para relacionarse consigo mismo y, además, en sus relaciones interpersonales” (Asenjo, 2019, p.359). Se observa un aumento de la inestabilidad de la autoimagen y de las relaciones establecidas con el resto de personas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Según Etcheverría (2015), en cuanto al predominio de la insatisfacción de la autoimagen, pueden llegar a percibirse como perversos o incluso, de forma extrema, pierden el sentido de existencia. En ocasiones, se ven a sí mismos como víctimas, lo que los lleva a provocar situaciones que refuerzan dicha percepción (Asenjo, 2019).

Además, los pacientes que padecen este trastorno presentan una elevada impulsividad, lo que conduce a la realización de conductas desadaptativas dificultando el funcionamiento normal de la persona (Cardenal et al., 2007). Del mismo modo, tienden a ser egosintónicos, es decir, sus comportamientos y sentimientos son considerados por la persona como coherentes con ella misma (Cuevas y López, 2012). Dicho trastorno se asocia al abuso de sustancias, trastorno de somatización y patología afectiva ansiosa, entre otros (Cuevas y López, 2012).

Por otro lado, y de manera análoga, estas personas no suelen tolerar la soledad y la responsabilidad, por lo que, en ocasiones, emplean la automutilación o, en el peor de los casos, el suicidio (Fowler et al., 2013). Según Kernberg (1992), en este trastorno predominan las emociones intensas, destacando la ira y/o depresión.

Los aspectos anteriores conducen a un aumento de la incapacidad funcional, por lo que tiende a generar un incremento en los costes asociados a los servicios sanitarios (Soler et al., 2016).

### 2.1.2. Sintomatología y criterios diagnósticos según DSM-5

En 1980, el TLP fue incorporado por primera vez en la Tercera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III) como entidad definida (AIAQS, 2011). Más tarde, en 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo incorporó en la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), por lo que, a partir de ese momento fue considerado como un trastorno mental que incluye antecedentes familiares, fenomenología, curso y respuesta al tratamiento (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Actualmente, el TLP pertenece al grupo B de los Trastornos de la Personalidad del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), permitiendo diagnosticar a dichos pacientes menores de 18 años cuando presentan síntomas persistentes durante al menos un año, ya que, el diagnóstico se puede realizar de forma fiable al comenzar dicho trastorno antes de la edad adulta (Biskin, 2015).

Según la American Psychiatric Association, el TLP se caracteriza por:

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

9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (2013, p.364).

Se ha observado que la sintomatología del TLP es más elevada cuando la persona ha experimentado en la infancia o adultez algún trauma sexual, negligencia o castigo (Johnson et al., 2020). En diversos estudios se puede comprobar que las personas que han sufrido abuso infantil o un cuidado nefasto por sus padres son diagnosticadas cuatro veces más como TLP durante la adultez temprana que el resto de la población, incluso si la edad, educación parental y los trastornos mentales parentales son controlados estadísticamente (Johnson y Cohen, 1999).

Además, en un estudio desempeñado por Florezano et al. (2002), se concluyó que aquellas personas que habían experimentado algún trauma presentaron mayores tasas de somatización que aquellas que no mostraban antecedentes previos, así como, la asociación existente entre trauma-somatización fue explicada parcialmente por el número y características de las experiencias traumáticas. Cabe mencionar, que en aquellas personas que presentaron dichos traumas, también se observó una mayor prevalencia del TLP (Florezano et al., 2002).

### **2.1.3. Etiología**

Según diferentes estudios, determinar la etiología del TLP es una de las principales prioridades y desafíos para la investigación clínica en esta materia (Biskin, 2015; Zanarini et al., 2003), ya que actualmente se trata de uno de los trastornos que presenta mayor comorbilidad asociada a trastornos de ansiedad, alimentarios y del estado del ánimo (Greenfield et al., 2015).

El concepto límite, se ha empleado de diferentes formas, “en un inicio se utilizó cuando el profesional no estaba seguro del diagnóstico” (Torres, 2007, p.1). Pero, a medida que ha pasado el tiempo, se han aportado diferentes explicaciones y han surgido diversos modelos para abordar dicho trastorno desde distintas perspectivas como, por ejemplo, el modelo de Interacción Genético-Ambiental (GxE-I), que fue el que recibió mayor celebridad (Bornovalova et al., 2018). Este defiende la existencia de dos factores de riesgo latentes presentes en el TLP, uno hace referencia al factor genético y otro al ambiental (Reichborn-Kjennerud et al., 2013).

Además, han surgido diferentes modelos como son el de predisposición, patoplastia y causa común, que respaldan asociaciones encontradas entre personalidad y psicopatología (Durbin y Hicks, 2014).

Respecto al modelo de predisposición, defiende que los rasgos más significativos de las personas que presentan TLP incrementan el riesgo de que aparezca un nuevo trastorno (Durbin y Hicks, 2014).

En cuanto al modelo de patoplastia, destaca que los rasgos del TLP afectan de forma significativa al curso de los trastornos, por lo que presentaría una mayor gravedad y/o cronicidad de estos cuando la persona posee rasgos más altos de TLP (Durbin y Hicks, 2014).

Por último, en relación al modelo de causa común, defiende la existencia de una tercera variable, como podría ser la desregulación o desinhibición de las emociones, la que explicaría la comorbilidad presente entre los rasgos del TLP y otros trastornos (Durbin y Hicks, 2014).

Este último modelo es el que ha recibido mayor atención empírica, ya que defiende que las influencias a nivel neurobiológico que comparten los rasgos del TLP y los síntomas de otros trastornos comórbidos, pueden ser los responsables, en cierta parte, de su relación (Bornovalova et al., 2018).

Cabe mencionar que dichos modelos operan de forma simultánea, ignorando los cambios normativos del desarrollo en los niveles medios de los rasgos y la prevalencia de los trastornos, por lo que no consideran la influencia de estos cambios relacionados con la edad en la contribución en la comorbilidad entre los rasgos del TLP y otros trastornos (Durbin y Hicks, 2014).

En cuanto a los factores de riesgo para dicho trastorno, existen diferentes estudios desde la perspectiva genética y neuropsicológica que concluyen la importancia del componente hereditario en el aumento de la aparición de rasgos asociados al trastorno (Carpenter et al., 2013; Gunderson, 2011; Gunderson et al., 2011). Además, podemos destacar la discordia materno-infantil, la presencia de dicho trastorno por parte de la madre, la presencia de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) por parte del padre, así como depresión, TUS y tendencias suicidas en el adolescente como posibles factores de riesgo (Biskin, 2015). Como se ha

mencionado anteriormente, la presencia de traumas en la infancia es considerada como un factor de riesgo en su desarrollo (entre un 30% y 90% de estos pacientes narran haber sufrido experiencias traumáticas en la infancia). Incluso se ha observado que contribuye a la gravedad y evolución de este (Carmona et al., 2018).

#### **2.1.4. Epidemiología, comorbilidad y evolución.**

Dicho trastorno presenta una prevalencia entre el 0.5% y 5.9% de la población general. En España se ha observado un 0.7% de prevalencia anual (Carmona et al., 2018). Afecta en mayor proporción a mujeres (70% de los pacientes con este trastorno en entornos clínicos) (Biskin y Paris, 2012). La edad de inicio oscila en edades correspondientes a la adolescencia tardía y principios de la adultez, aunque se ha observado que los síntomas pueden comenzar, en algunos casos, en la infancia (Biskin, 2015). Durante la adolescencia, el curso del trastorno es inestable (Biskin, 2015).

Según Navarro-Haro et al. (2018), el ambiente familiar y social en el que se desarrolla la persona es significativo en el desarrollo y mantenimiento del TLP. Además, aunque sus familiares tengan un riesgo mayor de desarrollar alteraciones psicológicas, no existen intervenciones válidas desde un enfoque empírico para estos (Navarro-Haro et al., 2018).

A pesar de ser un trastorno con alta intensidad de malestar, presenta un pronóstico mejor de lo esperado, presentando mayor mejoría de los síntomas con un tratamiento adecuado (Biskin, 2015).

A partir de estudios retrospectivos, se ha observado que el 75% de los pacientes que se encuentran en un seguimiento de 15 años y, el 92% de los pacientes a los 27 años de rastreo acaban resolviendo sus síntomas (Biskin y Paris, 2012). Sin embargo, aquellas personas que no reciben un tratamiento adecuado o cuentan con un seguimiento a largo plazo, tienden a recaer en crisis (Zaheer et al., 2008). Esta información ha llevado a creer en muchos casos que las personas que presentan TLP siempre se encuentran envueltas en crisis continuas sin posibilidad de recuperación, por lo que dichos pacientes suelen ser estigmatizados en el sistema de salud mental (Aviram et al., 2006; Kealy y Ogrodniczuk, 2010).

Sin embargo, a pesar de que estas personas presenten un malestar intenso, su pronóstico es mucho mejor de lo esperado, ya que los resultados mejoran notablemente con el tratamiento adecuado. Asimismo, se encontró que el 93% de las personas con dicho trastorno tuvo, al menos, un período de dos años de remisión, del cual solo el 50% consiguió alcanzar un buen funcionamiento psicosocial (Biskin y Paris, 2012). Aunque, desafortunadamente, los pacientes con TLP muestran una mayor tasa de abandono del tratamiento en comparación con otros trastornos mentales, observándose una ratio de hasta un 64% (Carmona et al., 2018).

Además, se destaca que más de un 30% de estos pacientes comenzaron a presentar autolesiones cuando tenían 12 años o menos (Biskin, 2015). También se encuentra una alta tasa de amenaza o intento de suicidio, produciéndose en Estados Unidos más de 500.000 visitas relacionadas con este en los departamentos de emergencia cada año (Biskin y Paris, 2012).

Respecto a la comorbilidad, se trata de un trastorno de difícil diagnóstico ya que presenta sintomatología similar a otros trastornos psicológicos, como son los Trastornos del Estado de Ánimo, por lo que, desafortunadamente, gran parte de los casos no llegan a identificarse en la práctica (Biskin y Paris, 2012). Según Grant et al. (2008), las tasas de comorbilidad con el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) son hasta 32,1%. Se observa una alta comorbilidad (entre el 16.9% y 53.8%) entre el TLP y el Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), así como entre el TLP y el TUS (entre el 38% y 46%) (Carmona et al., 2018). En cuanto al Trastorno por Consumo de Alcohol (AUD) o Trastornos por Consumo de Drogas Ilícitas (DUD) esta alcanza hasta un 30,9% (Grant et al., 2008).

Es importante destacar la comorbilidad presente entre el TLP y el dolor crónico, ya que actualmente, es uno de los focos de atención de las investigaciones (Johnson et al., 2020). Diferentes estudios han concluido que el dolor crónico es más frecuente e intenso en pacientes diagnosticados de TLP, incluyendo, además, que más del 65% de estos presentan un diagnóstico de dolor crónico de por vida (Biskin et al., 2014; Heath et al., 2018; Sansone y Sansone, 2012). Esto desemboca en un incremento de los síntomas y del deterioro clínico y funcional de ambos trastornos (Johnson et al., 2020).

## 2.2. Técnicas para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad

Para el tratamiento del TLP se han empleado diferentes tipos de intervenciones, tanto farmacológicas como psicológicas.

Respecto a los tratamientos farmacológicos, no existe medicamento indicado específicamente para el TLP. Sin embargo, son empleados para síntomas específicos como son la falta de control de impulsos o la agresividad (Morales et al., 2019). Los más empleados son los antipsicóticos, ansiolíticos o hipnóticos, estabilizadores del humor y antidepresivos. Se ha observado que los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) no son eficaces en este trastorno y se recomienda la administración de otros alternativos (Morales et al., 2019).

Por otra parte, el TLP ha sido abordado por diferentes escuelas de la psicología, las cuales han intervenido empleando diferentes técnicas.

La escuela Cognitivo-Conductual considera que el TLP se caracteriza por una desadaptación conductual y cognitiva de la persona (Tetti et al., 2015). Esta aplica el Modelo Cognitivo-Conductual, el cual hace hincapié en la triada psicológica (pensamiento, sentimiento y conducta) (Venegas et al., 2017). De esta forma, según Sánchez (2007), la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) trata de identificar los pensamientos automáticos distorsionados que aparecen de forma automática mientras la persona se encuentra en una situación particular o recuerda un suceso pasado significativo. De esta forma, trata de abarcar de manera activa la manera de hacer frente a los pensamientos disruptivos del paciente desde la situación actual centrada en el presente, haciendo hincapié en que sea la persona el que aprenda a paliar sus propios síntomas (Beck, 1995).

Por otro lado, Lineham (1993) manifiesta que la identidad del paciente se desarrolla y consolida tras la interacción de su subjetividad y las respuestas del medio, la cual se repite como respuesta ante las circunstancias externas del ambiente. Sin embargo, la persona que presenta TLP posee una ambigua construcción de su identidad debido a la percepción ambigua que este experimental del medio exterior (Venegas et al., 2017). De esta forma, según Venegas et al. (2017), cuanto más validante sea el exterior para esta persona, esta podrá responder con más probabilidad, así como regular y proporcionar respuestas emocionales adecuadas a la situación.

