

TESIS DE LA UNIVERSIDAD
DE ZARAGOZA

2024 190

Luis Borao Zabala

El Constructo “Delusion of Me” y el Trastorno Límite de Personalidad

Director/es

Gascón Santos, Santiago
Soler Ribaudi, Joaquim

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

ISSN 2254-7606



Premsas de la Universidad
Universidad Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

**EL CONSTRUCTO “DELUSION OF ME” Y EL
TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD**

Autor

Luis Borao Zabala

Director/es

Gascón Santos, Santiago
Soler Ribaudi, Joaquim

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Psicología

2024



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

El Constructo “*Delusion of Me*” y el Trastorno Límite de Personalidad

Autor

Luis Borao Zabala

Directores

Santiago Gascón Santos

Joaquim Soler Ribaudi

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas - Psicología

2020- 2023 – Primera Edición

*Los únicos genios son los producidos por el caos
de la sociedad, son los que hacen algo al respecto.*

El caos engendra genios

B.F. Skinner, Walden Dos

A Pilar, papá, mamá y mi yaya

“La felicidad es un beso que nunca se da por miedo a equivocarse”

(David Saiz [Día Sexto]– Ópera Prima)

Agradecimientos

La finalización de este doctorado ha supuesto un gran reto, ya que el contexto laboral, temporal y económico tentaban al abandono constantemente de la investigación y su metodología. No obstante, si está aquí, ha sido gracias a una serie de personas que han dado ilusión, luz y pasión a aspectos muy valiosos para mí que me acercaban al motivo por el que comencé esta andadura. Me gustaría dedicar cronológicamente, un espacio de eterno agradecimiento a estas personas que me han permitido vivir una vida completamente diferente, llena de curiosidad, indagación y flexibilidad, y que han estado implicadas de forma directa o indirecta en que esta tesina esté aquí. Como estudiante novel de psicología, a **Ginesa López, Raúl López, Adriana Jiménez y Antonio Lucas**: pese a mi rebeldía como estudiante, supisteis enseñarme la importancia de la investigación bien realizada, de la comunicación y me recibíais con los brazos abiertos para enseñarme hasta fuera de las horas lectivas, respondiendo a todas las dudas que me surgían. Ha sido un honor, y poder haber compartido docencia con vosotros ha sido un sueño, gracias por la confianza. A **Elena Speitx, Curro, Víctor Villanueva, Ángel Castro, Terebel y Ángel Barrasa** por vuestra forma de enseñar y por ayudarme a entender el mundo del investigador y sus recovecos. A **Sonsoles Valdivia**, por haberme cambiado la vida radicalmente, tocaste donde más herida había y permitiste que esa herida no condicionase mi vida: mil gracias por las reuniones Skinnerianas, mil gracias por abrirme al mundo de la observación, mil gracias por la indagación y mil gracias por enseñarme la importancia de las raíces. Por suerte o por desgracia, activaste las ganas de querer realizar y entender las intervenciones psicológicas. A **Juan Ramón Barrada, Javier Santabárbara y Carlos Schmit**, por haberme hecho entender la metodología científica y vivirla con pasión, vuestra implicación y paciencia ayudaba enormemente. Al equipo de investigación del Arrabal: **Alberto, Alicia, Irene, Marta Puebla, Marta Modrego, Mayte...** gracias a **todos** por haber hecho del lugar de trabajo un sitio divertido y didáctico a la vez y gracias por confiar en mí, aun conociéndome. Gracias a **Héctor Morillo** y a **Joel**, por ser tan insistentes con que le de caña al doctorado y no dejarme abandonarlo y por ser la desviación típica del perfil. Gracias a **Marta del Pueyo**, por atreverte a comenzar la andadura del doctorado conmigo y a **Natalia** por los días de tesis juntos. Mil gracias a **Mariví Navarro**, por haberme tenido siempre en cuenta con las investigaciones y valorar mi trabajo. También mil gracias a los compañeros y grandes amigos

que se apuntaban a mis ideas locas de crear una revista: **Gregor, Julián, Jara, Rebeca, María B., Celia, Ana Belén, María S., Paloma, Adrián, Fani, Araceli, Sofía, Carla, Natalia, Samantha, Juan, Miriam...** Hicisteis que la carrera se convirtiera en una pasión y diversión.

A **David Saiz, Isusko Alzate** y **Javier Ibarra** por acompañar melódicamente en el proceso.

Al apoyo de las grandes amistades: **Jaime, Carlos, Mireya, Alexandra, Héctor, Andrea, Cristian, Diego, Uriel, Divina, Natalia, Cris, Claudia, Sergio, Iñigo, Rosa...** Creo que fliparéis cuando veáis que al final he terminado el doctorado.

Por otro lado, agradecer a los que me habéis formado en terapia, a **Nazaré** por enseñarme la esencia del conductismo radical. A **Pablo Gagliesi**, por hacerme entender la DBT desde el conductismo. A **AFDA**, por ser una asociación maravillosa donde aprender a crear un entorno más sano, especialmente gracias a **Lara, Sol, Roberto, Samara** y **Séfora**, las conversaciones con jarras sobre ACT son inolvidables. Gracias a **Luis Cortés**, no solo tu amistad, también por enseñarme infinitamente, por confiar en mí y apostar por ello, aun en los momentos más difíciles; los cimientos de los valores de AFDA llevan tu nombre. Transformas en R+ el error.

También quiero agradecer a mis apoyos familiares: **mi yaya, mis padres, mi hermana, mis primos y mis tías**. Creasteis un entorno perfecto, donde me habéis dado el privilegio de tener oportunidades, equivocaciones, libertad y educación. Gracias por todo el amor incondicional y por apostar por mis sueños. Gracias por hacerme sentir la familia con tanto amor. Mil gracias a **Pilar**, por tu paciencia, cuidados y por quererme con mis heridas y por no juzgarme aun conociéndome. Infinitas gracias por todo lo que eres y representas. No valen las palabras.

Gracias a todos los participantes de los estudios, sin vuestra colaboración voluntaria y altruista, este conocimiento no podría haber sido desarrollado. Y Gracias a **Skinner** y **Linehan** por dar las bases de cómo poder ayudar de forma eficaz.

A **Javier García Campayo**, por cómo ha dirigido al equipo, permitiéndome aprender de investigación, terapia e infinitas cosas. Gracias por confiar en mí, por las oportunidades, por la formación y por tu forma de cuidarnos. Es difícil conseguir con un equipo tan grande,

hacer un piña así y gracias por tu risa. Por último y más importante, quiero agradecer a mis directores.

A **Santiago Gascón** por haberme cuidado tantísimo desde que nos conocimos hace más de 10 años. Siempre te has preocupado por darme oportunidades, de formarme, de tantísimas cosas, no sabes lo mucho que valoro cada esfuerzo que has hecho por mí. Ojalá la gente pueda aprender de tus valores y de todo el cuidado que das a los que te rodean. Espero poder aportarte en el futuro, aunque sea, un 10% de todo lo que me has aportado.

A **Quim Soler** por haberme tenido obnubilado siempre con todo lo que podía aprender de ti. Desde que pude escuchar el seminario de Aceptación Radical no he podido evitar querer aprender sobre todo lo que enseñas. Gracias por abrirme siempre las puertas, gracias por todo lo que te has involucrado en esta tesis, y mil gracias sobre todo por todas las conversaciones. Gracias por callar mis miedos y gracias por dejarme formarme a tu lado. Gracias por permitirme ver lo que es una intervención psicológica eficaz y gracias por escribir Manual para Soltar. Sabes que alguien te marca cuando te despides con su acento involuntariamente. Espero que este sea el inicio de un camino de investigación también junto a ti.

Financiación

Esta tesis ha sido posible gracias al Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Abreviaturas y Acrónimos

AAQ:	<i>Acceptance and Action Questionnaire</i>
ACT:	Terapia de Aceptación y Compromiso
AP:	Atención Primaria
APA:	<i>American Psychological Association</i>
BDI:	<i>The Beck Depression Inventory</i>
BHS:	<i>The Beck Hopelessness Scale</i>
BIS:	<i>Barratt Impulsiveness Scale</i>
BPDSI:	<i>The Borderline Personality Disorder Severity Index</i>
BSI:	<i>Brief Symptom Inventory</i>
BSL-23:	<i>The Borderline Symptom List-23</i>
CE:	Control de Estímulo
CEQ:	<i>The Cognitive Error Questionnaire</i>
CPA:	<i>Care Programme Approach</i>
DASS:	La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés
DBT:	Terapia Dialéctico Conductual
DBT-WCCL:	<i>DBT Ways of Coping Checklist</i>
DERS:	<i>Difficulties Emotion Regulation Scale</i>
DES:	Escala de Emociones Diferenciales
DES-T:	<i>Dissociative Experiences Scale-Taxon</i>
DMN:	Red Neuronal por Defecto
DoM:	<i>Delusion of Me</i>
DSM:	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
ECA:	Estudio Controlado Aleatorizado
ED:	Estímulo Discriminativo
EOPS:	Escala de Sobreproducción Emocional
E-O-R:	Estímulo, Organismo y Respuesta
EOSS:	<i>The Experience of Self Scale</i>
EQ:	<i>Experiences Questionnaire</i>

E-R:	Estímulo y Respuesta
ERT:	Terapia para la Regulación Emocional
ESS:	<i>Experience of Shame Scale</i>
Etc.:	Etcétera
FAP:	Terapia Funcional Analítica
FFMQ:	<i>Five Facets Mindfulness Questionnaire</i>
GAF:	<i>Global Adjustment Scale</i>
GAS:	<i>Global Assessment Scale</i>
GPC:	Guía de Práctica Clínica
GRADE:	<i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i>
GSA:	<i>Global Social Adjustment</i>
h:	horas
H:	Hipótesis
HRSA:	<i>Hamilton Rating Scale for Anxiety</i>
HRSD:	<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>
IBE:	Intervenciones Basadas en la Evidencia
IIP:	<i>Inventory of Interpersonal Problems</i>
IPDE:	<i>International Personality Disorder Examination</i>
ISAS:	<i>Interview and Social Adjustment Scale</i>
KIMS:	<i>The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills</i>
MBCT:	<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i>
MBFPE:	Programa de Psicoeducación Familiar Basado en Mindfulness
MBI:	Intervenciones Basadas en Mindfulness
M-BIP:	Programa de Prácticas Breves de Mindfulness
MBSR:	<i>Mindfulness Based Stress Reduction</i>
MBT:	Tratamiento Basado en la Mentalización
MDD:	Trastorno Depresivo Mayor
Mi-CBT:	<i>Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy</i>
MI-NDE:	<i>Meditation-Induced Near-Death Experiences</i>

Min:	Minutos
NAS:	<i>Non-Attachment Scale</i>
NICE:	Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica
NIH:	<i>National Institutes of Health</i>
NTT:	Número de Personas que es Necesario Tratar
p. ej.:	Por ejemplo
PHI:	<i>Parasuicide History Interview</i>
PHQ-9:	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PSS-I:	<i>The PTSD Symptom Scale-Interview</i>
PTCI:	<i>The Post-Traumatic Cognitions Inventory</i>
RFT:	Teoría del Marco Relacional
RLI SCS:	<i>The Reasons for Living Inventory, Survival and Coping Scale</i>
RSE:	<i>Rosenberg's Self- Esteem scale</i>
SASII:	<i>Suicide Attempt Self-Injury Interview</i>
SBQ:	<i>The Suicidal Behaviors Questionnaire</i>
SC-90-R:	<i>the Symptom Checklist–90–Revised</i>
SCID:	<i>Structured Clinical Interview for DSM Disorders</i>
SF-36:	<i>Medical Outcomes Study</i>
SFT:	Terapia Centrada en Esquemas
SHI:	<i>Social History Interview</i>
SIS:	<i>Beck's Suicide Intent Scale</i>
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SSI (SR):	<i>The Self-Report form of the Scale for Suicide Ideators</i>
STAI:	<i>State-Trait Anger Inventory</i>
STAXI:	<i>State-Trait Anger Scale</i>
STEPPS:	Entrenamiento para la Previsibilidad Emocional y Resolución de Problemas
TAG:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TAS:	Trastorno de Ansiedad Social
TAU:	Tratamiento Habitual

TBP:	Terapias Basadas en Procesos
TCA:	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TEPT:	Trastorno de Estrés Postraumático
TFP:	Terapia Centrada en la Transferencia
THI:	<i>Treatment History Interview</i>
TLP:	Trastorno Límite de Personalidad
TOC:	Trastorno Obsesivo Compulsivo
TRGI:	<i>Trauma Related Guilt Inventory</i>
WAI:	<i>Working Alliance Inventory</i>
ZRSBDP:	<i>Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder</i>

Abstract

Patients with borderline personality disorder (BPD) grow up with an emotionally dysregulated physiology and an invalidating environment (biosocial theory). This environment generates experiences strongly tied to the "Delusion of Me" (DoM), a construct based on 3 skills: acceptance, decentering, and non-attachment. The lack of these skills seems to generate an experience of a self that has greater discomfort and limiting secondary emotions.

The present work seeks to gather with 3 studies information about DoM in BPD: observational data, its relationship with clinical variables and the change in it with the mindfulness skill.

Data were obtained from 127 patients with BPD for clinical variables and an active control group study was conducted in 63 participants. All participants with BPD were obtained in Barcelona, Spain. The intervention was dialectical behavior therapy (DBT) skills training. The experimental group received mindfulness sessions (n=32) and the control group (n=31) received interpersonal effectiveness sessions.

The DoM construct appears to be a clinical variable that provides significant and relevant information for the treatment of BPD. It affects more the BPD population than the non-clinical population and is observed as a mediating variable for the reduction of core BPD symptoms. Also, on secondary emotions that are observed as one of the main problems of BPD and some comorbid disorders. All this even when the levels of emotional dysregulation are considered. Finally, it has been found that an effective and significant way to improve DoM is mindfulness skill training in DBT. Future studies could focus on conducting basic research to support the mechanisms of action of DoM, as well as replication of interventions with higher methodological quality to see if the results are sustained.

Keywords: *Borderline Personality Disorder; Dialectical Behavioral Therapy, Mindfulness; Delusion of Me; Acceptance; Decentering; Non-Attachment*

Resumen

Los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) crecen con una fisiología desregulada emocionalmente y con un ambiente invalidante (teoría biosocial). Ese ambiente genera unas experiencias fuertemente atadas al “*Delusion of Me*” (DoM), un constructo fundamentado en 3 habilidades: la aceptación, el descentramiento y el desapego. La falta de estas habilidades parece generar una experiencia de un yo que tiene mayor malestar y emociones secundarias limitantes.

El presente trabajo busca reunir con 3 estudios información sobre el DoM en el TLP: datos observacionales, su relación con variables clínicas y el cambio en él mediante la habilidad de mindfulness.

Se obtuvieron datos de 127 pacientes con TLP para las variables clínicas y se realizó un estudio con grupo control activo en 63 participantes. Todos los participantes con TLP fueron obtenidos en Barcelona, España. La intervención realizada fue con el entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctico conductual (DBT). El grupo experimental recibió sesiones de mindfulness (n=32) y el grupo control (n=31) de efectividad interpersonal.

El constructo del DoM parece ser una variable clínica que aporta información significativa y relevante para el tratamiento del TLP. Afecta más a la población con TLP que a la población no clínica y se observa como una variable mediadora para la reducción de síntomas centrales del TLP. También de las emociones secundarias que se observan como una de las principales problemáticas del TLP y de algunos trastornos comórbidos. Todo ello aun cuando se tienen en cuenta los niveles de disregulación emocional. Por último, se ha encontrado que una forma eficaz y significativa de mejorar el DoM es el entrenamiento en la habilidad de mindfulness de la DBT. Futuros estudios podrían centrarse en realizar investigación básica que sustente los mecanismos de acción del DoM, así como una replicación de las intervenciones con mayor calidad metodológica para observar si se sustentan los resultados.

Palabras Clave: Trastorno Límite de Personalidad; Terapia Dialéctico Conductual, Mindfulness; Engaño del Yo; Aceptación; Descentramiento; Desapego

Índice

Introducción.....	14
El Trastorno Límite de Personalidad (TLP).....	14
Sintomatología del TLP.	14
Epidemiología, Prevalencias, Pronóstico y Curso del TLP.	14
Comorbilidad.....	17
Costes del TLP.	19
Intervenciones Basadas en la Evidencia (IBE) para el TLP.....	23
Bases de las IBE. Filosofía Médica vs. Filosofía Contextual-Funcional.	31
Terapia Dialéctico Conductual.....	38
Desregulación Emocional, el nexo entre el TLP y la DBT.....	48
Desregulación Emocional. Emociones Primarias y Secundarias.	51
El Yo, la Identidad, el “ <i>Self</i> ”.....	56
El Origen del Yo desde la Terapia Funcional Analítica (FAP).....	57
La diferencia entre el Yo Contenido, el Yo Proceso y el Yo Contexto desde la ACT y la Teoría del Marco Relacional (TMR).....	62
El Yo y Mindfulness.....	67
Delusion of Me (DoM).....	70
Aceptar.....	71
Descentrarse.	73
Desapegarse.....	74
La relación entre DoM, Sufrimiento y Mindfulness.	78
Entrenamiento de la Habilidad de Mindfulness en el TLP.....	82
Desregulación Emocional, DBT y el Entrenamiento en Mindfulness.....	84
Entrenamiento de la Habilidad de Mindfulness en el DoM.	86
Hipótesis y Objetivos.....	101
Hipótesis.....	101
Estudio 1. Análisis descriptivo y correlacional del DoM en población clínica y no clínica.	101
Estudio 2. Análisis explicativo del DoM con respecto a variables clínicas en el TLP.	101

Estudio 3. Análisis cuasiexperimental del DoM entrenando la habilidad de Mindfulness.	101
Objetivos.....	101
Estudio 1. Análisis descriptivo y correlacional del DoM en población clínica y no clínica.	101
Estudio 2. Análisis explicativo del DoM con respecto a variables clínicas en el TLP.	101
Estudio 3. Análisis cuasiexperimental del DoM entrenando la habilidad de Mindfulness.	101
Metodología.....	102
Participantes y Procedimiento.....	102
Población no Clínica	103
Población Clínica con TLP.	103
Comité Ético	105
Materiales, Mediciones, Cuestionarios e Instrumentos	105
Delusion of Me (DoM).....	106
Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).....	107
Lista de Síntomas del Trastorno Límite - 23 (BSL-23)	108
La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, abreviada (DASS-21)	109
Escala de Sobreproducción Emocional (EOPS).....	109
Intervenciones	110
Análisis Estadístico.....	110
Resultados.....	113
Sociodemográficos.....	113
Estudio 1. Análisis descriptivo y correlacional del DoM en población clínica y no clínica	114
Estudio 2. Análisis explicativo del DoM con respecto a variables clínicas en el TLP...	116
Estudio 3. Análisis cuasiexperimental del DoM entrenando la habilidad de Mindfulness	118
Discusión	121
Posibles Mecanismos de Acción del DoM	126
El DoM desde la Perspectiva Médica.	127

El DoM como proceso desde la perspectiva Contextual-Funcional.	130
Limitaciones Metodológicas.....	135
Futuras Investigaciones.....	141
Conclusiones.....	143
Referencias	144
Anexos	218
Cuestionarios	218
Delusion of Me (DoM).....	218
DERS.....	221
BSL	222
DASS.....	223
EOPS.....	224
Tablas	225
Figuras	239

Introducción

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP)

Las primeras referencias al “Trastorno Límite de la Personalidad” parecen derivar de intervenciones psicoanalíticas (Gunderson y cols., 2018) apareciendo la primera constancia científica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Tercera Edición (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980) y cuyos síntomas están actualizados en la Tabla 1. Las personas diagnosticadas con TLP describen vivencias de intenso malestar, notificado no solo en su día a día, sino también en terapia (Gunderson y cols., 2018). Cuando se trabaja clínicamente con la población diagnosticada de TLP se encuentra que una parte significativa de los profesionales ejercen actitudes negativas en su trato con ellos (actuando desde prejuicios como “la imposibilidad de mejorar por parte de estos pacientes”), encontrándose mal pronóstico sobre la evolución que estiman en estos pacientes, así como sobre la eficacia en la intervención, mostrando actitudes de baja empatía hacia ellos (como tratarles de difíciles o confrontativos) y generando sentimientos de incomodidad durante el proceso de terapia (Black y cols., 2011).