Aunque dicho modelo fue el más utilizado hasta la fecha, en su aplicación estándar se observaron diferentes problemas, como son la sensación de invalidez de los pacientes debido a su marcada orientación al cambio, el castigo de las aproximaciones eficaces y el reforzamiento indirecto de las conductas ineficaces del terapeuta (Tetti et al., 2015).

La Técnica de Desensibilización y Reprogramación basada en el Movimiento de los Ojos (EMDR) de Shapiro, se ha empleado para tratar las conductas disfuncionales provocadas por las creencias de estos pacientes sobre ellos mismos, los demás y el mundo que les rodea (Morales et al., 2019). Dicha técnica comenzó centrándose en el tratamiento de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) pero, procedió a ser utilizada también en el TLP debido a la relación significativa existente entre dicho trastorno y la EMDR (Momeni Safarabad et al., 2018). El autor de la técnica defiende que estos movimientos oculares simulan los movimientos sacádicos del sueño de movimientos oculares rápidos en la fase REM y, estos son los responsables de su efectividad, pero no dejó claro la relación entre tal imitación y la mejoría clínica (Stickgold, 2001).

Actualmente, se ha observado que redirigir la atención de forma repetida, induce un estado neurobiológico prácticamente similar al que experimentamos en el sueño REM, por lo que se produce una integración cortical en redes semánticas generales de los recuerdos traumáticos, generando así una disminución de la fuerza de los recuerdos episódicos de la situación traumática y del afecto negativo asociado a tales recuerdos (Stickgold, 2001).

A pesar de que diversos estudios han concluido resultados beneficiosos y esperanzadores en la disminución de algunos síntomas del TLP, como son, principalmente, la ira, atracón y comportamiento autodestructivo (Korn y Leeds, 2002), aún existe escasa investigación sobre su eficacia (Momeni Safarabad et al., 2018; Mosquera et al., 2014).

Es importante que los terapeutas enfoquen las técnicas empleadas a la intervención de las conductas desbordantes, afectividad, labilidad emocional e impulsividad, la cual se considera la principal característica para entender y abordar dicho trastorno (Asenjo, 2019).

Se destaca la existencia de un promedio de duración de la terapia aplicada para la intervención que varía desde los seis meses como mínimo (se observa una remisión parcial de los síntomas) hasta los cuatro años (Asenjo, 2019).

Aunque la labor de los psicoterapeutas es eficaz en gran medida, a largo plazo la recuperación funcional es difícil (Biskin, 2015). Algunos rasgos de la personalidad de estos pacientes permanecen durante períodos más largos de tiempo, por lo que no pueden ser completamente abordados por los tratamientos actuales (Biskin, 2015). Aunque, afortunadamente, se ha detectado que la identificación temprana del trastorno puede ser una solución ante esto, ya que permite que estos reanuden una trayectoria más saludable en los primeros años de vida (Biskin, 2015).

Sin detrimento de lo anterior, se ha observado que una de las técnicas que hasta el momento ha mostrado mayor eficacia y evidencia empírica para el tratamiento del TLP es la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) (Stoffers et al., 2012). Se trata de una terapia organizada, donde los terapeutas son más directivos en las etapas iniciales, ya que los pacientes aún carecen de control conductual y pueden llevar a cabo conductas desadaptativas que puedan tentar contra su propia vida (De La Vega y Quintero, 2013). Este tratamiento centra su foco en la desregulación emocional presente en estos pacientes (De La Vega y Quintero, 2013). A continuación, se profundizará en más detalle sobre aspectos concretos de la misma.

### **2.2.1. Terapia Dialéctico-Conductual**

La TDC fue creada por la psicóloga Marsha Linehan a finales de los años 70 para pacientes con diagnóstico de TLP y múltiples conductas suicidas. Se trata de una terapia psicológica de tercera generación sistematizada, en la cual se combinan estrategias de orientación conductual, cognitiva y de apoyo, además de elementos de la filosofía dialéctica y la práctica zen (Gempeler, 2008). Se recomienda desarrollarla de forma individual y grupal cada semana, durante un año (Hyde, 2011).

Se considera actualmente un tratamiento transdiagnóstico para los trastornos relacionados con la desregulación emocional, siendo la terapia que presenta mayor eficacia en el TLP (Ritschel et al., 2013). Según Tetti et al. (2015), hasta la aparición de la TDC, no había tratamientos disponibles eficaces para pacientes con TLP. Se ha observado, además, un

porcentaje menor de abandono y menor coste económico en comparación con el tratamiento comunitario con expertos (Carmona et al., 2018).

Dicha terapia actúa principalmente sobre la impulsividad, confusión acerca del yo, inestabilidad emocional y problemas interpersonales (Lynch et al., 2006).

Según De la Vega et al., “las técnicas empleadas incluyen procedimientos de exposición, moldeamiento, aprendizaje por modelos, rol playing, instrucciones y autoinstrucciones, refuerzos y, feedback (2013, p.46). Se pretende validar la experiencia emocional de la persona sin juzgarla (De la Vega et al., 2013).

Según Tetti et al. (2015), las principales funciones de la TDC como tratamiento para la sintomatología del TLP se pueden resumir en las siguientes:

- Incrementar las habilidades y capacidades de las que carece, o debe mejorar, la persona como son: la regulación emocional, el manejo de los conflictos interpersonales, la tolerancia al malestar y la regulación atencional.
- Generalizar las habilidades aprendidas para ser aplicadas a su vida diaria.
- Reducir las conductas disfuncionales y desadaptativas, así como incrementar la motivación del paciente.
- Estructurar o intervenir en el ambiente para lograr que este sea reforzante para las conductas adaptativas.
- Incrementar las habilidades y motivación del terapeuta.

Según Linehan (1993), dicha terapia presenta la siguiente estructura de intervención: (1) terapia individual, (2) entrenamiento en habilidades de forma grupal, (3) llamadas telefónicas cuando el paciente esté en una crisis para realizar conductas alternativas y, (4) grupo de consultas para terapeutas con el objetivo de garantizar la adherencia al tratamiento de los terapeutas.

Es importante diferenciar de forma clara la terapia individual del grupo de entrenamiento específico en habilidades, por lo que deben llevarse a cabo en contextos diferentes (De la Vega et al., 2013). A continuación, se profundizará en más detalle acerca de las diferentes partes de la TDC:

La psicoterapia individual, permite mantener o incrementar la motivación del paciente para iniciar la terapia y el vínculo terapéutico (Gempeler, 2008).

En las primeras sesiones individuales, el terapeuta tratará de distinguir las variables y contingencias que están asociadas a las diferentes conductas disfuncionales que presenta el paciente, para conseguir a lo largo del tratamiento la integración de conductas más adaptativas en el repertorio de este (De la Vega et al., 2013). Es recomendable comenzar con aquellas conductas que generen problemas tanto dentro como fuera de la sesión, para así poder observar en consulta las reacciones emocionales que presenta la persona de forma exagerada (De la Vega et al., 2013).

A continuación, se pasará a trabajar la vulnerabilidad emocional para reducir la excesiva reactividad de la persona con TLP hacia el entorno que lo rodea empleando estrategias de tolerancia al malestar (De la Vega et al., 2013). Además, también se trabajará la auto-invalidación a través de tres principales patrones de respuesta como son la inhibición de experiencias y expresiones emocionales, la percepción negativa de uno mismo (falta de respeto, odio, insultos) y la exageración de resolución de problemas actuales (por ejemplo, pensar que solo se necesita fuerza de voluntad para no autolesionarse de nuevo) (De la Vega et al., 2013). Es importante que el psicoterapeuta ayude al paciente a comprender que su forma de actuar tiene sentido, ya que es una de las maneras que tiene su mente de gestionar sus emociones internas tan intensas) (De la Vega et al., 2013).

En cuanto a la duración establecida de la psicoterapia individual oscila entre 50 y 90 minutos, asistiendo a una sesión por semana, aunque en situaciones de crisis puede tener una duración mayor (Gempeler, 2008).

En el entrenamiento en habilidades participan dos terapeutas conjuntamente durante dos horas y media en una sesión grupal (De la Vega et al., 2013). Se desarrolla en este formato para evitar los problemas personales de los pacientes (se tratan en la terapia individual) y, para observar y trabajar las interacciones interpersonales que surgen entre los miembros del grupo, además de proporcionar apoyo y aprendizaje (De la Vega et al., 2013).

Su duración oscila entre dos horas y dos horas y media, llevándose a cabo de forma grupal una vez a la semana, al menos, durante el primer año de tratamiento (Gempeler, 2008).

Dicha terapia está formada por cuatro módulos de habilidades específicas dirigidos a unos síntomas diana concretos: “habilidades básicas de conciencia (dirigidas al tratamiento de la confusión acerca del yo, la identidad y la sensación de vacío), habilidades de efectividad interpersonal (dirigidas a la intervención del caos interpersonal y las relaciones inestables), habilidades de regulación de las emociones (enfocadas a la mejora de la inestabilidad emocional y de estados de ánimo) y habilidades de tolerancia al malestar (dirigidas al control de la impulsividad)” (De la Vega et al., 2013, p.48).

A continuación, se puede observar más detenidamente en que consiste cada conjunto de habilidades:

- Habilidades básicas de conciencia:

Estas habilidades son las primeras que se enseñan y se entrenan a lo largo de todo el tratamiento. Estas se centran en la toma de conciencia de forma activa, derivadas principalmente de la meditación budista, pero sin intención religiosa (Gempeler, 2008).

Una de las técnicas empleadas para el desarrollo de estas es la práctica de mindfulness, aunque está presente a lo largo de toda la terapia, centrada principalmente en la intervención de los sentimientos de vacío y desconocimiento del yo (De la Vega et al., 2013). Persigue fomentar el control atencional del paciente para que este sea capaz de decidir qué atender y durante cuánto tiempo, así como permanecer en el “aquí y ahora”, sin juzgar (De la Vega et al., 2013). Pretende conseguir que la persona tenga una conciencia más clara del contexto de su experiencia (Gempeler, 2008).

- Habilidades de efectividad interpersonales:

Las personas que presentan TLP suelen presentar desregulación interpersonal, caracterizando sus relaciones como caóticas, problemáticas e inestables provocando sufrimiento en ellas, lo que las lleva a tener dificultades para aceptar el abandono por lo que, a menudo, tienden a recurrir a la autoagresión o agresión (De la Vega et al., 2013).

Por este motivo, entre otros, este tipo de habilidades van dirigidas a ayudar a la persona a desarrollar conductas adaptativas y efectivas para conseguir objetivos personales que impliquen a otras personas (Gempeler, 2008).

Para ello, en primer lugar, se le enseña a analizar las situaciones y establecer los objetivos que se pretenden lograr, para después, enseñarle al paciente a ser consciente de las conductas que resultan eficaces y adaptativas en las relaciones interpersonales y aquellas que las dificultan (De la Vega et al., 2013).

El siguiente paso consiste en valorar aquellos aspectos que debe tener en cuenta a la hora de pedir algo, negar algún aspecto o expresar su opinión (Gempeler, 2008).

Por último, se trabaja en habilidades específicas como son no amenazar, tener un enfoque adecuado de la situación, etc. (De la Vega et al., 2013). Estos aspectos pueden trabajarse empleando el role playing y aportando al paciente una lista de ejemplos de situaciones para trabajar estas habilidades (De la Vega et al., 2013).

- Habilidades de regulación de las emociones:

La desregulación emocional es uno de los aspectos principales observados en el TLP, por lo que el entrenamiento en técnicas que permitan el manejo de emociones es un aspecto central en la TDC (Soler et al., 2016).

Habitualmente, estos pacientes tienden a exigirse no sentir, ya que suelen experimentar emociones desagradables como frustración, tristeza, ansiedad, etc. y no encuentran herramientas efectivas para manejar esos estados de ánimo (De la Vega et al., 2013).

Por lo tanto, en esta etapa del tratamiento, el psicoterapeuta ayuda al paciente a que aprenda a observar e identificar sus emociones de forma consciente y sin juzgarla, para de esta forma, fomentar la tolerancia de sus emociones, reconocer la función que cumplen y cambiar su respuesta ante esta (De la Vega et al., 2013). El paciente se centrará en sentir las emociones desagradables intentando tolerarlas y experimentarlas como parte de la experiencia que está viviendo (Gempeler, 2008).

Algunas de las técnicas empleadas persiguen el aumento de la conciencia, la práctica de actividades agradables y el cambio de la respuesta que se da a las emociones mediante la acción opuesta a esta (De la Vega et al., 2013).