Sintomatología del TLP.

El TLP viene reflejado en el principal manual de diagnóstico utilizado actualmente en el ámbito psicológico; el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Para considerar que alguien cumple la sintomatología propia del TLP los profesionales buscan, fundamentalmente, si se cumplen los criterios reflejados en la Tabla 1.

Epidemiología, Prevalencias, Pronóstico y Curso del TLP.

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) estima un 1,6% de prevalencia mundial para personas diagnosticadas con TLP, aunque encuentra indicios de que, incluyendo a los

Tabla 1. Criterios Diagnósticos del TLP según el DSM-5 (2013)

<p>Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:</p>	
1.	Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
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).
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.

no diagnosticados, la cifra podría elevarse al 5,9%, observando un aumento en la prevalencia en los centros de salud mental estimándose de entre el 6 y el 10%, y ampliándose aún más la frecuencia del diagnóstico en pacientes psiquiátricos hospitalizados, con una estimación del 20% (Chapman y cols., 2022).

Constituyen el 6% de las visitas de atención primaria (Gross y cols., 2002) y entre un 10 y 15% de todas las visitas a urgencias (Chaput y Lebel, 2007; Tomko y cols., 2014). Una de cada diez personas diagnosticada de TLP realiza la conducta suicida de manera efectiva y son habituales los comportamientos autolesivos y los intentos de suicidio, siendo estos los principales motivos por los que recurren a buscar ayuda (American Psychiatric Association, 2013). Los datos recogidos por la revista *Nature* recogen muestras internacionales de 13 estudios, actualizando los datos a una prevalencia de entre 0,1% y 4,5% durante de 2 a 5 años, con una mediana de 1,7% y una media del 1,6% (Gunderson y cols., 2018). Además, la puntuación aumenta si se observa la prevalencia de por vida, siendo esta del 5,9% (Grant y cols., 2008). A pesar de que la prevalencia es más o menos similar entre hombres y mujeres, en el entorno clínico cambia sustancialmente, ya que la proporción pasa a ser de 3 mujeres por cada hombre (Grant y cols., 2008; Tomko y cols., 2014).

Respecto al pronóstico de remisión se encuentra que existe: un 35% de remisión del trastorno después de 2 años; un 91% de remisión después de 10 años y un 99% de remisión después de 16 años; manteniéndose la remisión durante más de ocho años en el 75 % de los pacientes (Gunderson y cols., 2011).

Los principales factores que correlacionan con un mal pronóstico de recuperación son padecer una sintomatología grave, sufrir deterioro funcional y presentar una baja calidad de relaciones sociales (Gunderson y cols., 2006). Se encuentran algunos indicadores de buen

pronóstico de recuperación como ser diagnosticado a una edad temprana y acceder a una mayor educación (Gunderson y cols., 2011), además de la ausencia de abuso sexual infantil, la ausencia de antecedentes de abuso de sustancias en familiares, un buen historial vocacional, la ausencia de trastornos comórbidos de ansiedad, puntuaciones bajas en neuroticismo y puntuaciones altas en amabilidad (Zanarini y cols., 2006). En estos pronósticos, los síntomas impulsivos (como mantener relaciones sexuales de riesgo o un gasto compulsivo en compras) son agudos y desaparecen más rápidamente que los síntomas emocionales (como la ira excesiva) que son más duraderos (Zanarini y cols., 2016). Añadido a estos síntomas, este trastorno puede encontrarse relacionado con otras problemáticas mentales y físicas. En España, se ha encontrado en un estudio prospectivo a los 10 años que más de la mitad de los sujetos diagnosticados con TLP al inicio ya no cumplían los criterios para TLP a los 10 años, con una mejoría clínica significativa en todos los dominios sintomáticos del TLP que inicialmente estaban deteriorados y con mejoras también en los síntomas psiquiátricos, aunque esta mejoría no se observaba en el funcionamiento social ni en el ocupacional (Álvarez-Tomás y cols., 2017).

Comorbilidad.

Los trastornos mentales principales vinculados a este trastorno aparecen en la Tabla 2, observándose que guarda una fuerte relación el TLP con el hecho de padecer depresión, con el abuso de sustancias y con los trastornos de conducta alimentaria.

En aquellos con diagnosis de TLP se observa mayor probabilidad de desarrollar: fatiga crónica, fibromialgia, obesidad, diabetes, osteoartritis, hipertensión, dolor de espalda y problemas urinarios que en aquellos que remiten en el trastorno (Keuroghlian y cols., 2013).

Tabla 2. Comorbilidad del TLP con los principales Trastornos Mentales

Categoría Trastorno	Trastorno	Prevalencia
Trastornos Estado de Ánimo		(80-96%)
	Depresión	(32-86%)
Trastornos de Ansiedad		
	Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	(0-35%)
	Trastorno de Pánico	(2-48%)
	Fobia Social	(3-46%)
	Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	(0-20%)
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)		(25-56%)
Abuso de Sustancias		(23-84%)
	Abuso de Alcohol	(11,9-66%)
	Abuso/Dependencia de Drogas	(3,4-87 %)
Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)		(14-53%)
	Anorexia Nerviosa	(0-21%)
	Bulimia Nerviosa	(3-26%)
	TCA no Especificado	(14-26%)
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)		10%-30%
Trastorno Bipolar		15%
Trastornos Somatomorfos		10%
Datos: (Chapman y cols., 2022; Coid, 1993; Frances y cols., 1984; Golier y cols., 2003; Grant y cols., 2008; McGlashan y cols., 2000; Mueser y cols., 1998; Pope, 1983; Shah y Zanarini, 2018; Shearer, 1994; Silverman y cols., 2012; Swartz y cols., 1989; Yen y cols., 2002; Zanarini y cols., 1998, 2011)		

Las personas con diagnóstico de TLP también son más propensas a consumir diariamente alcohol, a fumar un paquete de cigarrillos por día, al uso diario de medicamentos para dormir, al uso excesivo de analgésicos y a la falta de ejercicio regular (Gunderson y cols., 2018). Reportan una mayor incidencia de arterosclerosis, hipertensión, enfermedad hepática, enfermedad cardiovascular, enfermedad gastrointestinal, artritis y de enfermedades venéreas (El-Gabalawy y cols., 2010). Observando las diferentes problemáticas del trastorno y de las comórbidas con las que cursa, se pueden estimar los costes que supone esta problemática.

Costes del TLP.

El diagnóstico de TLP correlaciona con variables sociodemográficas como desempleo, un alto coste social y con el uso extensivo de las ayudas sociales (Cruitt y cols., 2018; Hengartner y cols., 2014; Østby y cols., 2014). De hecho, se encuentra que un mayor número de síntomas está relacionado con una capacidad de decisión más baja, con una mayor inseguridad laboral y con un menor apoyo de los compañeros de trabajo, así como con un rendimiento laboral más deficiente (Juurlink y cols., 2018).

Cuando se compara a la población diagnosticada de TLP con personas sanas, se encuentra que son vistos más negativamente aquellos que están diagnosticados de TLP en las primeras impresiones, lo que origina que aparezcan, ya desde el inicio más dificultades interpersonales, como variaciones en el trato recibido... (Hepp, Störkel, y cols., 2018), sumado a que se observa que sus redes sociales son más limitadas y existen una menor cantidad de relaciones mantenidas a largo plazo (Liebke y cols., 2017), siendo estos problemas interpersonales muy frecuentes en su vida diaria (Russell y cols., 2007; Stepp y cols., 2011). Manifiestan una sensibilidad excepcionalmente alta al rechazo (Staebler y cols., 2011) reaccionando ante él con una ansiedad muy intensa (Hepp y cols., 2017;

Hepp, Lane, y cols., 2018) y costándoles más perdonar injusticias y cooperar con otros (Jeung y cols., 2016). Estos conflictos interpersonales suelen ser los que generan las crisis de regulación emocional (Beresin y Gordon, 1981; Borschmann y cols., 2012), lo que provoca que acudan a los servicios de emergencias psiquiátricas, siendo el usuario con diagnóstico de TLP el que más frecuenta las urgencias psiquiátricas (Vandyk y cols., 2019). La forma aprendida de regular estas emociones cuando no se ha realizado un tratamiento, suele darse mediante el abuso de sustancias, lesiones autoinfligidas o intentos de suicidio (Shaikh y cols., 2017).