- Habilidades de tolerancia al malestar:

Para trabajar estas habilidades, al igual que en las habilidades básicas de conciencia, se emplea el mindfulness ya que se pretende que el paciente sienta y experimente las emociones desagradables como parte de su experiencia tratando de tolerarlas (Gempeler, 2008). No se trata de evitar el dolor, sino aprender a manejarlo ya que se contempla el sufrimiento como parte de la vida, por lo que es muy importante aceptarlo (De la Vega et al., 2013). Estas habilidades se dividen en dos bloques:

Por un lado, se encuentran las habilidades de supervivencia a las crisis, donde se fomenta la tolerancia del malestar vivenciado en una determinada situación sin recurrir a conductas que lo mantengan o aumenten (De la Vega et al., 2013). Estos pacientes tienden a reaccionar de forma impulsiva, como puede ser la autolesión, ante estas situaciones, lo que les produce una disminución del sufrimiento a corto plazo, pero a largo plazo este problema empeora (De la Vega et al., 2013). Algunas de las técnicas que se emplean para mejorar estas habilidades son: recurrir a la imaginación para mejorar el momento, utilizar la distracción, proporcionarse estímulos positivos, el empleo de la relajación y, reflexionar sobre los pros y contras de las conductas desadaptativas llevadas a cabo por impulsos (De la Vega et al., 2013).

Por otro lado, se encuentran las habilidades de aceptación de la realidad donde el paciente acepta lo que está ocurriendo sin juzgar la situación ni a él mismo (De la Vega et al., 2013). Algunas de las técnicas empleadas para fomentar estas habilidades son “la aceptación radical, dirigir la mente hacia la aceptación y cultivar la buena disposición” (De la Vega et al., 2013, p.50), entrenando, además, la autoobservación y ejercicios de conciencia de uno mismo y de la situación que le rodea.

A partir de múltiples investigaciones, se ha observado que se trata de una terapia multicomponente, resaltando como aspecto nuclear el entrenamiento en habilidades grupal, siendo tan relevante que se ha motivado su uso como tratamiento independiente, por lo que también se puede considerar una terapia grupal únicamente (Soler et al., 2016).

Dicho tratamiento independiente se desarrolla a lo largo de seis meses, en los que se trabaja en torno a cuatro módulos de habilidades destinados a mejorar la labilidad afectiva, impulsividad, cognición, identidad y problemas interpersonales, ya que son las principales áreas disfuncionales de la persona con TLP (Soler et al., 2016). Según Soler et al. (2016), los cuatro módulos mencionados anteriormente son: (1) habilidades básicas de conciencia (mindfulness), (2) habilidades de efectividad interpersonales (3) habilidades de regulación emocional y (4) tolerancia al malestar.

En cuanto a la consulta telefónica, la TDC no se centra solo en enseñar habilidades al paciente, también trata de estar disponible en el momento de crisis en el que este necesite dichas habilidades para ayudarlo a aplicarlas, hacer frente a las adversidades presentes, así como reforzar los progresos (Tetti et al., 2015). De esta forma, se comentará a los pacientes la importancia de llamar a su terapeuta individual por vía telefónica cuando se encuentren en una situación de crisis para que este les dé pautas y posibles conductas más adaptativas que la conducta disfuncional que posiblemente lleve a cabo la persona con TLP (Tetti et al., 2015).

Además, el terapeuta intentará fomentar el uso de técnicas específicas por parte del paciente que puedan ser empleadas en la situación actual, por lo que conseguirá incrementar la generalización a contextos cotidianos (De la Vega et al., 2013). Otra de las funciones de la consulta telefónica consiste en la reparación de la relación terapéutica sin necesidad de esperar a la siguiente sesión presencial (Gempeler, 2008).

Por último, las reuniones de supervisión en equipo se centran en proporcionar apoyo y orientación a los psicoterapeutas encargados del caso, además de coordinarlos y establecer los objetivos y estrategias que tienen en común los terapeutas (De la Vega et al., 2013). También permite fomentar la adherencia al tratamiento, ya que, según Tetti et al. “los terapeutas tratan a los pacientes y el equipo de supervisión trata y sostiene a los terapeutas en esta tarea” (2015, p.62).

Esta terapia incorpora tecnologías de cambio y tecnologías de aceptación para promover una unión entre dichos conceptos, ya que, si solo se centrara en el cambio, la tasa de abandono sería mayor ya que estos se sentirían invalidados y, si, por el contrario, se centrara únicamente en la aceptación, no se producirían los cambios necesarios para mejorar, lo cual guiaría al

fracaso de esta (Soler et al., 2016). Dichas tecnologías han mostrado avances óptimos en personas con TLP a diferencia de otras terapias como la TCC (Soler et al., 2016).

A partir de diferentes estudios se puede concluir que es beneficiosa, sobretodo, para la reducción del número de intentos suicidas y hospitalizaciones psíquicas (Ponce de León et al., 2017).

Además, esta terapia ha sido adaptada para intervenir con familiares de personas con TLP, contando actualmente con dos tipos de adaptaciones de esta (Navarro-Haro et al., 2018). Por un lado, se encuentra el programa Family Connections (Fruzzetti et al., 2004) y, por otro lado, Friends and Family (Linehan, 2015).

Se ha observado que la aplicación de dicha adaptación a familiares de pacientes diagnosticados de TLP presentan una mejoría significativa en el rasgo de ansiedad por lo que se reducirá la tendencia a interpretar las situaciones complicadas como un peligro para ellos (Navarro-Haro et al., 2018). Esto puede deberse a la adquisición de diferentes estrategias, como pueden ser las estrategias de supervivencia a las crisis o las estrategias de atención plena (Navarro-Haro et al., 2018). Además, se encuentra una disminución de la desregulación emocional (Wilks et al., 2017), posiblemente producida por la puesta en práctica de habilidades de aceptación (Navarro-Haro et al., 2018).

Por una parte, las habilidades de mindfulness ayudan a los familiares a centrarse en las habilidades eficaces evitando dejarse llevar por juicios de valor (Navarro-Haro et al., 2018) y, por otra parte, las habilidades de tolerancia al malestar adquiridas en el programa ayudarán a controlar las emociones internas facilitando la tolerancia de las situaciones complicadas (Navarro-Haro et al., 2018).

Diversos estudios han detectado un aumento en el factor atencional del mindfulness, concretamente en las habilidades de observar y describir (Navarro-Haro et al., 2018). Esto indica que estas personas aumentaron la capacidad de ser conscientes (observar) de lo que se vivencian en cada momento, lo cual es primordial para adquirir las demás habilidades del mindfulness (Navarro-Haro et al., 2018). Este aumento también hace referencia al incremento en la capacidad para poner palabras a lo que se experimenta (describir), mejorando así la inteligencia emocional (Navarro-Haro et al., 2018). También beneficia la habilidad de actuar

con conciencia, que, junto al resto de habilidades mencionadas anteriormente, hacen referencia al factor atencional del mindfulness (Navarro-Haro et. al. 2018).

Diferentes investigaciones han sugerido que trabajar en componentes específicos relacionados con la interacción familiar podría reducir la sobrecarga emocional del cuidador (Flynn et al., 2017; Hoffman et al., 2005; Hoffman, et al., 2007; Rajalin et al., 2009).

### **2.2.2. Predictores de abandono de la Terapia Dialéctico-Conductual en relación con el Trastorno Límite de la Personalidad.**

La TDC estándar se trata de un programa bastante costoso e intenso, lo que resulta una limitación al aplicarla de forma práctica en el sistema sanitario público, por ello se han desarrollado diferentes formatos de esta más breves y económicos (Carmona et al., 2018).

Desafortunadamente, aunque clínicamente existan resultados de eficacia, sigue observándose un abandono prematuro muy alto en comparación con otros trastornos, destacando ratios de 64% (Barnicot et al., 2011; Martinez-Raga et al., 2002).

Esto repercute de forma negativa al propio participante, pero también a otros pacientes diagnosticados de TLP que podrían haberse beneficiado. Además, afecta a la motivación de los clínicos y a los investigadores, ya que reduce la cantidad de resultados estadísticos obtenidos en los estudios al contar con un menor número de participantes, por lo que la fiabilidad de los resultados podría verse afectada de forma significativa (Carmona et al., 2018).

Según Barnicot et al. (2011), en uno de los estudios que desarrolló, identificó algunos posibles factores de riesgo que contribuyen al abandono de la terapia, como son la alta impulsividad de estos pacientes, los altos niveles de ira, la pobre alianza terapéutica, el escaso compromiso con el tratamiento, la baja motivación al cambio, así como la alta evitación experiencial, considerándose los tres primeros, junto a la comorbilidad con otros trastornos del Eje I y el elevado número de intentos de suicidio, como predictores de abandono prematuro (Wnuk et al., 2013).

Respecto a la comorbilidad con trastornos del Eje I, principalmente con el TCA y el Trastorno por Consumo de Cocaína (TCC), se ha encontrado un aumento del abandono en pacientes con mayor comorbilidad (Kroger et al., 2013; Wnuk et al., 2013). Se ha comprobado que, si el paciente realiza una intervención dirigida a la sintomatología del TLP sin presentar estabilidad en los síntomas del TCA o en el TUS, la probabilidad de que abandone la TDC es mayor (Carmona et al., 2018).

Una de las posibles explicaciones podría ser la preferencia de una intervención más específica para su sintomatología comórbida, al considerar poco beneficiosa para ellos la TDC (Dimeff et al, 2008; Safer et al., 2001). Por esta razón, se aconseja dar prioridad a la intervención de la comorbilidad del Eje I y, una vez, estable, proceder al desarrollo de la TDC para la sintomatología del TLP (Carmona et al., 2018).

En cuanto a los rasgos dimensionales de la personalidad, se encuentra un mayor abandono de la TDC en pacientes con altos niveles de búsqueda de sensaciones e impulsividad (Bernicot et al., 2011; Carmona et al., 2018). Por el contrario, las diferentes variables sociodemográficas (edad, sexo, estatus laboral y conyugal y, nivel educativo), no se asocian significativamente a este, así como tampoco la severidad clínica (Bernicot et al., 2011).

A pesar de la alta prevalencia de traumas infantiles en el TLP, no es un predictor de abandono prematuro de esta terapia, a diferencia de la mayoría de los trastornos, donde sí se observa una asociación entre altas tasas de abandono de la psicoterapia y la presencia de traumas infantiles (Carmona et al., 2018).

Además, se ha observado que, en ocasiones, los pacientes con TLP que participan en el tratamiento con TDC, al poner en marcha las diferentes habilidades aprendidas se produce un aumento del abandono del tratamiento (Swales y Dunkley, 2020). Alguno de los obstáculos principales que se interponen en la continuidad del tratamiento pueden ser: (1) un malentendido de la habilidad aprendida por lo que no ven eficacia en su puesta en marcha, (2) una aplicación excesiva o insuficiente de la habilidad, (3) finalizar antes de tiempo la habilidad puesta en marcha, (4) no emplear una habilidad específica en la situación particular y, (5) la presencia de inhibidores ambientales como pueden ser la influencia de amigos o familiares que no apoyen al paciente (Swales y Dunkley, 2020).

### **2.3. Dolor crónico y Trastorno Límite de la Personalidad.**

A lo largo del tiempo, se han llevado a cabo diferentes estudios sobre el dolor crónico, pero estos varían en la forma de describirlo (Breivik et al., 2006; Langley et al., 2011). Sí existe acuerdo en que este se trata de un trastorno debilitante y prevalente que persiste o se repite en un período de más de tres meses, el cual presenta una mayor prevalencia entre mujeres de estados sociales más vulnerables (Cabrera et al., 2018). Además, existe evidencia de que el dolor crónico es un gran problema de salud para la salud pública, principalmente para la Atención Primaria, por lo que es relevante y necesario el empleo de una definición consensuada de este, para así investigar su impacto y factores de prevención (Blyth et al., 2015).

En relación con los estudios recientes, la comorbilidad presente entre el TLP y el dolor crónico ha atraído el interés de la investigación en los últimos años, ya que, según informa esta, el dolor crónico es más severo y frecuente en personas diagnosticadas de TLP que en aquellas que no lo presentan, observándose, además, un aumento en la gravedad de los síntomas del TLP en pacientes con dolor crónico (Biskin et al., 2014; Dixon-Gordon et al., 2015; Dixon-Gordon et al., 2018).

Estos se asocian con un aumento de la sensibilidad central y del dolor afectivo experimentado (Benjamin et al., 2020). Se observa en un 65% de las personas con TLP la presencia de dolor crónico de por vida, lo que conduce a un incremento de las quejas médicas y otros síntomas como la ansiedad en el TLP, así como un descenso de la probabilidad de remisión del TLP (Frankenburg y Zanarini, 2004; Heath et al., 2018). Además, como se ha mencionado anteriormente, las personas diagnosticadas de TLP presentan diferentes comportamientos perjudiciales como son las autolesiones, las relaciones caóticas, etc., las cuales pueden provocar un afecto negativo crónico, responsable de un aumento del riesgo de dolor crónico intensificado (Benjamin et al., 2020), por lo que, el afecto negativo actuaría de base en la relación entre el dolor crónico y el TLP (Benjamin et al., 2020).