En urgencias psiquiátricas, la consulta más frecuente suele estar relacionada con las conductas suicidas y las autolesiones, alcanzando hasta el 36% de los casos (Besch y cols., 2020), y representando un 55% de estas consultas a personas con diagnóstico de TLP (Zaheer y cols., 2008), acudiendo las personas diagnosticadas de trastornos de personalidad hasta 5 veces más, pudiendo en el caso de la población diagnosticada con TLP acudir hasta más de 12 veces al año (Hong, 2016; Maclean y cols., 2014; M. Schmidt y cols., 2018). Cuando se detectan en urgencias psiquiátricas estas tendencias suicidas, si no se brinda un tratamiento en los 6 meses siguientes, puede multiplicarse hasta por 3 el riesgo de suicidio en la población con diagnóstico de TLP y hasta por 6 si se había manifestado previamente ya este tipo de conductas (Rodante y cols., 2019). Más se agrava la problemática si se atiende a que la existencia de intentos previos de suicidio multiplica por 10 el riesgo de que esta conducta sea exitosa y reduce la esperanza de vida unos 42 años (Brown y cols., 2000; Temes y cols., 2019). Se observa en un estudio prospectivo que, en el intervalo de 10 años, el 46,6% de ellos intentaron suicidarse (Soloff y Chiappetta, 2019), y se estima que entre el 60 y el 78% de las personas con diagnóstico de TLP han intentado o intentarán suicidarse durante el curso del trastorno (Zaheer y cols., 2008), logrando más de un tercio de ellos la conducta

suicida (Henriksson y cols., 1993; Lesage y cols., 1994; Lorillard y cols., 2011) y siendo, según un estudio de metanálisis, la principal causa de muerte en este trastorno (Pompili y cols., 2005). Esto deja en una situación de vulnerabilidad a los servicios de urgencias psiquiátricas, ya que el 39% de la población con diagnóstico de TLP había sido atendida en emergencias el año anterior a su muerte (Gairin y cols., 2003) y si no se realiza un tratamiento efectivo, el riesgo de muerte puede afectar al 10% de ellos (Biskin, 2015; Biskin y Paris, 2012; Fitzpatrick, Wagner, y cols., 2019; Goodman y cols., 2012; Paris y Zweig-Frank, 2001; Rodante y cols., 2019), con una tasa de muerte prematura del 14% (Temes y cols., 2019). Se encuentra que, en caso de no ser atendidos correctamente, pueden manifestarse deterioros en algunos indicadores de salud, como: diabetes, hipertensión, artrosis, trastornos del sueño, consumo de sustancias (Keuroghlian y cols., 2013) ...

Costes Económicos.

El TLP tiene una alta relevancia social, especialmente por los costes económicos que puede acarrear al sistema sanitario. En un estudio realizado en Alemania el coste de la enfermedad ascendió a 31.130€ por paciente y año, previamente del tratamiento, siendo 17.044€ de costes directos, sobre todo por el tratamiento hospitalario (un 54,8%), y los costes indirectos ascendieron a 14.086 € (45,2%) siendo los costes relacionados con la discapacidad laboral los más importantes (Wagner y cols., 2022). En los Países Bajos el coste anual total de la enfermedad estimado fue de entre 1.372.412.403€ y 3.260.248.300€, estando relacionado el 22% de ese gasto con la asistencia sanitaria y siendo los costes directos por paciente de 16.852€ y los indirectos de 21.100€ (van Asselt y cols., 2007). En Reino Unido, el coste directo por paciente estimado es de 16.780€ (Palmer y cols., 2006), en Australia de 19.980€ (Hall y cols., 2001) y en Estados Unidos de América de 38.770€ (Bateman y Fonagy, 2003).

Costes en España.

En España, se analizó el TLP en Cataluña (Ferrer y cols., 2015; Salvador-Carulla y cols., 2014) estimándose una prevalencia del 2% de personas con diagnóstico de TLP, entrando en contacto con el Sistema Nacional de Salud (SNS), un 9,6% de ellos, representando un 2,5% de los casos de trastornos mentales atendidos en los centros sanitarios y siendo más del 50% de las altas hospitalarias. Casi un 2% de la población con diagnóstico de TLP fue atendida en los centros de Atención Primaria (AP), comprobándose una mayor prevalencia de las consultas cuanto más jóvenes eran y siendo la atención similar entre sexos. El 89,4% de ellos habían sido visitados por su médico de cabecera, con una media de 8,1 visitas al año, y ocupaban el grueso de ser el 6,8% de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias de psiquiatría. De los 147.588 pacientes que estuvieron en contacto en centros ambulatorios de salud mental comunitarios el 0,98% padecía una diagnosis de TLP, tratando así al 2,5% de la población que padece el trastorno. La población diagnosticada con TLP representó el 3,7% del número total de casos psiquiátricos dados de alta de los hospitales, con la mayoría de los casos ingresados en hospitales psiquiátricos (80,4%) en comparación con los hospitales generales. El TLP se diagnosticó en el 3,4% de las altas de hospitales generales y en el 3,8% de las de hospitales psiquiátricos. Las mujeres representaron el 82,2% de los casos de diagnosis TLP en hospitales generales y el 76,9% de los de hospitales psiquiátricos. La duración de la estancia para usuarios con diagnóstico de TLP en el año es de 937 días en salas de psiquiatría de hospitales generales en Cataluña y 9.903 días en salas de agudos de hospitales psiquiátricos especializados, lo que representa el 1,7% y el 4,8% de la duración de la estancia para todos los pacientes de salud mental. La duración de la estancia media del usuario con diagnosis de TLP es de 10,1 días en hospitales generales y 24,1 días en hospitales psiquiátricos (Ferrer y cols., 2015; Salvador-Carulla y

cols., 2014).

En cuanto a los costes económicos de Estados Unidos, las financiaciones para investigar al trastorno han generado mucha polémica. Han sido comparados con otros usuarios con trastornos mentales de relevancia para la salud pública, como el trastorno bipolar y; siendo el TLP un poco más frecuente, perjudicial y letal, ha recibido muchos menos fondos de los *National Institutes of Health* (NIH) para su investigación, siendo hasta 10 veces mayor la financiación para el trastorno bipolar que para el TLP en los 25 años previos a 2015 (622 millones de dólares frente a 55 millones) (Zimmerman, 2015; Zimmerman y Gazarian, 2014). Este hecho cobra mayor relevancia sabiendo que aplicando tratamientos eficaces, la reducción de los costes sanitarios se estima de entre un 80 y un 90% (Gunderson, 2011). Por ello, se considera la necesidad de conocer cuáles son las intervenciones eficaces para el TLP para así poder mejorar la calidad de los servicios de los Sistemas Nacionales de Salud.

Intervenciones Basadas en la Evidencia (IBE) para el TLP

Vista la problemática que conlleva este trastorno, se han buscado intervenciones que puedan ser efectivas para reducir su sintomatología y los problemas derivados que conlleva. La guía Cochrane revisó en 2012 y 2020 la eficacia de los tratamientos psicológicos existentes para el TLP, encontrando intervenciones beneficiosas tanto para la patología central del TLP como para la psicopatología general asociada. Concluían que la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) ha recibido mayor confirmación empírica, seguida del Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT), la Terapia Centrada en la Transferencia (TFP), la Terapia Centrada en Esquemas (SFT) y el Entrenamiento de Sistemas para la Previsibilidad Emocional y Resolución de Problemas (STEPPS) (Stoffers-Winterling y cols., 2012; Storebø y cols., 2020). No obstante, no se encontró evidencia sólida en ninguno de ellos, especialmente

por la calidad de algunas de las investigaciones, proponiendo para ello aumentar la replicabilidad. Estos datos, cuando nuevamente han sido analizados en revisiones sistemáticas más actualizadas, han encontrado y afianzando esta misma tendencia, de hecho, encontraron que la DBT es la única que alcanza la condición de “evidencia suficiente” para el TLP en comparación con el Tratamiento Habitual (TAU) (Simonsen y cols., 2019; Storebø y cols., 2020). La calidad de la evidencia medida con el sistema *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) proponía a la DBT como intervención de elección debido a que encontró los mejores resultados de las investigadas en la revisión, generando en algunas áreas efectos moderados y en otras bajos, todos ellos significativos.

También, la División 12 de la APA actualiza en su web, ordenadas por calidad, las intervenciones psicológicas que han resultado efectivas para el TLP, concluyendo que la DBT encuentra un apoyo fuerte de evidencia, seguida de la MBT y la SFT, sendas con evidencia moderada y la TFP con evidencia fuerte pero controvertida (Division 12 of the American Psychological Association, 2022). La revisión bibliográfica sobre el trastorno recogida en la revista *Nature* (Gunderson y cols., 2018) obtiene los mismos resultados que la División 12.

A parte de las diferentes intervenciones mostradas como eficaces, las Guías de Práctica Clínica (GPC) recogen recomendaciones para abordar los diferentes trastornos, siendo el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (conocido como NICE) la institución de referencia para elaborar las GPC (Moreno y García-Torres, 2017). Las recomendaciones que propone la guía NICE para este trastorno están resumidas en la Tabla 3 (Simonsen y cols., 2019; The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2009).