De la misma forma, las personas con dolor crónico presentan una mayor prevalencia de ser diagnosticados de TLP, ya que, hasta un 30% cumple dichos criterios diagnósticos (Braden y Sullivan, 2008; Conrad et al., 2007).

Diferentes investigaciones han destacado un modelo de diátesis-estrés para explicar la coexistencia de dolor crónico y TLP. En este la desregulación emocional se agrava por la presencia del dolor crónico (Ducasse et al., 2014; Weisberg, 2000; Weisberg et al., 2000).

Se ha observado, además, una posible fuente de hallazgos contradictorios sobre el dolor en el TLP, la cual se ha denominado “paradoja del dolor” del TLP. Esta refleja como los pacientes con TLP manifiestan un mayor dolor crónico pero una disminución de la respuesta de dolor agudo, como la autolesión (Sansone y Sansone, 2007). Esta paradoja ha sido evaluada de forma experimental a través de una tarea de presión fría y se ha afirmado la existencia de un vínculo entre los síntomas del TLP y la respuesta al dolor sólo en aquellos pacientes que no han experimentado autolesiones previamente (Carpenter y Trull, 2015).

Se debe destacar que, para establecer una relación matizada entre ambos diagnósticos, debe llevarse a cabo una evaluación multidimensional del dolor, diferenciando medidas correspondientes a la cronicidad del dolor, tipo de dolor, intensidad de este y sensibilización central (McKernan, 2019).

### **3. JUSTIFICACIÓN**

El interés en esta investigación por el TLP surge ante las manifestaciones que genera dicha sintomatología en mujeres adultas, principalmente, que padecen de dolor crónico.

Se ha observado en la literatura científica una importante relación y comorbilidad entre el TLP y el dolor crónico, además de una alta efectividad de la TDC en el tratamiento del TLP.

Conocer y entender los diferentes factores que intervienen en dichos trastornos, así como la TDC, permite llevar a cabo una correcta intervención en los síntomas del TLP, encontrando posibles soluciones y esperando observar una mejora de la sintomatología del dolor crónico a su vez.

Teniendo en cuenta que, hasta el momento, no se han desarrollado programas diseñados para intervenir en la sintomatología del TLP en pacientes que presentan a su vez dolor crónico y, dada la relación entre ambos trastornos citada anteriormente, es conveniente llevar a cabo el siguiente programa de intervención basado en la TDC.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVOS GENERALES**

El objetivo general de este trabajo es desarrollar un programa de intervención dirigido a la reducción de los síntomas del TLP y dolor crónico en mujeres, interviniendo únicamente en la sintomatología del TLP.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Mejorar el control de impulsos.
- 2) Mejorar la efectividad de las habilidades interpersonales entre la paciente y su entorno.
- 3) Mejorar la regulación emocional.
- 4) Aumentar la tolerancia al malestar emocional para así reducir la percepción de dolor.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. CONTEXTO**

El programa de intervención se llevará a cabo presencialmente en un Centro de Atención para personas con TLP. Se habilitará un despacho para atender individualmente a las participantes y una sala amplia donde llevar a cabo las sesiones grupales de entrenamiento en habilidades.

### **5.2. PARTICIPANTES**

El programa de intervención va dirigido a un grupo de 10 participantes con presencia de diagnóstico de TLP y dolor crónico a nivel comórbido. El grupo estará compuesto por mujeres, dada la mayor prevalencia del trastorno en estas (Biskin y Paris, 2012), de edades comprendidas entre 25 y 35 años de edad, debido al curso del trastorno (Biskin, 2015). Estas colaborarán de manera voluntaria.

De forma adicional, deberán cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mujer.
- Presentar diagnóstico de TLP realizado por un psicólogo clínico.
- Presentar diagnóstico de dolor crónico de hace 6 meses realizado por un reumatólogo.
- Pertenecer a una edad comprendida entre 25 y 35 años.
- Ser de proveniencia española.
- Presentar coeficiente intelectual (CI) normal.
- Comprometerse a un mínimo de 2 meses de intervención, para constatar la motivación inicial y real del tratamiento y del cambio.

Respecto a los criterios de exclusión, no formarán parte del programa personas que:

- No sean mujer.
- Sean menores de 25 años o mayores de 35 años.
- No sean de proveniencia española.
- No presenten diagnóstico de TLP o dolor crónico de forma comórbida.
- Presenten CI inferior a 70.
- Presenten un diagnóstico de otro trastorno mental u otro tipo de patología importante diferente al TLP y dolor crónico.
- Estar bajo otro tratamiento de forma paralela.

El participante podrá o deberá retirarse del programa si cumple uno o más de los siguientes criterios de abandono:

- Por su propia voluntad.
- Por asistir al programa bajo los efectos del alcohol u otras sustancias.
- Por falta de asistencia a más de dos sesiones seguidas.

### **5.3. PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROGRAMA**

Siguiendo las recomendaciones de la autora Linehan, dicho programa de intervención contará con cuatro psicólogos.

Uno de ellos desempeñará las sesiones individuales, donde se llevarán a cabo las evaluaciones, entre otros aspectos.

Dos participarán conjuntamente en las sesiones grupales de entrenamiento en habilidades (De la Vega et al., 2013).

El cuarto psicólogo llevará a cabo el análisis de resultados para evitar la influencia de sesgos cognitivos, como puede ser el sesgo de confirmación, donde el psicólogo tiende a interpretar los resultados de la evaluación de forma que favorezca sus expectativas o hipótesis, en este caso, la reducción de los síntomas del TLP y dolor crónico tras la aplicación del programa de intervención propuesto.

### **5.4. EVALUACIÓN**

La evaluación de la efectividad del programa se realizará previamente a la intervención (evaluación inicial) y después de esta (evaluación final).

Se comenzará por la evaluación de la sintomatología del TLP, para la que se emplearán los siguientes instrumentos:

- Escala para el Uso en Pacientes con Trastorno de Personalidad Límite (Escala CGI-BPD) de Pérez V et al. (2017):

Esta escala es una adaptación española de la escala “Clinical Global Impression Scale” (CGI). Permite evaluar la gravedad y cambios producidos tras la intervención. A través de 10 ítems permite puntuar los nueve dominios psicopatológicos que destacan en el TLP. Presenta dos formatos, uno para evaluar la gravedad actual y, otro para evaluar la mejoría. Se observa una adecuada validez (0.85) y fiabilidad (0.89) y, buena sensibilidad al cambio (Pérez et al., 2017).

- La Escala de Impulsividad de Plutchik:

Permite evaluar las conductas impulsivas. Se empleará la versión validada en castellano realizada en México en 1996 por Páez et al. (Páez et al., 1996), donde se pueden valorar cuatro factores: (1) factor de autocontrol, el cual mide la capacidad para escapar o retrasar sus acciones; (2) factor de planeación de las acciones en el futuro, que incluye la capacidad de ser consciente de las consecuencias de sus actos; (3) factor de conductas fisiológicas, el cual recoge la impulsividad en las conductas alimentarias y sexuales; y (4) factor de actuación espontánea, que recoge conductas inflexibles y descontroladas. Se trata de una escala de aplicación fácil y se necesita poco tiempo (cinco minutos aproximadamente) (Páez et al., 1996).

A continuación, se pasarán una serie de escalas dirigidas a medir el dolor. Entre ellas se encuentran:

- Formulario McGill-Short Form-Revised (MPQ) de Melzack (1975):

Se trata de un autoinforme dirigido a evaluar la intensidad del dolor que aporta una medida integral de cuatro dimensiones del dolor (continuo, intermitente, neuropático y afectivo). Dichas dimensiones se encuentran calificadas en 22 palabras descriptivas diferentes en una escala de 0 a 10 (Melzack, 1975). Este instrumento percibe aspectos del dolor con tintes emocionales (Melzack, 1975). Presenta una fiabilidad aceptable (de 0.72 a 0.84) y una buena consistencia interna, la cual oscila entre 0.84 y 0.92 (Lovejoy, 2012).

- Medición del umbral (mínima percepción dolorosa ante presión en Kg) y tolerancia (máximo dolor soportado ante presión dolorosa en kg) del dolor empleando un argómetro de presión antes y después de la intervención.

- Michigan Body Map - Versión revisada (MBM) de Bummett et al. (2016):

Este instrumento evalúa el dolor generalizado a través de una imagen corporal de dos caras en las que se representan 35 zonas del cuerpo que serán valoradas por la persona en función de si experimenta o no dolor crónico (durante más de tres meses) en ella (Bummett et al., 2016). Se sumarán el número de áreas en las que experimenta dolor y se obtendrá una media

de dolor generalizado. Presenta una fiabilidad test-retest de una a dos semanas de la MBM de 0.77, la cual es adecuada (Bummett et al., 2016).

- Inventario de Sensibilización Central (CSIA) de Mayer et al. (2012):

Se aplicará la Parte A de dicho inventario para valorar las quejas polisomáticas asociadas a la Sensibilidad Central a través de 25 síntomas relacionados con la salud (Mayer et al., 2012). Se observa una consistencia interna de la Parte A del CSIA de 0.88 (Mayer et al., 2012).

Además, se pasarán una serie de instrumentos de evaluación de la ansiedad y estado de ánimo:

- El Cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI) de Spielberger y Cubero (1988):

Se aplicará para evaluar la ansiedad a través de 20 ítems en una escala de tipo Likert. Nos permitirá diferenciar entre ansiedad como estado transitorio y ansiedad como rasgo de la personalidad. Este aporta una puntuación final que puede variar entre 0 y 60 puntos. La fiabilidad de este cuestionario es de 0.89 y, en cuanto a la validez, se observa una puntuación de 0.90 (Perpiñá-Galvañ et al., 2011; Spielberger et al., 1982).

También, se evaluará la calidad de vida de los sujetos:

- Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener et al. (1985):

Se emplea para evaluar la calidad de vida de las participantes a través de cinco ítems puntuados de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo) (Diener et al., 1985). Este instrumento presenta una consistencia interna de 0.87, la cual es muy favorable (Arrindell et al., 1991).

## 5.5. PROCEDIMIENTO Y PLAN DE TRABAJO

Dicho programa está compuesto por 17 sesiones, de las cuales, tres de ellas corresponden al seguimiento. Este tendrá una duración de tres meses y medio, abarcando los meses de junio, julio y agosto de 2021. Las tres sesiones de seguimiento se distribuirán de la siguiente forma: la primera en diciembre (tres meses después de finalizar el programa), la segunda en marzo de 2022 (seis meses después) y, la última en septiembre de 2022 (doce meses después).

Respecto al procedimiento del programa, es de gran importancia tener en cuenta que, para la correcta adquisición de habilidades basadas en la TDC, se debe dedicar un tiempo de forma individual a cada participante al comienzo de cada sesión para que exprese sus experiencias durante la semana y comunique, en caso de tener alguna tarea que realizar, como ha sido la práctica (Linehan, 2003).

### **Sesión de pre-comienzo. Primera toma de contacto.**

Su objetivo es explicar y aclarar posibles dudas del programa de intervención de forma individual a cada participante. Se explicarán los beneficios y las metas del programa. Además, se pretende fomentar un contexto de confianza y compromiso por ambas partes.

La duración de dicha sesión será de una hora aproximadamente, de forma individual.

El procedimiento se basará en atender a la participante de forma individual en el despacho del psicólogo. Desde el primer momento, el psicólogo deberá centrarse en la paciente para empezar a establecer una alianza terapéutica y trabajar en un contexto de confianza.

Además, se le informará del procedimiento de la intervención, donde se hablará del número de sesiones, en qué consiste la TDC, los objetivos que se pretenden conseguir, las funciones que desempeñará y, los criterios de abandono establecidos para que comprenda que, si cumple alguno, podrá ser expulsada del programa. Para su mejor comprensión, se le proporcionará una fotocopia del cronograma (ver anexo I) donde encontrará una serie de fechas y la distribución orientativa de las sesiones.

Es importante comunicarle a la persona la importancia de su participación y compromiso con su asistencia. También se le informará de que si en algún momento desea abandonar el procedimiento será libre de hacerlo.

Después de resolver las posibles dudas que puedan surgir y de aceptar la inclusión en dicho programa, se pasará a la firma de un consentimiento informado (ver anexo II). Por último, se concretará la fecha, hora y lugar de la próxima sesión.

Los materiales necesarios en esta sesión incluyen las diferentes copias del cronograma del programa (ver anexo I), un despacho con una mesa y dos sillas, así como una adecuada iluminación e higiene del lugar.

### **Sesión nº1. Pre-evaluación.**

El objetivo de esta sesión es la administración de los diferentes instrumentos de evaluación individualmente.

La duración será de una hora aproximadamente, de forma individual.

El procedimiento que se llevará a cabo consta de recibir a la participante en el despacho del psicólogo donde se procederá a la realización de una entrevista para obtener los datos necesarios (edad, inicio y curso del trastorno, convivientes, nivel de estudios, antecedentes con el trastorno...), así como aquellos detalles relevantes de la sintomatología del TLP que presenta. También se hablará sobre las expectativas que tiene la paciente sobre el programa de intervención. Después de esto, se procederá a la aplicación de los diferentes instrumentos de evaluación con ayuda del psicólogo, los cuales, tras su realización, serán corregidos e interpretados.

Los materiales necesarios en esta sesión constan de: un despacho con una mesa y dos sillas, copias de la entrevista y de los instrumentos de evaluación, así como los materiales necesarios para su cumplimentación.

## **Sesión n°2. “Rompiendo el hielo”.**

El objetivo de esta sesión consiste en que las participantes se conozcan entre ellas para así fomentar un contexto de motivación, así como aumentar la alianza terapéutica.

La duración de la sesión será de una hora aproximadamente, de forma grupal.

Para el procedimiento de esta, se reunirán a las participantes en una sala acondicionada dentro del Centro de Atención para personas con TLP donde se impartirá el programa. En ella se llevará a cabo una pequeña dinámica de grupo que permitirá que las pacientes se relacionen entre ellas. Para ello, se realizará un ejercicio formado por diferentes actividades.

En primer lugar, se introducirá en un vaso 10 palitos del mismo tamaño y aspecto, pero con un color en el extremo del interior del vaso. En total habrá cinco colores diferentes (dos rojos, dos amarillos, dos verdes, dos azules y dos morados).

A continuación, cada participante deberá elegir un palito (sin conocer el color de su extremo) y emparejarse con la persona que tenga el mismo color. Cada persona deberá contar a su pareja algún aspecto de su vida que considere relevante. Una vez que ambos miembros del dúo compartan “su historia” o algún dato, se pasará a la segunda actividad.

Los diferentes miembros del grupo se sentarán cerrando un círculo y contarán la historia de su compañera (la protagonista de la historia podrá intervenir en cualquier momento para enriquecer la información). De esta forma, se fomentará la confianza y la expresión intergrupal entre las diferentes participantes.

Los materiales necesarios en esta sesión son: los diferentes palitos de colores y una sala acondicionada para la actividad que contenga un mínimo de 12 sillas (10 para las participantes y dos para los psicólogos).

### **Sesión nº3. Aumentando la motivación al cambio.**

El objetivo de esta sesión es incrementar la motivación al cambio de las participantes.

La duración de la sesión será de 45 minutos, de forma grupal.

El procedimiento se basará en una puesta en común de la opinión individual de las participantes acerca de una serie de aspectos que los psicólogos plantearán. Compartirán opiniones con el grupo sobre: qué sensación tienen de la sesión anterior, qué esperan del programa de intervención, en qué aspectos ven más necesario hacer hincapié, qué sensaciones les transmiten (feeling) los psicólogos, etc.

El material necesario será: una habitación habilitada con un mínimo de 12 sillas (10 para las participantes y dos para los psicólogos) y una mesa circular.

### **Sesión nº4. Aprendizaje en Mindfulness.**

El objetivo de la cuarta sesión es trabajar las habilidades básicas de conciencia para así intervenir en aspectos como la confusión acerca del yo y el vacío.

La duración será de 45 minutos aproximadamente, de forma grupal.

El procedimiento que se llevará a cabo consiste en la incorporación de técnicas de mindfulness para ayudar a la paciente a controlar sus pensamientos, sin dejar que estos tomen el control de ella.

Para ello, se trabajarán los procesos de atención en los que cada participante decidirá qué atender y durante cuánto tiempo hacerlo, lo que la ayudará a mantenerse en el presente, en el “aquí y ahora”.

Antes de comenzar, los psicólogos explicarán los beneficios de esta técnica: ayudar a centrarse en un único aspecto en el presente, permitir calmar las emociones arrolladoras, ayudar

a identificar los pensamientos críticos, permitir centrarnos en nuestras sensaciones fisiológicas y ayudar a crear destrezas necesarias para el tratamiento.

Una vez hecho lo anterior, la primera actividad propuesta en esta sesión consistirá en lo siguiente: las participantes se sentarán con las piernas cruzadas y la espalda erguida en una alfombra manteniendo el silencio con los ojos cerrados. La postura debe ser cómoda. Con instrucciones de los psicólogos que desarrollan la sesión grupal, comenzarán a focalizar su atención en su respiración, percibiendo como el aire entra por sus orificios nasales, pasando por los pulmones y diafragma. Deben centrar la atención en cada sensación corporal al inspirar y expirar, así como en la sensación que produce el aire al hinchar y deshinchar el vientre de la persona.

Permanecerán en esta actividad durante un minuto, tiempo suficiente al tratarse de la primera sesión en este contenido. Antes de realizarla, los psicólogos la explicarán y resolverán las dudas que puedan surgir.

Una vez finalizada la actividad, uno de los psicólogos invitará a las participantes de forma gradual a que centren su atención en su voz para que “desconecten” progresivamente de su respiración.

A continuación, se hará una puesta en común de las sensaciones experimentadas, la cual fomentará la autopercepción de cada persona, así como la comunicación intergrupal. Además, los psicólogos las invitarán a reflexionar sobre aquellos pensamientos que han acudido a su mente mientras pasaba ese minuto.

Después, darán paso a realizar el mismo ejercicio, pero aumentando el tiempo de concentración. Les recordarán que estas deben ser conscientes de su experiencia física de respirar sin manipularla y que, a su vez, deben ser conscientes de los pensamientos distractores que surjan mientras realizan el ejercicio, sin juzgarse a sí mismas por distraerse. Deben dejar que esos pensamientos dejen de interferir e intentar volver a centrarse en su respiración para volver a ser conscientes de las sensaciones físicas al inspirar y expirar.

Por último, los psicólogos las animarán a que practiquen dicha actividad diariamente en casa aumentando progresivamente el tiempo de meditación, hasta conseguir un mínimo de 20 minutos continuos.

Los materiales necesarios en esta sesión serán: una habitación acondicionada y una alfombra de gran tamaño o un mínimo de 12 esterillos individuales (10 para las participantes y dos para los psicólogos).

### **Sesión nº5.**

El objetivo de esta sesión es el entrenamiento de las habilidades de efectividad interpersonal para mejorar las relaciones inestables de las participantes.

La duración de esta es de una hora aproximadamente, de forma grupal.

Respecto al procedimiento, al inicio de la sesión, se resolverán las posibles dudas que hayan podido surgir a las participantes al practicar mindfulness de manera individual en casa, como se indicó en la sesión anterior. Se motivó a dichas personas a practicar diariamente el ejercicio aprendido, donde estas debían dedicar un tiempo a la percepción de sus propias experiencias físicas al inspirar y expirar el aire sin juzgar su respiración ni los pensamientos que puedan acudir a la mente en ese momento. Una vez resueltas las posibles dudas, los psicólogos darán comienzo a la nueva sesión.

Para ello, plantearán una serie de actividades destinadas a disminuir la desregulación interpersonal, así como las relaciones inestables, caóticas, conflictivas, etc. Se trabajarán un total de cuatro aspectos, uno en cada actividad.

En primer lugar, se animará a las participantes a analizar una serie de situaciones cotidianas referentes a la interacción con diferentes personas, para determinar, a continuación, que objetivo/s deben lograr en las mismas. Los psicólogos las describirán verbalmente apoyándose de unas transparencias. A continuación, se pondrán en común las diferentes opiniones y se resolverán las posibles dudas que pueda surgir.

En segundo lugar, se pretende analizar los factores que fomentan la efectividad interpersonal y aquellos que la dificultan. Para ello, se hará una mesa redonda donde cada participante anotará su análisis en una pizarra común para que sus compañeras puedan debatirlo y anotar el suyo.

Por último, se introduce brevemente la tercera y cuarta actividad para cerrar este bloque de habilidades de eficiencia personal, pero no serán trabajada hasta la siguiente sesión para disminuir el riesgo de fatiga en el grupo o sobredemanda.

Los materiales necesarios para estas actividades son: una sala acondicionada con un mínimo de 12 sillas (10 para las participantes y dos para los psicólogos), una mesa redonda, un proyector, ordenador y pantalla para la proyección de transparencias y, una pizarra con tizas y borrador.

### **Sesión nº6. Entrenamiento de la efectividad interpersonal.**

El objetivo de dicha sesión es retomar el entrenamiento en habilidades de efectividad interpersonal.

La duración de la sesión será de una hora aproximadamente, de forma grupal.

Respecto al procedimiento, se comenzará resumiendo la sesión anterior y los aspectos claves de esta. A continuación, se resolverán las posibles dudas que puedan surgir y se dará paso a la explicación de la tercera y cuarta parte de este bloque.

En cuanto a la tercera parte, se analizarán aquellos aspectos importantes a considerar antes de expresar un comentario, negar o pedir algo, etc. Para trabajarlo, los psicólogos emplearán la psicoeducación enriquecida con las diferentes opiniones del grupo, para fomentar un ambiente dinámico y de motivación.

Respecto a la cuarta parte, se pretende trabajar habilidades específicas como pueden ser el empleo de un enfoque cortés, eliminar las amenazas, etc. Para ello, se empleará el role playing de situaciones reales que describan las participantes y les parezcan conflictivas. También se

podrá trabajar con situaciones hipotéticas. Por último, se proporciona una lista de ejemplos para que el grupo pueda practicar en su vida cotidiana. Previamente serán explicadas y representadas por los psicólogos. Tras finalizar esta actividad, se cerrará este bloque.

Los materiales necesarios para esta actividad son: una sala acondicionada con un mínimo de 12 sillas (10 para las participantes y dos para los psicólogos) y fotocopias de los ejemplos citados.

### **Sesión nº7. Reforzando la Alianza terapéutica.**

El objetivo será afianzar los conocimientos adquiridos en las sesiones grupales previas y obtener un feedback de la experiencia de la paciente sobre el programa de intervención.

La duración será de una hora aproximadamente, de forma individual con cada participante.

El procedimiento de la sesión consistirá en atender a la participante en el despacho del psicólogo para invitarla a hablar libremente de diferentes cuestiones: cómo se ha sentido con sus compañeras, qué piensa sobre la relación entre ella y los diferentes psicólogos (principalmente refiriéndose a los psicólogos que desempeñan las sesiones grupales), qué le han parecido las diferentes actividades realizadas hasta el momento, etc. Con esta actividad se pretenderá reforzar la alianza terapéutica para crear una relación de apoyo mutuo. Es importante que la paciente sienta que puede ser escuchada y apoyada por dicho profesional.

Los materiales necesarios para el desarrollo de la sesión serán: un despacho con una mesa y un mínimo de dos sillas.

### **Sesión nº8. Actividades agradables para el manejo emocional.**

El objetivo de la sesión es conseguir una mejora del manejo emocional, especialmente de aquellas emociones intensas, desagradables y variables, las cuales generan en la paciente exigencias de no sentir o culpabilidad de experimentar dichas emociones.

La duración de esta será de 1 hora aproximadamente, de forma grupal.

El procedimiento que se llevará a cabo consistirá en realizar una serie de actividades de forma grupal destinadas, por un lado, a identificar, nombrar y reconocer emociones y las funciones de estas en el entorno de la persona y, por otro lado, se pretenderá aumentar la conciencia y frecuencia de las emociones positivas y reducir la interferencia de las emociones negativas, para así intervenir en la respuesta emocional.

Respecto al primer tipo de actividades, los psicólogos proyectarán una serie de videos donde se podrán observar las diferentes emociones expresadas por las protagonistas, así como la función que cumplen estas. Las participantes divisarán estas reproducciones y anotarán en una plantilla (Anexo III) aportada por uno de los psicólogos: el tipo de emoción presente, qué personaje la expresa, en qué situación, que función cumple en su entorno, conducta a la que conduce dicha emoción, consecuencia de dicha conducta y, si es o no adaptativa la conducta realizada.

Los psicólogos explicarán el desarrollo de la actividad y resolverán posibles dudas antes de dar paso a su comienzo. A continuación, las diferentes participantes comentarán su análisis y los psicólogos darán feedback. De esta forma se fomentará la psicoeducación enriquecida por las diferentes perspectivas de las pacientes.

Una vez finalizada esta actividad, se procederá a la explicación de la segunda parte de esta sesión, donde se reforzará y hará hincapié en la continuidad y práctica del mindfulness (actividad propuesta previamente para el desarrollo individual y complementario en casa) y de su relación con las emociones. Además, se introducirá la práctica de actividades agradables en el día a día de las participantes, lo que aumentará la intensidad y cantidad de emociones positivas, reduciendo las negativas.