Tabla 3. Resumen de las recomendaciones de las GPC para el manejo con personas diagnosticadas con TLP (Simonsen y cols., 2019; The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2009)

<p>Para Trabajar con personas que padecen el TLP</p>	<p>Se ofrecerá acceso a los servicios sin excluir ni por diagnóstico ni por autolesiones. Los jóvenes deben tener acceso desde servicios especializados en jóvenes. Se garantizará la inclusión de grupos étnicos minoritarios, aun cuando el idioma sea una barrera, ofreciendo información, intervenciones en el idioma e intérpretes.</p>
	<p>Si existen problemas de aprendizaje se atenderán por un especialista en servicios de discapacidad de aprendizaje, siguiendo el <i>Care Programme Approach</i> (CPA) si los problemas son leves y eliminando la etiqueta de TLP si el problema de aprendizaje es moderado o grave.</p>
	<p>Se buscará desarrollar y favorecer la autonomía, entrenándolos en la búsqueda de soluciones, incluso en las crisis y animándolos a considerar diferentes tratamientos.</p>
	<p>Se fomentará una relación optimista y de confianza, explicando que la recuperación es posible y alcanzable, trabajando de manera abierta, atractiva y sin prejuicios, teniendo en cuenta la frecuencia de un contexto previo en el que han experimentado rechazo, abuso o trauma.</p>

Se involucrará a las familias o cuidadores si ellos quieren, animándolos a participar, garantizando que su participación no excluye de ningún servicio y brindando a los familiares grupos de apoyo. En el caso de jóvenes deben equilibrar el desarrollo de la autonomía y las responsabilidades vinculadas en el entorno de sus cuidadores, así como los profesionales deben familiarizarse con la Ley de Capacidad Mental, las Leyes de Niños y de Salud Mental.

Para evaluar el TLP se debe explicar claramente el diagnóstico, el uso y significado del término TLP y el proceso de evaluación, evitando lenguaje técnico y ofreciendo apoyo posterior a la evaluación, especialmente si se han discutido temas delicados, como el trauma.

A la llegada de transiciones o del final en la intervención, se buscará prevenir emociones y reacciones fuertes, discutiendo los cambios de antemano, ofreciendo un plan de atención, especialmente para los tiempos de crisis. Los especializados en adolescentes, deben trabajar en colaboración con los de adultos durante el proceso de cambio, programando el traslado si es necesario tras cumplir la mayoría de edad, o pudiendo mantenerlos en la unidad de jóvenes.

	<p>En el caso de existir autolesiones e intentos de suicidio se propone seguir la directriz clínica NICE 16 (The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2004).</p>
	<p>Aquellos profesionales que trabajen en servicios especializados deben estar capacitados para realizar la diagnosis, evaluar el riesgo y la necesidad brindar tratamiento y manejo de acuerdo con la guía. Desde Atención Primaria se debe brindar la formación a través de especialistas en el trastorno. Los trabajadores deben tener acceso rutinario a supervisión y apoyo del personal.</p>
<p>En Atención Primaria (AP)</p>	<p>Especial atención si aparecen autolesiones repetidas o comportamientos de riesgo persistente o inestabilidad emocional marcada para la derivación especializada.</p>
	<p>Cuando se presente una crisis se evaluará el nivel actual de riesgo para uno mismo o para los demás, se preguntará sobre episodios anteriores y estrategias de manejo efectivas utilizadas en el pasado, se ayudará a controlar la ansiedad con habilidades de tolerancia y se dirigirá a resolver los problemas actuales y ofrecerá una cita de seguimiento a una hora acordada.</p>
	<p>Se derivará en las crisis a un servicio de salud mental cuando sus niveles de angustia y/o el riesgo para sí mismo o para los demás aumenten o no han disminuido tras utilizar herramientas de afrontamiento, o si solicitan la ayuda.</p>

Servicio de Psiquiatría	<p>La evaluación, tratamiento y el manejo de rutina es su responsabilidad.</p>
	<p>Se debe evaluar completamente el funcionamiento psicosocial y ocupacional, estrategias de afrontamiento, fortalezas y vulnerabilidades; trastornos mentales comórbidos y problemas sociales. Igualmente, si existe necesidad de tratamiento psicológico, atención y apoyo social y rehabilitación o desarrollo ocupacional, así como si se hallan necesidades de los hijos a cargo</p>
	<p>Los planes de cuidados deberán: identificar las funciones y responsabilidades de todos los profesionales; identificar objetivos manejables de tratamiento a corto plazo y especificar los pasos para alcanzarlos; identificar objetivos a largo plazo que sustentarán la estrategia general de tratamiento, siendo objetivos realistas y vinculados con los de a corto plazo; desarrollar un plan de crisis que identifique los desencadenantes potenciales que podrían conducir a una crisis, especificando las estrategias de autogestión que probablemente sean efectivas y estableciendo cómo acceder a los servicios.</p>
	<p>La evaluación del riesgo debe: incluir las necesidades de la persona; diferenciar entre los riesgos a largo plazo e inmediatos; identificar los riesgos que se presentan para sí mismo y para los demás.</p>

Para el tratamiento psicológico se debe tener en cuenta la preferencia del usuario; el grado de deterioro y la gravedad del trastorno; la disposición; la capacidad de permanecer dentro de los límites de una relación terapéutica; la disponibilidad de apoyo personal y profesional. Previo al tratamiento se proporcionará material escrito, pudiéndolo discutir. No se realizarán intervenciones de menos de 3 meses. Si aparecen mujeres con autolesiones recurrentes se priorizará la DBT.

El tratamiento farmacológico: no debe usarse exclusivamente; no usará antipsicóticos ni a medio ni largo plazo; se puede aplicar para las comorbilidades; los sedantes pueden aparecer con una duración siempre menor a una semana; se debe dar la información por escrito del fármaco, con su evidencia científica.

Las comorbilidades: deben observarse previamente al tratamiento, sobre todo tras una crisis; se deben interrumpir los tratamientos ineficaces; se debe tratar la depresión comórbida, el trastorno de estrés postraumático o la ansiedad; se debe derivar si tienen psicosis mayor, dependencia de alcohol o drogas de clase A o trastorno alimentario grave.

En el manejo de crisis se deberá: mantener una actitud tranquila y no amenazante; tratar de entender la crisis desde el punto de vista de la persona; explorar las razones de la angustia de la persona;

	<p>validar a la persona y sus preocupaciones; estimular la resolución de problemas; evitar invalidar; abstenerse de ofrecer soluciones antes de recibir una aclaración completa de los problemas; explorar otras opciones antes de considerar la admisión a una unidad de crisis; ofrecer un seguimiento; se puede barajar la opción de un fármaco durante la crisis, de perfil bajo de efectos secundarios, propiedades adictivas bajas, potencial mínimo de uso indebido y relativa seguridad en caso de sobredosis, dando la dosis mínima.</p> <p>En caso de insomnio se pueden dar consejos generales sobre la higiene del sueño.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Previamente a la hospitalización, deberá remitirse a un equipo de resolución de crisis y tratamiento en el hogar u otra alternativa, y se debe realizar la hospitalización si la crisis puede suponer algún riesgo o si ha habido una detención en virtud de la Ley de Salud Mental.</p> <p>Habrá que involucrarlos activamente en la decisión y asegurarse de que entienden los beneficios potenciales y los daños probables que pueden resultar. También acordar la duración y el propósito de la admisión por adelantado, garantizando que cuando, en circunstancias extremas se recurra al tratamiento obligatorio, se reanude la gestión de forma voluntaria lo antes posible.</p>

Deberá realizarse una revisión formal si han sido ingresados más de dos veces en los 6 meses anteriores.
--

La GPC, aparte de estas propuestas, recomienda caminos por los que avanzar respecto a la evaluación e intervención de este trastorno, destacando que, para futuras investigaciones, el investigador debería cuestionarse: “¿cuál es la eficacia de los programas de terapia psicológica realizados en los servicios sanitarios bien estructurados y de alta calidad?” Instando a realizar intervenciones de alta calidad que sustenten su eficacia. Plantea además sobre: “¿cuáles son las mejores medidas de resultado para evaluar las intervenciones para las personas con trastorno límite de la personalidad?” Esta pregunta debe responderse atendiendo a: (1) aspectos de la calidad de vida, del funcionamiento y los síntomas; (2) comparar con medidas de resultado existentes y resaltar posibles fallos; (3) generar una lista corta de medidas de resultado relevantes para evitar el uso de múltiples medidas de resultado en el futuro (NICE, 2009).

Se observa coherencia en los datos registrados de Cochrane (2012, 2020), de la División 12 de la APA (2022), y de las revisiones sistemáticas más actualizadas (Simonsen y cols., 2019) yendo todos en la misma dirección: la intervención más respaldada por los datos registrados para el TLP es la DBT. Por ello pasa a ser la Intervención Basada en la Evidencia (IBE) más recomendada.

Bases de las IBE. Filosofía Médica vs. Filosofía Contextual-Funcional.

Las IBE abordan actualmente las problemáticas psicológicas principalmente desde dos filosofías (la médica y la contextual-funcional). Estas indagan en el ser humano desde lugares diferentes, asociándose a la visión médica las terapias que trabajan desde los enfoques

cognitivos y a la visión contextual-funcional las intervenciones de tercera generación (Luciano, 2018), evolucionadas de las intervenciones conductistas radicales (Mañas, 2007). En investigación psicológica, en el campo de las IBE se han utilizado como mediciones, fundamentalmente, los atributos psicológicos (Ramos-Vega, 2018). Estos atributos psicológicos están basados, desde una aproximación teórica e hipotética, en la existencia de constructos teóricos fundamentalmente no observables (como la ansiedad), inferidos a partir de la observación de las conductas (Muñiz-Fernández, 2013). Este tipo de mediciones suponía una gran crítica y rechazo desde el conductismo, ya que parecían volver a las grandes limitaciones de la metodología introspectiva sistemática del estructuralismo, el cual, a pesar de seguir un procedimiento científico, detallado y riguroso, descrito en *“The Postulates of a Structural Psychology”* (Titchener, 1898), mantenía una absoluta falta de replicabilidad de sus resultados. Precisamente, es de esta falta de replicabilidad de la que quería desligarse Watson cuando creó su manifiesto conductista (Watson, 1913). En sus propias palabras: *“parece haber llegado el momento en que la psicología debe desechar todo lo que referencia a la conciencia; ya no debe engañarse pensando que hace de los estados mentales su objeto de observación”* (Watson, 1913). Este conductismo arrancó con popularidad, al conseguir por fin con este enfoque, un diseño preciso de abordar los problemas del ser humano, desde el comportamiento observable (Goodwin, 2009).