Para ello, los psicólogos animarán al grupo a hacer una lista de actividades que les resulte agradables o les apetezca retomar, tanto aquellas que ya se encuentran en el repertorio de la persona como aquellas que le gustaría empezar a practicar. A continuación, se ayudará al grupo a establecer un período de tiempo mínimo destinado a estas actividades y, si lo requieren, a organizar su día para encontrar un espacio de tiempo para estas.

Los materiales necesarios para esta sesión son: una sala habilitada con un mínimo de 12 sillas (10 para las participantes y dos para los psicólogos), un proyector en su conjunto, un ordenador, las plantillas del vídeo, folios y material para escribir.

### **Sesión nº9. Tolerancia al malestar emocional.**

El objetivo se centra en reducir los síntomas ansiosos e incrementar la tolerancia a las emociones extremas.

La duración será de una hora aproximadamente, de forma grupal.

El procedimiento comenzará con una psicoeducación centrada en la tolerancia de emociones extremas. A continuación, se invitará a las participantes a pensar y contar una situación personal conflictiva que les genere alguna emoción extrema y que haya ocurrido en los últimos días, para fomentar la vivencia de esta. Los psicólogos les dirigirán una serie de cuestiones para reflexionar: ¿tiene sentido que sigas sufriendo por algo que sucedió en el pasado?, ¿te gustaría dejar de sentir ese malestar emocional?, ¿crees que mereces seguir sufriendo? Además, se seguirá reforzando la idea de que las conductas autolesivas no son una solución a la situación ya que estas contribuirán a un aumento del malestar.

Seguidamente, se animarán a las participantes a que realicen una serie de ejercicios alternativos para disminuir esa sensación de malestar emocional: agarrar una almohada y gritar sobre ella, coger un cojín y lanzarlo fuertemente contra el suelo, realizar tareas domésticas o hacer pasatiempos para no centrar la atención en esa emoción, realizar actividades agradables, hacer deporte intensamente para descargar la tensión, etc.

Los materiales necesarios para esta sesión son: una sala acondicionada y espaciosa con un mínimo de 12 sillas (10 para las participantes y dos para los psicólogos), una mesa redonda, bolígrafos, folios y cojines.

## **Sesión nº10. Las diversas aplicaciones del Mindfulness.**

El objetivo de esta sesión es el entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar para que la persona aprenda a no evitarlo, sino a manejarlo.

La duración será de una hora aproximadamente, de forma grupal.

El procedimiento de esta sesión comenzará con una psicoeducación del malestar, donde se presentará una nueva perspectiva del dolor considerándolo como parte de la vida de cada persona y reforzando la aceptación de este como comienzo de cualquier proceso de cambio. Para ello, se emplearán habilidades de conciencia básica basadas en el mindfulness.

En esta sesión se trabajarán dos tipos de estrategias: por un lado, el entrenamiento en habilidades de supervivencia a las crisis y, por otro lado, las habilidades de aceptación de la realidad.

Para trabajar las primeras, en primer lugar, se empleará la psicoeducación donde se explicará al grupo que su finalidad es aprender a tolerar el malestar de una situación concreta sin recurrir a conductas que incrementen o mantengan ese sufrimiento.

Además, se concienciará de que las autolesiones que suelen emplear estas pacientes como respuesta impulsiva ante situaciones dolorosas no son la solución adecuada para reducir ese malestar y, estas forman parte de esas conductas que se pretenden evitar con el empleo de estas nuevas habilidades. También, se le explicará la nula efectividad a largo plazo de estas conductas desadaptativas, aunque a corto plazo parezcan una solución acertada al disminuir el malestar por unos minutos.

A continuación, se les presentarán una serie de técnicas sustitutivas para dar una nueva solución a las crisis, algunas de ellas son: la distracción, mejorar el momento a través de la imaginación y la relajación, pensar en los pros y contras de la conducta impulsiva (por ejemplo, la autolesión), la proporción de estímulos positivos, etc.

Respecto al segundo grupo de habilidades, se comenzará con una psicoeducación acerca de las habilidades de aceptación de la realidad, informando a las participantes de que estas están

relacionadas con la tolerancia de una misma y de la situación actual sin juzgarla, reconociéndose y admitiendo el contexto tal y como se presenta en ese momento. Para entrenarlas se recurrirá a técnicas de aceptación radical, como el mindfulness, donde se dirigirá la mente hacia la aceptación y buena disposición de una mismo y hacia el contexto. Además, se conseguirá desarrollar la autoobservación.

### **Sesión nº11. Manejo de pensamientos intrusivos.**

El objetivo de esta sesión es conseguir que las participantes diferencien y tomen distancia de sus pensamientos automáticos.

La duración será de una hora aproximadamente, de forma grupal.

El procedimiento comenzará con una actividad para trabajar las distorsiones cognitivas. Se entregará a cada persona una copia con el nombre de los diferentes errores de pensamiento y su explicación. A través de la psicoeducación, se explicará más detenidamente en qué consiste cada uno poniendo ejemplos.

A continuación, cada participante compartirá los distintos pensamientos que recuerden para identificar qué tipo de error de pensamiento con la colaboración de sus compañeras y con ayuda de los psicólogos. Estos animarán a cada participante a trabajar con su pensamiento aplicando la reestructuración cognitiva donde se retará al pensamiento y se describirá lo que piensa para identificarlo de forma correcta y cambiarlo, en el caso que sea necesario.

Los psicólogos guiarán la discusión para que las participantes consigan aplicar también alguna de las diferentes habilidades entrenadas previamente en las sesiones anteriores, como pueden ser: aceptación, solución de problemas, relajación, conciencia plena, validación, etc. Además, es importante recordar el papel de la práctica diaria de actividades agradables y la meditación.

Los materiales necesarios son: una sala acondicionada con un mínimo de 12 sillas (10 para las participantes y dos para los psicólogos) y una mesa redonda.

## **Sesión nº12.**

El objetivo de esta sesión será fomentar la adquisición de habilidades para la solución de problemas.

La duración será de una hora aproximadamente, de forma grupal.

El procedimiento comenzará con la realización de un role-playing por parte de dos voluntarias, las cuales representarán una situación en la que aparezcan conductas desadaptativas y el resto de las compañeras deberán analizar y reflexionar sobre posibles conductas alternativas. A continuación, se analizarán los pasos que se deben seguir para resolver un problema. Según D´Zurilla y Goldfried (1971):

En primer lugar, se identificará el problema. En segundo lugar, se recogerá todas las posibles soluciones (lluvia de ideas). En tercer lugar, se discutirán las ventajas e inconvenientes de las diferentes alternativas. En cuarto lugar, se elegirá la mejor alternativa o combinación de soluciones. En quinto lugar, se procederá a la planificación de la puesta en práctica y ejecución de esta. Por último, se revisará la ejecución.

Los materiales necesarios son: una sala acondicionada con un mínimo de 12 sillas (10 para las participantes y dos para los psicólogos) y una mesa redonda.

## **Sesión nº13. Reforzando lo aprendido.**

El objetivo de esta sesión es el fortalecimiento de habilidades.

La duración será de una hora aproximadamente, de forma grupal.

El procedimiento de esta sesión consistirá en reforzar aquellas habilidades en las que las participantes tengan dudas o necesiten practicar más. Además, estas podrán plantear situaciones concretas para que los psicólogos puedan guiarlas sobre el tipo de estrategias que podrían llevar a cabo y cómo hacerlo. Se empleará el role-playing en caso necesario.

Esta sesión también servirá para que aquellas participantes que hayan faltado a una sesión puedan recibir la formación correspondiente a esta, lo que servirá a su vez como refuerzo para sus compañeras.

Los materiales necesarios son: una sala acondicionada con un mínimo de 12 sillas (10 para las participantes y dos para los psicólogos), una mesa redonda, folios y material para escribir.

#### **Sesión nº14. Post-evaluación.**

El objetivo de esta sesión será evaluar la eficacia del programa a través de la realización y análisis de los diferentes instrumentos de evaluación una vez finalizado el programa.

La duración será de una hora, de forma individual con cada participante.

El procedimiento comenzará con la cumplimentación de los diferentes instrumentos de evaluación para obtener resultados acerca de la efectividad del programa y de la evolución del sujeto. Tras su realización, se repasará lo trabajado en las sesiones previas y se resolverán las posibles dudas. Además, el psicólogo se interesará por las opiniones y expectativas de la paciente. Para finalizar, se le entregará un diploma simbólico a cada participante para reflejar su compromiso y esfuerzo en la superación de los objetivos propuestos.

Los materiales necesarios son: un despacho acondicionado con un mínimo de dos sillas y una mesa, el diploma correspondiente a cada participante, los diferentes instrumentos de evaluación y el material para su cumplimentación.

#### **Sesiones nº15-16-17. Seguimiento.**

Se llevarán a cabo diferentes sesiones de seguimiento a los 3 meses, a los 6 meses y al año tras finalizar el programa de intervención, Se valorarán los objetivos alcanzados proporcionando feedback sobre los conocimientos adquiridos. Además, se analizará la respuesta ante la presencia de situaciones de riesgo, en el caso de que las haya.

Para finalizar, se volverán a pasar los diferentes instrumentos de evaluación en cada sesión, para comprobar la evolución la participante y efectividad del programa a corto y largo plazo.

## **6. RESULTADOS ESPERADOS**

Para asegurar el cumplimiento de los objetivos propuestos, se analizarán los resultados de las evaluaciones realizadas antes y después de la intervención a través de un psicólogo que no tenga relación con la intervención para disminuir el riesgo de variables extrañas. Además, se tendrá en cuenta el seguimiento del programa.

En primer lugar, con relación a los instrumentos empleados para la evaluación de la sintomatología del TLP, se prevén los siguientes resultados:

- Escala CGI-BPD de Pérez et al. (2017):

Se esperan puntuaciones altas en la escala CGI-BPD-S (evalúa la gravedad del TLP actual) antes de la intervención, pero, después de esta se espera un aumento en la escala CGI-BPD-I (evalúa la mejoría de la sintomatología límite después de la intervención), lo cual mostrará una reducción de dichos síntomas (Pérez et al., 2017).

- Escala de Impulsividad de Plutchik (1989):

Se esperan puntuaciones altas en esta escala antes de realizar la intervención, ya que esta evalúa las conductas impulsivas, pero tras finalizar el programa, se predice una disminución de dichas puntuaciones lo que mostraría una mejoría significativa (Páez et al., 1996).

En segundo lugar, respecto a los instrumentos de evaluación aplicados para la evaluación del dolor se esperan los siguientes resultados:

- Formulario McGill-Short Form-Revised (MPQ) de Melzack (1975):

Antes de llevar a cabo la intervención, se esperan puntuaciones altas en dicho formulario (evalúa la intensidad del dolor con tintes emocionales), pero una vez finalizada, se prevé una disminución significativa de estas (Melzack, 1975).

- Argómetro de presión:

Previamente a la realización del programa de intervención se espera que las participantes muestren una baja puntuación del umbral del dolor (mínima percepción dolorosa ante presión en Kg), pero una vez finalizado, se espera un aumento significativo de este umbral. Lo mismo se prevé en cuanto a la tolerancia del dolor (máximo dolor soportado ante presión dolorosa en kg).

- Michigan Body Map - Versión revisada (MBM) de Bummett et al. (2016):

Se espera una disminución significativa de las puntuaciones obtenidas a través de MBM (evalúa el dolor generalizado a través de una imagen corporal) después de la intervención (Bummett et al., 2016).

- Inventario Central de Sensibilización (CSIA) de Mayer et al. (2012):

Tras la aplicación del programa, se estima una reducción de los valores correspondientes a la Parte A (evalúa las quejas polisomáticas asociadas a la sensibilidad central) aplicada (Mayer et al., 2012).

En tercer lugar, en relación a los instrumentos empleados para la evaluación de la ansiedad y estado de ánimo, se espera los siguientes resultados:

- Cuestionario STAI de Spielberger et al. (1982):

Se prevé una reducción significativa de la ansiedad estado (ansiedad como estado transitorio) de las participantes tras la finalización del programa, aunque se esperan

puntuaciones estables en cuanto a la ansiedad rasgo (ansiedad como rasgo de la personalidad) antes y después de la intervención (Perpiñá-Galvañ et al., 2011; Spielberger et al., 1982).

Por último, en relación a la calidad de vida de las participantes, se estima una mejoría en la puntuación final de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener et al. (1985), la cual sería aplicada para evaluar la calidad de vida de las participantes (Diener et al., 1985).

## **7. DISCUSIÓN**

### **7.1. RELEVANCIA E IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS RESULTADOS**

El programa de intervención propuesto persigue conseguir la reducción de la sintomatología del TLP, así como reducir el dolor crónico en las participantes a través de la intervención única sobre los síntomas del primer trastorno. Principalmente se centra en trabajar la reducción de las conductas impulsivas desadaptativas y disfunciones cognitivas presentes en dicho trastorno, como pueden ser las autolesiones o conductas suicidas entre otras. Se llevará a cabo a través de la adquisición de habilidades necesarias para mejorar su gestión y control. De esta forma se fomentará la recuperación del bienestar emocional. De forma general, se espera una mejora de la calidad de vida de cada participante después de finalizar el programa.