A pesar de ello, hubo una vertiente del conductismo que se abanderó en la creación del llamado conductismo metodológico (o neoconductismo), para poder trabajar con las variables no observables que interferían en la conducta. Esta metodología fue principalmente seguida por autores como Hull (Hull, 1943) y Tolman (Tolman y cols., 1932), donde, a grandes rasgos y tras sus experimentos en animales, buscaban establecer en lugar de la

relación entre Estímulo y Respuesta (E-R) del conductismo relacional, las mediaciones entre estos estímulos y respuestas dadas por el Organismo (E-O-R) (Moore, 2013), creando teorías sobre los diversos elementos cognitivos que podría haber en el organismo (atención, percepción, memoria...). Toda esta vertiente de pensamiento está fundamentada en el Positivismo Lógico, que tomó gran fuerza en las universidades, sobre todo desde el descubrimiento de la física cuántica (Goodwin, 2006; Saldivia, 2006).

Con el surgimiento de esta rama de conductismo metodológico, Skinner decide buscar abanderar otra visión: la del conductismo radical, haciendo referencia en radical a volver a las raíces del conductismo (Rutherford, 2000): basarse en la pura observación para luego crear principios, alejándose de la visión positivista lógica y acercándose más a la postura empirista de Bacon (Goodwin, 2006). No obstante, el movimiento de Skinner perdió popularidad en la comunidad psicológica, atribuyéndose principalmente a la crítica que le hizo Chomsky sobre la conducta verbal (Andresen, 1990; Chomsky, 1959), en la que era cierto que Skinner no llegaba a explicar algunas de las principales complejidades de la conducta verbal (Törneke, 2016); la conducta más utilizada tanto por los psicoterapeutas como por el ser humano.

La vertiente del conductismo metodológico ganó entonces mucha fuerza en el ámbito interventivo y de investigación, ya que el avance del conductismo y su método puramente observacional no llegaba a la gran efectividad que encontraba en las patologías graves cuando se investigaba en las patologías no graves y de alta prevalencia: ansiedad, depresión, fobias (Valdivia-Salas y Páez, 2019) ... en las cuáles parece influir en gran medida el lenguaje (Greco y Hayes, 2008). Por ello se cree que hubo una reducción de la fuerza del conductismo radical, pese a sus fundamentos más sólidos en laboratorio y más acordes con

la génesis de conductas. Y, por ello, ganaron popularidad las mediciones de los atributos psicológicos de la visión médica y sus herramientas (Tortosa-Gil, 1998). La implementación de intervenciones de corte cognitivista permitió una generación de herramientas terapéuticas con un éxito desconocido hasta entonces (Fernández y cols., 2012). Todo ello hizo que las IBE analizaran su evidencia desde estos atributos psicológicos inferidos, ya que se priorizó esa efectividad encontrada con la calidad de la ciencia médica en vez del trabajo menos popular y con menos recorrido del conductismo, que no podía responder al gran interrogante de la conducta verbal.

A pesar de estos resultados tan popularmente favorables hacia la vertiente cognitiva, cuando se sigue un repaso histórico en la depresión, uno de los trastornos mentales más estudiados (Sobocki y cols., 2006), las ventajas de las mediciones basadas en atributos psicológicos cognitivos no parecen tan claras. Aunque este análisis no está centrado en el TLP, está relacionado en su trastorno mental más comórbido: la depresión (Rao y Broadbear, 2019).

En él se observa que se puede analizar la depresión históricamente desde (Veale, 2008):

- (1) Un modelo basado en el conductismo y sus teorías del aprendizaje: afirmando que:
“cuando las personas se deprimen, muchas de sus actividades funcionan como evitación y escape de pensamientos, sentimientos o situaciones externas aversivas. Por lo tanto, la depresión se produce cuando una persona desarrolla un repertorio limitado de conductas pasivas y evita eficazmente los estímulos aversivos. Como consecuencia, alguien con depresión se involucra con menos frecuencia en actividades placenteras o satisfactorias y obtiene menos refuerzo positivo que alguien sin depresión” (Ferster, 1973). Se generó así una intervención conductista eficaz para la depresión, la activación conductual (Lewinsohn y cols., 1976).

- (2) A pesar de ello, esta intervención quedó eclipsada con el surgimiento de la terapia cognitiva (Veale, 2008) y sobre todo se creó un conglomerado, que ha sido el más investigado: la terapia cognitivo-conductual.
- (3) No obstante, el modelo cognitivo basado en cambios de atributos psicológicos cognitivos fue comparado con el modelo conductista y con la combinación de ambos (cognitivo-conductual), no encontrándose diferencias estadística o clínicamente significativas entre los grupos y concluyendo que el componente cognitivo era redundante (Jacobson y cols., 1996). Este resultado se mantuvo a los 2 años de seguimiento (Gortner y cols., 1998).
- (4) Metanálisis posteriores de 17 estudios con más de 1000 participantes (Cuijpers y cols., 2007; Ekers y cols., 2008) no encontraron diferencias en la eficacia entre los enfoques conductuales y la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión en adultos.
- (5) Además, se encuentra poco apoyo empírico para el papel causal del cambio cognitivo en las mejoras sintomáticas logradas (Longmore y Worrell, 2007).

Todo lo anterior se entiende aún mejor si se observa que las investigaciones de las intervenciones medían principalmente la efectividad, no los procesos de cambio asociados que generaban esa efectividad, por lo que podrían quedar en entredicho los componentes cognitivos como el motor de las mejoras, y siendo todos estos componentes hipotetizados sin un sustento empirista observacional.

A ello se añade que la falta de popularidad del conductismo radical se modificó a partir del estudio experimental de la conducta verbal (Valdivia-Salas y Páez, 2019), especialmente tras los estudios de la Teoría del Marco Relacional (RFT) sobre el lenguaje (Barnes-Holmes

y cols., 2001), donde los procesos de cambio en psicología basados en el conductismo volvían a cobrar relevancia, al poder explicar esta teoría, los procesos subyacentes a una gran parte del lenguaje y del pensamiento humanos. Esta teoría permitía volver a tomar la visión conductista radical de Skinner, que se vio complementada y levemente modificada hasta evolucionar en la visión filosófica del contextualismo-funcional (Biglan y Hayes, 2015).

Esta filosofía prioriza para sus investigaciones el método observacional como la base de la génesis del conocimiento científico con el que trabajar (Luciano y cols., 2016; Reyes-Ortega, 2016; Vargas, 2018), y toma como conductas privadas a acciones como pensar o sentir (es decir una conducta más, pero que solo es observable por uno mismo). Estas terapias también miden las conductas privadas a través de atributos psicológicos (ya que ha sido como se ha pedido clásicamente hacer investigación en el área de intervención psicológica, especialmente tras el auge de las intervenciones cognitivas). No obstante, para generarlos, en vez de fundamentarse primeramente en constructos teóricos, se fundamentan primeramente en las leyes o principios conductuales observados en laboratorio que han permitido crear teorías sobre los que basar sus intervenciones. Ejemplos clásicos dentro de las terapias contextuales de este tipo de atributos son la evitación experiencial (Hayes, Strosahl, y cols., 2004) en la que se intenta medir el patrón de las conductas de evitación del malestar del individuo y su rigidez para responder ante este patrón. Y también, la teoría del marco relacional (Hayes y cols., 2001) mencionada anteriormente.

Cabría explorar si existen atributos psicológicos basados en principios y hallados desde la observación, que puedan influir como mediadores en la mejora del TLP, ya que, desde el surgimiento de las terapias de tercera generación, se observa un cambio en la forma de

entender las psicopatologías creciente hacia estos nuevos enfoques (Hofmann, 2008). En lugar de centrarse en el modelo médico clásico, en el cual se pretende observar la sintomatología para reducirla o eliminarla, se centran en los procesos de aprendizaje y la forma de relacionarse con el contexto, retomando los fundamentos del conductismo radical, cambiando así hasta el paradigma filosófico que subyace a las intervenciones (Reyes-Ortega, 2016). Es decir, en vez de centrarse en eliminar los síntomas y curar al paciente mediante los constructos teóricos, se busca reforzar conductas flexibles por encima de las conductas de las que emergen los síntomas, atendiendo a las demandas del contexto inmediato y presente. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha sido la que quizás más ha detallado las bases filosóficas desde su propuesta del contextualismo-funcional (Hayes, 2015), aplicando en sus raíces investigación en psicología básica sobre los procesos que hay detrás.

En la actualidad, debido a las preocupaciones de la separación de la visión médica y la contextual-funcional, ha surgido un movimiento centrado en la búsqueda de los elementos comunes entre ambas visiones e intervenciones, promovido fundamentalmente por Hayes y Hoffman (Hayes y Hofmann, 2017), buscando aunar los puntos en común en lo que actualmente se conoce como Terapias Basadas en Procesos (TBP) (Hofmann y Hayes, 2019; Luciano, 2021). A esto se suma la tendencia de los análisis de la efectividad de las diferentes intervenciones (tanto médicas como psicológicas), que comienzan a exigir que se incluyan mediciones, no solo de la efectividad, sino también sobre los procesos de cambio (Luciano, 2021). Es decir, investigan en el por qué, indagan en los procesos que existen para que se de ese cambio. Esta tendencia es coherente con las exigencias que proponía la guía NICE (2009) y con la dotación de recursos para la investigación del sistema de Estados Unidos (Abbott y Jones, 2021).

La DBT, que como se ha mencionado anteriormente, se encuentra como la IBE con mayor respaldo empírico para el TLP, encaja unos principios filosóficos que son coherentes, a grandes rasgos, con la visión del contextualismo funcional de la ACT y entiende que una psicopatología como el TLP conlleva componente de aprendizaje crucial, que se explicará a continuación. Para su mejora, se realiza principalmente un entrenamiento conductual en habilidades. Por ello, se pasa a describir a grandes rasgos la DBT.

Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993b).

La DBT es una terapia basada en fundamentos (es decir en asunciones sobre las que construye sus teorías), con una visión integradora, desarrollada fundamentalmente con el objetivo de ayudar a la población con diagnóstico de TLP. Es importante durante el pretratamiento de esta terapia ofrecer la evidencia de la DBT sobre: la población a la que va dirigida, los resultados encontrados, los mecanismos subyacentes y el ahorro que supone en coste sanitario, encontrándose recogidas estas investigaciones con resultados favorables en su web oficial (Behavioral Tech, 2022).

Bases de la DBT.

Esta terapia, no es un protocolo prefijado a diferencia de otras terapias de tercera generación como la “Mindfulness Based Stress Reduction” (MBSR) (Kabat-Zinn, 1992) o la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal y cols., 2018). Por ello es necesario un gran entrenamiento para poder aplicarla eficazmente y de forma completa. Se realiza desde unos fundamentos sobre los que se construye la terapia, a saber: el modelo biosocial, el modelo de déficit de habilidades; las etapas del tratamiento, los patrones dialécticos de comportamiento y la teoría del aprendizaje y del conductismo. Estos principios están fundamentados en la ciencia conductual, los principios de la aceptación y la filosofía

dialéctica (Linehan, 1993).

La DBT se fundamenta sobre el modelo conductista debido a que era la única ciencia del comportamiento que observaba y describía conductas sin agregar interpretaciones o suposiciones (Vargas, 2018). Las terapias como la DBT (principalmente terapias de tercera generación) buscan sustentar la teoría en un terreno, el observacional, para aproximarse de manera científica al análisis del comportamiento de los organismos en el contexto que ocurre, es decir, estudia la función de la conducta en el ambiente en el que se genera (Reyes-Ortega, 2016). Por ejemplo, la conducta de llanto se puede observar en diferentes entornos, y puede cumplir diversas funciones: a veces se ha seleccionado al conseguir leche, otras, se ha seleccionado al conseguir contacto físico, al eliminar una amenaza... Otro ejemplo sería la conducta de sonreír, que puede haber sido reforzada al obtener contacto físico, alimento, juguetes... Esto supone que el llanto o sonreír, por sí solos, están carentes de significado, necesitan del resto de elementos mediadores para poder ser analizados y la interacción con el contexto es constante.

Una vez se han observado los datos de la conducta, de sus antecedentes (es decir, de aquellos estímulos que están presentes antes de la conducta) y de sus consecuencias (dícese de las variaciones en el entorno obtenidas por la conducta realizada), se generan hipótesis basadas en la teoría sobre los problemas centrales encontrados y las variables que los controlan. Esto implica que si, por ejemplo, se observa un patrón de conducta de llanto cada vez que se aleja el progenitor y que cesa el llanto cuando el progenitor vuelve, se podría teorizar que el llanto está cumpliendo la función de permanecer cerca del progenitor, basándose en los principios operantes encontrados por Skinner (Skinner, 1945). Después, se ponen a prueba las hipótesis, se aplican las intervenciones, se recolectan datos y se analizan los resultados, para generar y

probar nuevas hipótesis guiadas por nuevos datos, al igual que en otras terapias contextuales (Luciano y cols., 2016). Siguiendo con el ejemplo del progenitor, se podría, entre multitud de opciones, eliminar la presencia del progenitor ante la presencia de llanto para que esta conducta disminuya (en términos conductistas, sea castigada) y observar si así el niño deja de utilizar el llanto o disminuye su frecuencia con el paso del tiempo en estas situaciones. Trabajando de esta forma, se consigue observar los casos con curiosidad, sin juicios de valor y sin inferir (Boggiano y Gagliessi, 2021).

En la DBT, aparte de la filosofía conductista, existe una filosofía dialéctica sobre la que sienta sus bases, que persigue un cambio en la forma de entender la realidad; en lugar de contraponer dos oposiciones creando tensión, se busca integrar las dos oposiciones, reconociendo la verdad de las dos partes (Linehan, 2014). Por ejemplo, se busca entender que las conductas lesivas, además de ser problemáticas para el día a día del paciente, permiten aliviar algunas emociones. Habitualmente las personas, al entrar en contacto con esta información, busca contraponerla, jerarquizarla o ignorar la parte que considera menos relevante, en lugar de aunarla como parte de una misma realidad. Esta dialéctica de la terapia permite los sustentos de la teoría biosocial y el balance entre la aceptación y las habilidades de cambio en el tratamiento (Boggiano y Gagliessi, 2021). Los fundamentos de la aceptación, al guardar relación con las mediciones, serán descritos más adelante en el apartado de medidas, de una manera más extensa.

Asunciones de la DBT (Linehan, 2014).

Sobre la base de estos fundamentos, la terapia crea asunciones sobre la realidad para abordar las diferentes problemáticas; estas son verdades que se dan por ciertas sin existir una certeza de ello (Fernández-Gel, 2020). Las principales son (Boggiano y Gagliessi, 2021):

- 1) El TLP es un desorden generalizado del Sistema de Regulación Emocional y los

criterios conductuales del TLP funcionan para regular emociones, o son las consecuencias naturales de la desregulación.

- 2) Las Conductas Suicidas son soluciones de problemas para el paciente y un problema para el terapeuta, siendo la vida de las personas con riesgo suicida o con diagnóstico de TLP insoportables de ser vividas, al menos en el momento de la consulta.
- 3) Los pacientes realizan sus conductas lo mejor que saben, quieren mejorar durante el tratamiento y no pueden fracasar en DBT, necesitan estar mejor.
- 4) Los pacientes deben aprender nuevas conductas en todos los contextos relevantes.
- 5) Los pacientes pueden no haber causado todos sus problemas, pero deben resolverlos ellos mismos de todos modos.
- 6) Lo más afectuoso que un terapeuta puede hacer para ayudar a sus pacientes es contribuir en un cambio que les acerque a sus metas.
- 7) Claridad, precisión y compasión son los aspectos más importantes al realizar DBT.
- 8) La relación terapéutica es una relación real entre iguales, los principios del aprendizaje son universales, y afectan tanto al paciente como al terapeuta, por ello los terapeutas que tratan personas con diagnóstico TLP necesitan apoyo y pueden fallar, al igual que puede fallar la DBT.

Comprendiendo los fundamentos de la intervención y conociendo sus asunciones, se pasa a describir las teorías que se han construido e investigado sobre el trastorno desde la DBT.

Modelo Biosocial (Linehan, 2014).

Este modelo estudia la etiología del TLP, encontrándose con una gran dificultad de describir de una manera precisa el trastorno basándose o en los criterios clínicos recogidos por el DSM o en el origen psicoanalista del trastorno. Por ello, se orienta hacia la ciencia conductual para

describirlo, encontrando una definición más funcional, cuando se entiende como un Trastorno Generalizado de la Regulación Emocional (Sicorello y Schmahl, 2021). Así, la sintomatología se entiende desde la desregulación: (1) la desregulación emocional explica la labilidad emocional y los problemas con la ira; (2) la desregulación interpersonal explica las relaciones caóticas y el miedo al abandono; (3) la desregulación del Yo explica la sensación de vacío, los trastornos de la Identidad y las dificultades con el sentido de sí mismo; (4) la desregulación conductual explica las conductas impulsivas y las conductas autolesivas sin intención suicida (CASIS) y (5) la desregulación cognitiva explica las ideas disociadas y la ideación paranoide (Linehan, 2014).

Para este modelo, la desregulación emocional del trastorno se acrecienta debido a dos factores principales; una disfunción biológica del sistema de regulación emocional y el desarrollo del aprendizaje en un ambiente invalidante. La parte biológica muestra la existencia a una predisposición a reacciones emocionales más intensas y frecuentes, encontrando 3 factores principales: (1) existe sensibilidad emocional que origina reacciones inmediatas, con un bajo umbral para las reacciones emocionales; (2) la reactividad emocional es extrema y dificulta el procesamiento cognitivo; (3) existe un lento retorno a la base emocional, es decir un proceso homeostático más lento, que produce reacciones emocionales de mayor duración, por lo que es más fácil que en el proceso de bajada pueda aparecer un nuevo disparador. Los estudios a nivel biológico encuentran que la desregulación de la serotonina puede reducir la sensibilidad del receptor 5HT-1A y que la desregulación de la oxitocina puede afectar en la regulación de las recompensas sociales y la empatía (Chapman y cols., 2022). Los estudios con gemelos muestran que el TLP puede deberse más al componente hereditario incluso que en la depresión mayor, con más del 50%, hallando más concordancia la diagnosis de TLP entre gemelos monocigóticos que dicigóticos (Amad y

cols., 2014). No obstante, sigue siendo una cuestión por resolver si las alteraciones neurobiológicas preceden a la desregulación, o viceversa (Neacsiu, Bohus, y cols., 2014). Con respecto a la relación entre ambiente y sujeto, el contexto puede no haber brindado oportunidades para desarrollar habilidades en el manejo de respuestas emocionales intensas, encontrando que las respuestas emocionales empeoran cuando correlaciona con trauma, abuso, abandono o invalidación (Chapman y cols., 2022), existiendo en estas personas lo que se conoce como un ambiente invalidante. La invalidación es una persistente negación o desestimación de las conductas utilizadas por el sujeto, independientemente de la validez real que tienen como conducta (siguiendo el modelo de Skinner, si han sido seleccionadas/reforzadas, están siendo útiles para aproximarse o alejarse de algún elemento del contexto). Por ejemplo, si un niño se cae al suelo y en su repertorio conductual estaba seleccionado el llanto para la búsqueda de reducir ese dolor y la cura de los padres, un tipo de ambiente invalidante sería que a ese niño los padres le digan que deje de llorar, que “*no es para tanto*”. Esta invalidación se da por: (1) un rechazo indiscriminado ante la comunicación de las experiencias privadas como pensamientos, emociones o sensaciones, así como un rechazo a conductas autoiniciadas; (2) un refuerzo intermitente ante la aparición de respuestas o manifestaciones emocionales (a veces se extinguen estas respuestas y a veces son atendidas únicamente cuando son muy intensas); (3) una sobresimplificación de la solución de problemas y el alcanzar metas (se exigen determinadas conductas sin tomar en consideración la fisiología de la persona).