Para conseguir los objetivos propuestos, algunas de las actividades propuestas consistirán en entrenar el control de impulsos a través de la práctica de conciencia plena; mejorar las relaciones interpersonales; fomentar la regulación emocional y así reducir el malestar emocional generado y; desarrollar habilidades que permitan la tolerancia al dolor emocional y con ello, reducir el afecto negativo. Más concretamente, se prevé una mejoría del control de impulsos a través del entrenamiento en habilidades de conciencia plena ya que estas permiten que la persona tenga una conciencia más clara del contexto de su experiencia lo cual prevendrá la puesta en marcha de conductas impulsivas (Gempeler, 2008).

A través del desarrollo de conductas adaptativas, así como del adecuado análisis de la situación a la que se enfrenta la paciente, se espera una mejoría de la efectividad de las

habilidades interpersonales entre la participante y su entorno (De la Vega et al., 2013; Gempeler, 2008).

También, se pretende fomentar una mejoría de la regulación emocional ya que es un aspecto central en la TDC (Soler et al., 2016). Contribuir a la identificación y puesta en marcha de habilidades efectivas ante emociones desagradables permitirá reducir la experimentación de estas, así como fomentar una mayor tolerancia emocional (De la Vega et al., 2013). Se ha observado en estudios previos que, a través de la práctica de actividades agradables y entrenamiento en conciencia plena, las cuales son trabajadas en el programa, contribuye a una mejoría de la regulación emocional (De la Vega et al., 2013).

Por último, se espera una disminución de la percepción de dolor, lo cual fomentará una mayor tolerancia al dolor emocional. A partir de los resultados observados en estudios previos, la consecución de dicho objetivo es posible a través del empleo de habilidades como las planteadas en dicho programa (habilidades de supervivencia a las crisis y habilidades de aceptación de la realidad), las cuales se basan principalmente en el mindfulness (De la Vega et al., 2013; Gempeler, 2008).

A través de este programa, se espera una reducción del dolor crónico presente en estas participantes al intervenir en la sintomatología límite dada la relación existente entre ambos diagnósticos. Según Benjamín (2020), esta relación puede ser explicada a través de la asociación significativa encontrada entre la sintomatología del TLP y un aumento de la gravedad clínica entre pacientes con dolor crónico, así como un aumento de la manifestación del dolor afectivo y molestias polisomáticas asociadas con la sensibilidad central.

## **7.2. LIMITACIONES Y PROPUESTA DE MEJORA PARA LÍNEAS FUTURAS**

Es relevante destacar la importancia de las investigaciones realizadas hasta el momento acerca del TLP y su tratamiento, así como de la relación existente entre este y el dolor crónico.

Pero, desafortunadamente, aún son escasos los datos empíricos obtenidos actualmente, lo cual forma parte de una de las varias limitaciones que presenta dicho programa para su adaptación y puesta en marcha. Además, este programa de intervención cuenta con una alta dificultad de control de la ingesta de medicamentos por parte de las participantes, lo cual sesga

en cierta parte algunos aspectos de la intervención. Algunos de los posibles medicamentos consumidos pueden ser antipsicóticos, ansiolíticos o hipnóticos, así como estabilizadores del humor y antidepresivos, entre otros (Morales et al., 2019). Estos pueden disminuir los síntomas del TLP y/o dolor crónico, por lo que el resultado de la intervención podría no ser totalmente objetivo al verse mediado por dichos efectos.

Otra limitación por considerar es el reducido número de sesiones planteadas, en comparación con la longitud del tratamiento basado en la TDC, para reducir la probabilidad de que las participantes abandonen prematuramente el programa sin llegar a finalizarlo, así como para reducir la fatiga en dichas participantes.

También se considera un obstáculo la dificultad en la obtención y cribado de un grupo de participantes representativo al tratarse de trastornos que presentan una alta comorbilidad con otras patologías, principalmente con trastornos del Eje I, TCC, TUS y TCA (Grant et al., 2008).

Por último, una de las limitaciones más importantes a destacar, es la presente pandemia sanitaria provocada por el COVID-19 a la que se somete la población actualmente. Al tratarse de una situación de incertidumbre al no ser controlable, este programa se ve condicionado ya que, si las medidas sanitarias se prolongan hasta los meses previstos de ejecución de dicha intervención, este programa deberá ser pospuesto hasta una próxima fecha en la que se pueda desempeñar con éxito velando por la seguridad de las participantes.

Teniendo en cuenta las diferentes limitaciones anteriores que condicionan el programa de intervención planteado, se debe señalar la importancia de la prevención y solución de estas para futuros programas de intervención.

Una de las mejoras que podrían llevarse a cabo se basa en la selección de un grupo de participantes más homogéneo, llevando a cabo una criba más exhaustiva en la que poder detectar e incluir en el programa únicamente a aquellas personas que presenten un nivel de la sintomatología del TLP y dolor crónico similar sin estar mediada por ningún fármaco ingerido, para que de esta forma las actividades de las sesiones puedan adaptarse al nivel de todas las participantes por igual.

Otra de las mejoras previstas consiste en la adaptación de este programa de intervención a modalidad virtual para así poder desarrollar las diferentes sesiones por vía telemática y reducir de esta forma el impacto de la pandemia por COVID-19.

Además, sería interesante proponer en intervenciones futuras dicho programa a un grupo de participantes de mayor rango de edad para valorar la eficacia de este.

Por último, se propone tener en cuenta las variables familiares de cada participante de manera más individualizada, interviniendo también con sus familiares. Se considera una propuesta de mejora para líneas futuras ya que, según indica la literatura científica, al intervenir también con el cuidador/a (suele ser un familiar), se consigue reducir de forma significativa los niveles de ansiedad que este presenta, así como disminuir la tendencia de este a interpretar de forma amenazante las situaciones complicadas (Flynn et al., 2017; Hoffman et al., 2005; Hoffman, et al., 2007). Por lo que, trabajando en componentes específicos relacionados con la interacción familiar se conseguirá reducir la sobrecarga emocional del cuidador/a (Navarro-Haro et. al. 2018; Rajalin et al., 2009).

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcázar-Córcoles, M. Á., Verdejo, A. J., y Bouso-Sáiz, J. C. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de impulsividad de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes. *Actas españolas de psiquiatría*, 43(5), 161-169.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5ª. ed.), American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª. ed), DC EE. UU
- Arrindell, W. A., Meeuwesen, L., y Huyse, F. J. (1991). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and individual differences*, 12(2), 117-123
- Asenjo, B., y Andrea, N. (2019). El abordaje clínico de personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad: una exploración de las escuelas cognitivo-conductual, gestalt, posracionalismo y psicoanálisis. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 17(2), 354-386.
- Aviram, R., Brodsky, B. y Stanley, B. (2006). Trastorno límite de la personalidad, estigma e implicaciones del tratamiento. *Harvard Review of Psychiatry*, 14 (5), 249-256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 123(5), 327-38.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva*. Editorial Gedisa.
- Biskin, R. (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 60(7), 303-308. <https://doi.org/10.1177/070674371506000702>

- Biskin, R. (2015). El curso de por vida del trastorno límite de la personalidad. *La Revista Canadiense de Psiquiatría*, 60 (7), 303-308. <https://doi.org/10.1177/070674371506000702>
- Biskin, R. S., M.D., & Paris, J., M.D. (2012). Diagnosing borderline personality disorder: CMAJ. *Canadian Medical Association Journal*, 184 (16), 1789-94. <https://search.proquest.com/scholarly-journals/diagnosing-borderline-personality-disorder/docview/1314475502/se-2?accountid=14555>
- Biskin, R., Frankenburg, F., Fitzmaurice, G. y Zanarini, M. (2014). Dolor en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Personalidad y salud mental*, 8 (3), 218-227. <https://doi.org/10.1002/pmh.1265>
- Blyth, F. M., Van Der Windt, D. A., y Croft, P. R. (2015). Chronic disabling pain: a significant public health problem. *American journal of preventive medicine*, 49(1), 98-101.
- Bornovalova, M., Verhulst, B., Webber, T., McGue, M., Iacono, W., y Hicks, B. (2017). Genetic and environmental influences on the codevelopment among borderline personality disorder traits, major depression symptoms, and substance use disorder symptoms from adolescence to young adulthood. *Development and Psychopathology*, 30(1), 49–65.
- Braden, J. B., y Sullivan, M. D. (2008). Suicidal thoughts and behavior among adults with self-reported pain conditions in the national comorbidity survey replication. *The Journal of Pain*, 9(12), 1106-1115.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10(4), 287-333.
- Brummett, C., Bakshi, R., Goesling, J., Leung, D., Moser, S., y Zollars, J. et al. (2016). Preliminary validation of the Michigan Body Map. *Pain*, 157(6), 1205-1212. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000506>

- Cabrera-León, A., Cantero-Braojos, M. Á., Garcia-Fernandez, L., y de Hoyos, J. (2018). Living with disabling chronic pain: results from a face-to-face cross-sectional population-based study. *BMJ open*, 8(11), e020913.
- Cardenal, V., Sánchez, M., y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y salud*, 18(3), 305-324.
- Carmona i Farrés, C., Pascual, J. C., Elices, M., Navarro, H., Martín-Blanco, A., y Soler, J. (2018). Factores predictores de abandono prematuro de terapia dialéctica conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(6), 226-233.
- Carpenter, R. W., y Trull, T. J. (2015). The pain paradox: Borderline personality disorder features, self-harm history, and the experience of pain. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(2), 141.
- Carpenter, R., Tomko, R., Trull, T., y Boomsma, D. (2013). Gene-Environment Studies and Borderline Personality Disorder: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1).
- Conrad, R., Schilling, G., Bausch, C., Nadstawek, J., Wartenberg, H. C., Wegener, I., y Liedtke, R. (2007). Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *PAIN®*, 133(1-3), 197-209.
- Cuevas, C y López Á (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, (97–114).
- De la Vega-Rodríguez, I., y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctica conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1). <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>

- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Dimeff LA, Linehan MM. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addict Sci Clin Pract.* 4(2), 39-47.
- Dixon-Gordon, K. L., Conkey, L. C., y Whalen, D. J. (2018). Recent advances in understanding physical health problems in personality disorders. *Current opinion in psychology*, 21, 1-5.
- Dixon-Gordon, K. L., Whalen, D. J., Layden, B. K., y Chapman, A. L. (2015). A systematic review of personality disorders and health outcomes. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 168.
- Ducasse, D., Courtet, P., y Olie, E. (2014). Physical and social pains in borderline disorder and neuroanatomical correlates: a systematic review. *Current psychiatry reports*, 16(5), 443.
- Durbin CE, Hicks BM. (2014). Personalidad y psicopatología: un campo estancado que necesita desarrollo. *Revista europea de personalidad*. 28 (4), 362–386.
- D'Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Resolución de problemas y modificación del comportamiento. *Revista de psicología anormal*, 78 (1), 107-126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Herley, S., y Suarez, C. et al. (2017). Family Connections versus optimised treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: non-randomised controlled study. *Borderline Personality Disorder And Emotion Dysregulation*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0069-1>.
- Folwe, J. O. y C. (2013). Trastornos de la personalidad (I). (D. H. y M. Hyman, Ed.) (Medical Tr). Arlington, Virginia.

- Frankenburg, F. R., y Zanarini, M. C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(12), 1660-1665.
- Fruzzetti, A. y Hoffman, P. (2004). Family Connections Workbook and Training Manual. *Nueva York: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder*
- Gempeler J. (2008). Terapia Conductual Dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1, 136-148.
- Grant B, Chou S, Goldstein R, Huang B, Stinson FS, Saha T, Smith SM, Dawson D, Pulay A, Pickering R, Ruan W (2008) *Psiquiatría de J Clin*. 69 (4): 533-45.
- Greenfield, B., Henry, M., Lis, E., Slatkoff, J., Guilé, J. y Dougherty, G. et al. (2014). Correlaciones, estabilidad y predictores del trastorno límite de la personalidad entre jóvenes previamente suicidas. *Psiquiatría europea de niños y adolescentes*, 24 (4), 397-406. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0589-9>
- Gunderson, J. (2011). *A BPD brief: An introduction to borderline personality disorder diagnosis, origins, course, and treatment*. Preuzeto
- Gunderson, J. (2011). Estudio familiar del trastorno límite de la personalidad y sus sectores de psicopatología. *Archivos de psiquiatría general*, 68 (7), 753. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.65>
- Heath, L., Paris, J., Laporte, L. y Gill, K. (2018). Alta prevalencia de dolor físico entre las personas con trastorno límite de la personalidad que buscan tratamiento. *Revista de trastornos de la personalidad*, 32 (3), 414-420. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_302](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_302)
- Hoffman, P., Fruzzetti, A., Buteau, E., Neiditch, E., Penney, D., y Bruce, M. et al. (2005). Family Connections: A Program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder. *Family Process*, 44(2), 217-225. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x>

- Hoffman, P., Fruzzetti, A., y Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal Of Mental Health*, 16(1), 69-82. <https://doi.org/10.1080/09638230601182052>
- Hyde P. (2011). Report to Congress on Borderline Personality Disorder. *Substance Abuse and Mental Health Service Administration*, 4644.
- Johnson, B., Lumley, M., Cheavens, J., y McKernan, L. (2020). Exploring the links among borderline personality disorder symptoms, trauma, and pain in patients with chronic pain disorders. *Journal Of Psychosomatic Research*, 135, 110-164. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110164>
- Johnson, J., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. y Bernstein, D. (1999). El maltrato infantil aumenta el riesgo de trastornos de la personalidad durante la edad adulta temprana. *Archives Of General Psychiatry*, 56 (7), 600. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.600>
- Kealy, D. y Ogrodniczuk, J. (2010). Marginación del trastorno límite de la personalidad. *Revista de práctica psiquiátrica*, 16 (3), 145-154. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000375710.39713.4d>
- Kernberg, O. F. (1992). Diagnóstico estructural. Trastornos graves de la Personalidad. Estrategias psicoterapéuticas. Retrieved from [http://teoriaspsicologicas2.files.wordpress.com/2012/10/otto-kernberg-trast-graves-dela-personalidad-cap-1\\_diagnostico-estructural.pdf](http://teoriaspsicologicas2.files.wordpress.com/2012/10/otto-kernberg-trast-graves-dela-personalidad-cap-1_diagnostico-estructural.pdf)
- Korn D, Leeds A. (2002). Pruebas preliminares de eficacia para el desarrollo e instalación de recursos EMDR en la fase de estabilización del tratamiento del trastorno de estrés postraumático complejo. *J Clin Psychol*. 58 (12), 1465-1487.

- Kröger C, Harbeck S, Armbrust M, Kliem S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther.* 51(8), 411-6.
- Langley, P. C., Ruiz-Iban, M. A., Molina, J. T., De Andres, J., y Castellón, J. R. G. E. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of medical economics*, 14(3), 367-380.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2ª. ed.). Guilford.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, NY: The Guilford Press.
- Lovejoy, T. I., Turk, D. C., y Morasco, B. J. (2012). Evaluation of the psychometric properties of the revised short-form McGill Pain Questionnaire. *The Journal of Pain*, 13(12), 1250-1257.
- Lynch, T., Chapman, A., Rosenthal, M., Kuo, J., y Linehan, M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal Of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480. <https://doi.org/10.1002/jclp.20243>
- Martinez-Raga J, Marshall EJ, Keaney F, Ball D, Strang J. (2002). Unplanned versus planned discharges from in-patient alcohol detoxification: retrospective analysis of 470 first - episode admissions. *Alcohol and Alcohol.* 37(3), 277-81.
- Mayer, T., Neblett, R., Cohen, H., Howard, K., Choi, Y., y Williams, M. et al. (2011). The Development and Psychometric Validation of the Central Sensitization Inventory. *Pain Practice*, 12(4), 276-285. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2011.00493.x>

- McKernan, L. C., Johnson, B. N., Crofford, L. J., Lumley, M. A., Bruehl, S., y Cheavens, J. S. (2019). Posttraumatic stress symptoms mediate the effects of trauma exposure on clinical indicators of central sensitization in patients with chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 35(5), 385.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-259.
- Momeni Safarabad N, Asgharnejad Farid AA, Gharraee B, Habibi M. (2018). Treatment of a patient with borderline personality disorder based on phase-oriented model of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A case report. *Iran J Psychiatry*. 13, (80–3).
- Mosquera, D., Leeds, A., y Gonzalez, A. (2014). Application of EMDR Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal Of EMDR Practice And Research*, 8(2), 74-89. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.2.74>
- Navarro-Haro, M., Pérez-Hernández, N., Serrat, S., y Gasol-Colomina, M. (2019). Efectividad y aceptabilidad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica comportamental para familiares de personas con trastorno de personalidad límite. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 23(3), 201. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21907>
- Núñez Morales, N., Sancho, M., Granados Martínez, B., y Gibert Rahola, J. (2019). Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento. *Psiquiatría Biológica*, 26(3), 85-98. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.10.001>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*, Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/9788479034924>
- Pérez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J. C., Campins, M. J., Puigdemont, D., y Álvarez, E. (2007). Impresión clínica global para pacientes con trastorno límite de la personalidad (ICG-TLP): una escala sensible al cambio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(4).

- Perpiñá-Galvañ, J., Richart-Martínez, M., y Cabañero-Martínez, M. J. (2011). Fiabilidad y validez de una versión corta de la escala de medida de la ansiedad STAI en pacientes respiratorios. *Archivos de Bronconeumología*, 47(4), 184-189.
- Ponce de León, C., Brahm, C., Bustamante, F., Sabat, S., Labra, J., y Florenzano, R. (2017). Efectividad de la terapia conductual dialéctica en pacientes con trastorno de personalidad limítrofe en Santiago de Chile. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría*, 55(4), 231-238. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272017000400231>
- R.A. Sansone, L.A. Sansone. (2012) Chronic pain syndromes and borderline personality disorder, *Innov. Clin. Neurosci.* 9 (1), 10–14.
- Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., y Jokinen, J. (2009). Dialectical Behavior Therapy-Based Skills Training for Family Members of Suicide Attempters. *Archives Of Suicide Research*, 13(3), 257-263. <https://doi.org/10.1080/13811110903044401>
- Reichborn-Kjennerud, T., Ystrom, E., Neale, M., Aggen, S., Mazzeo, S. y Knudsen, G. et al. (2013). Estructura de los factores de riesgo genéticos y ambientales para los síntomas del trastorno de personalidad de la línea fronteriza del DSM-IV. *Psiquiatría JAMA*, 70 (11), 1206. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1944>
- Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*.
- Ritschel, L., Miller, A., y Taylor, V. (2013). Dialectical behavior therapy for emotion dysregulation. In J. Ehrenreich-May y B. Chu (Eds.), *Transdiagnostic mechanisms and treatment for youth psychopathology* (pp. 203-232). New York: Guilford Press.
- Safer DL, Telch CF, Agras WS. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 158(4), 632-4.
- Sanchez, N. H. y J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Psicología, psiquiatría y psicoanálisis.

- Sansone, R. A., y Sansone, L. A. (2007). Borderline personality and the pain paradox. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(4), 40.
- Soler, J., Eliges, M., y Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 42(165-66). <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2793>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones
- Stickgold, R. (2002). EMDR: un supuesto mecanismo de acción neurobiológico. *Revista de psicología clínica*, 58 (1), 61-75.
- Stoffers-Winterling, J., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005652.pub2>
- Swales, M., y Dunkley, C. (2020). Principles of skills assessment in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(1), 18-29.
- Tetti, G., Boggiano, J., y Gagliosi, P. (2018). Terapia Dialéctico Conductual (DBT). Un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Revista argentina de psiquiatría*, 26, 27-54.
- Torres, T. (2007). Trastorno límite de personalidad: tratamiento desde un enfoque cognitivo conductual. *Cuadernos de NeuroPsicología*, 1(3), 311-320.
- Vanegas Pérez, G., Barbosa González, A., y Pedraza Manuel, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), 159-176. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a09>

- Weisberg, J. N. (2000). Personality and personality disorders in chronic pain. *Current review of pain*, 4(1), 60-70.
- Weisberg, J. N., Vittengl, J. R., Clark, L. A., Gatchel, R. J., y Gorin, A. A. (2000). Personality and pain: Summary and future perspectives. *In Personality Characteristics of Patients with Pain*. American Psychological Association.
- Wilks, C., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A., Lungu, A., y Linehan, M. (2017). Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals With Behavioral Disorders: Initial Feasibility and Outcomes. *Cognitive And Behavioral Practice*, 24(3), 288-295. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.06.004>
- Wnuk S, McMain S, Links PS, Habinski L, Murray J, Guimond T. (2013). Factors Related to Dropout From Treatment in Two Outpatient Treatments for Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 27(6), 716-26.
- Zaheer, J., Links, P. y Liu, E. (2008). Evaluación y manejo de emergencias del suicidio en los trastornos de la personalidad. *Clínicas psiquiátricas de América del Norte*, 31 (3), 527-543. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.007>
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Hennen, J. y Silk, K. (2003). El curso longitudinal de la psicopatología límite: seguimiento prospectivo de 6 años de la fenomenología del trastorno límite de la personalidad. *Revista estadounidense de psiquiatría*, 160 (2), 274-283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274>

## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo I. Cronograma.

| Fecha      | Sesión     | Objetivos                                                                        | Intervención | Técnicas                                                                                           |
|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01/07/2020 | Pre-sesión | Explicación del programa de intervención y creación de un contexto de confianza. | Individual   |                                                                                                    |
| 08/07/2020 | 1          | Evaluación inicial.                                                              | Individual   | Entrevista clínica relevante e instrumentos de evaluación.                                         |
| 15/07/2020 | 2          | Fomentar un contexto de motivación y aumentar la alianza terapéutica             | Grupal       | Dinámica grupal de presentación formada por actividad en parejas. Puesta en común grupal de ideas. |
| 22/07/2020 | 3          | Incrementar la motivación al cambio.                                             | Grupal       | Puesta en común de ideas motivacionales sobre diversos aspectos.                                   |
| 29/07/2020 | 4          | Disminuir la confusión acerca del yo y el vacío.                                 | Grupal       | Técnicas de conciencia plena (mindfulness).                                                        |
| 05/08/2020 | 5          | Mejorar las habilidades interpersonales.                                         | Grupal       | Psicoeducación. Entrenamiento en comunicación asertiva.                                            |
| 12/08/2020 | 6          | Potenciar las habilidades de efectividad interpersonal.                          | Grupal       | Psicoeducación. Role-playing. Lista de ejemplos                                                    |
| 19/08/2020 | 7          | Afianzar los conocimientos adquiridos y fomentar la alianza terapéutica.         | Individual   | Feedback.                                                                                          |
| 26/08/2020 | 8          | Potenciar la regulación emocional.                                               | Grupal       | Psicoeducación. Práctica de actividades agradables.                                                |

|                                        |             |                                                                  |            |                                                                                                                            |
|----------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02/09/2020                             | 9           | Potenciar la tolerancia a las emociones extremas.                | Grupal     | Psicoeducación en habilidades de distracción.<br>Entrenamiento en habilidades de distracción.                              |
| 09/09/2020                             | 10          | Aumentar la tolerancia al malestar.                              | Grupal     | Psicoeducación.<br>Mindfulness.<br>Habilidades de supervivencia a las crisis.<br>Habilidades de aceptación de la realidad. |
| 16/09/2020                             | 11          | Tomar distancia de los pensamientos automáticos.                 | Grupal     | Psicoeducación.<br>Reestructuración cognitiva.                                                                             |
| 23/09/2020                             | 12          | Adquisición de habilidades para la solución de problemas.        | Grupal     | Role-playing y análisis de este.<br>Conductas alternativas.<br>Psicoeducación sobre pasos para resolver un problema.       |
| 30/09/2020                             | 13          | Fortalecimiento de habilidades                                   | Grupal     | Role-playing                                                                                                               |
| 07/10/2020                             | 14          | Cierre y evaluación.                                             | Individual | Evaluación a través de los diferentes instrumentos.                                                                        |
| 06/01/2021<br>07/04/2021<br>06/10/2021 | Seguimiento | Prevención de recaídas, mantenimiento de objetivos y evaluación. | Individual |                                                                                                                            |

## 9.2. Anexo II. Autorización del participante.

Yo, ..... con D.N.I .....

Autorizo mi participación en el programa de intervención diseñado para personas con Trastorno Límite de la Personalidad y dolor crónico de forma comórbida, sin coacción alguna.

He sido informada de la duración de dicho programa y de los meses que abarcará. Así como de las actividades que se llevarán a cabo en él y de los instrumentos de evaluación aplicados antes y después de su realización. Soy consciente de que las puntuaciones obtenidas en dicha evaluación serán confidenciales.

Fdo:

A ..... de ..... de .....

## 9.3. Anexo III. Plantilla de los vídeos de las emociones.

|                                  | Vídeo 1 | Vídeo 2 | Vídeo 3 | Vídeo 4 |
|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Emoción                          |         |         |         |         |
| Personaje que la expresa         |         |         |         |         |
| Situación                        |         |         |         |         |
| Función que cumple de la emoción |         |         |         |         |

|                                           |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|--|--|--|--|
| Conducta del personaje<br>ante la emoción |  |  |  |  |
| Consecuencias de la<br>conducta           |  |  |  |  |
| Conducta adaptativa / no<br>adaptativa    |  |  |  |  |