La evidencia de los factores encontrados que más influyen a este contexto son: el maltrato infantil, ya sea físico, sexual o por un ambiente negligente, que se encuentra en hasta un 70% de las personas con diagnóstico TLP, la separación materna, el apego materno inadecuado,

problemáticas con límites familiares, la existencia de abuso de sustancias por parte de los padres y psicopatología parental grave (Chapman y cols., 2022).

Modelo de déficit de habilidades (Linehan, 2014).

Esta interacción entre genética y ambiente origina conductas similares en los sujetos que podemos identificar como la población con diagnóstico TLP. Entre estas conductas, se observan algunas que, para un desarrollo con una mayor calidad de vida, sería necesario o aumentar o disminuir. Estas vienen explicadas por el modelo de déficit de habilidad y se resume en la Tabla 4.

Tabla 4. Resumen del déficit de habilidades (Boggiano y Gagliessi, 2021)	
Conductas que aumentar	Conductas que disminuir
Habilidades de Mindfulness	Confusión de la identidad
	Vacío
	Desregulación Cognitiva
	Ausencia de flexibilidad
	Dificultades con el cambio
Habilidades Interpersonales	Caos Interpersonal
	Miedo al Abandono
Habilidades de Regulación Emocional	Labilidad Afectiva
	Ira excesiva
Habilidades de Tolerancia al Malestar	Conductas Impulsivas
	Amenazas de Suicidio
	CASIS

Para entrenar las nuevas habilidades, se fomentan cronológicamente tres pasos: la adquisición de la habilidad, su fortalecimiento y su generalización. Su adquisición se realiza mediante procedimientos conductistas como el modelado, el fortalecimiento mediante el ensayo de la conducta y programas de refuerzo y la generalización creando un contexto reforzante.

Modelo de etapas del tratamiento (Linehan, 2014).

En la intervención, tras descubrir el modelo biosocial que subyace a los comportamientos característicos de la población con diagnóstico de TLP y tras encontrar un modelo de entrenamiento de habilidades mediante refuerzo y castigo, se ve necesario priorizar el enfoque durante la intervención atendiendo al nivel de malestar que vive la persona en ese momento, encontrando 4 niveles principales: (1) descontrol conductual, en el que las conductas imperantes son cortes, intentos de suicidio, abuso de sustancias y otros problemas incapacitantes; reducirlas o extinguirlas es el objetivo de este primer nivel, que siguiendo la metáfora de la casa de Linehan (1993b) sería el nivel de salir del infierno; (2) la desesperación aquietada, donde se centrará en resolver traumas pasados, en experimentar emociones plenamente, abordar trastornos mentales graves y/o generalizados, resolver relaciones interpersonales importantes y formar nuevas relaciones, lo que equivale a terminar de subir las escaleras y encontrarse en el primer piso; (3) problemas con la vida, donde se buscan las metas de la vida, aumentar el respeto por uno mismo y encontrar la paz con la felicidad y la infelicidad como elementos comunes; (4) el último paso, referente a la sensación de estar incompleto, es el techo de la terapia, donde se busca cultivar el sentido de la vida, y la alegría y libertad radicales (totales y completas).

Formas de Intervención en la DBT (Boggiano y Gagliessi, 2021).

Para llevar a cabo un modelo integrador de la Terapia es necesario conocer que no se limita a la intervención individual clásica, sino que exige de 4 elementos: (1) la terapia individual, en la que principalmente se utilizará el conductismo operante para realizar cambios en las conductas de los pacientes mediante el análisis en cadena, llevando un registro del caso y considerando el nivel del tratamiento del paciente; (2) la intervención grupal, centrada principalmente en el desarrollo de las habilidades, existiendo cuatro habilidades principales con unas duraciones determinadas y que se van entrenando cíclicamente, a saber: mindfulness, tolerancia al malestar, la regulación emocional y el entrenamiento en habilidades interpersonales; (3) equipo de consultoría, donde el propio terapeuta es intervenido por su grupo/equipo, el cual le suele brindar o bien herramientas validantes para su caso, o bien propuestas de solución de problemas; (4) el apoyo telefónico, que está las 24h disponible para el paciente, con una duración de unos 10/15 min, orientado para los momentos de mayor crisis emocional de los pacientes; en esta llamada se busca orientar al paciente al entrenamiento que va realizando en sus intervenciones o, si peligrase su vida al ingreso si no es capaz de utilizar las habilidades.

El Entrenamiento en Habilidades

Así la DBT dentro de su intervención dispone de una parte de terapia grupal centrada en el entrenamiento de habilidades, ya que, como se ha visto según sus fundamentos (Linehan, 1993), las personas con diagnóstico de TLP tienen un déficit de estas habilidades y por ello sus conductas son visibles mediante la sintomatología observada; ante la falta de habilidades recurren a las autolesiones, a los intentos de suicidio, a la ira etc. La idea de que pueden existir variables de resultado mediadoras durante las intervenciones en el entrenamiento de estas habilidades, cobra especial fuerza cuando se observa la tendencia de algunas

investigaciones que simplemente enseñan a los sujetos el entrenamiento de habilidades de la DBT, sin el resto de intervención, encontrando beneficios que la propia asociación (Behavioral Tech, 2022) recoge en su apartado de investigación, en el enlace de: “*RCT Research Data: Skills-Only DBT*”, donde se recogen hasta 2016, 16 estudios controlados aleatorizados para diversas problemáticas (Bradley y Follingstad, 2003; Fleming y cols., 2015; Harley y cols., 2008; Hill y cols., 2011; Hirvikoski y cols., 2011; Klein y cols., 2013; Linehan y cols., 2015; Lynch y cols., 2003; Neacsiu, Eberle, y cols., 2014; Safer y cols., 2001; Safer y Jo, 2010; Soler y cols., 2009; Telch y cols., 2001; Uliaszek y cols., 2016; Van Dijk y cols., 2013). Con respecto a la frecuencia de uso de las habilidades, en una investigación en la que se realizó el entrenamiento de habilidades, encontraron que aquellos pacientes que habían mejorado tras la aplicación de la intervención en DBT, en su día a día para resolver las situaciones difíciles, utilizaban la habilidad de mindfulness con mayor frecuencia (44%), seguida de la tolerancia al malestar (29%), de la regulación de emociones (18%) y apareciendo últimamente las habilidades de efectividad interpersonal (9%) (Stepp y cols., 2008). En suma, tras observar que estas habilidades por sí solas permitían mejoras en los pacientes, se introducían mediciones que pudieran estar relacionadas con los cambios que consigue el entrenamiento en las habilidades, encontrándose medidas coherentes con el modelo contextual-funcional. Por ello cabe plantearse cuáles son esos procesos (independientemente de la perspectiva desde la que se plantee) que influyen en el TLP.

Como se ha mencionado, Linehan responde desde la teoría biosocial del TLP, donde postula que la interacción entre las vulnerabilidades biológicas y la exposición a entornos invalidantes contribuye a la desregulación emocional, la característica central del TLP (Linehan, 1993a). Para ella, esta desregulación de las emociones lleva a las personas a otros

cuatro tipos de desregulación: conductual (p. ej., conductas impulsivas y suicidas), cognitiva (p. ej., disociación), del Yo (p. ej., falta de sentido de sí mismo) e interpersonales (p. ej., intentos frenéticos de mantener las relaciones existentes), y es ahí donde se crea el entrenamiento de habilidades, donde cada una de estas desregulaciones se complementa con un entrenamiento específico (Linehan, 1993a, 2014): la habilidad de efectividad interpersonal ayuda a incrementar interacciones sociales más efectivas y, por lo tanto, aborda la desregulación interpersonal; la habilidad de tolerancia al malestar ayuda a actuar usando soluciones efectivas, abordando la desregulación del comportamiento; la habilidad de mindfulness enseña a observar y describir sin juzgar, y a participar en el momento presente, para abordar la desregulación del yo y; la habilidad de regulación emocional enseña a reconocer, etiquetar, describir y manejar las emociones abordando la desregulación emocional.

Atendiendo a la teoría de Linehan, principalmente se ha investigado con la desregulación emocional que propone Linehan (Barley y cols., 1993), como el motor de acción del resto de desregulaciones, ya que es la que se atribuye como el origen de la sintomatología clínica del trastorno y lo que conlleva a ese mayor malestar (Sicorello y Schmahl, 2021).

Desregulación Emocional, el nexo entre el TLP y la DBT.

Atendiendo a lo anterior, el enfoque principal en la DBT es enseñar a los pacientes a cómo regular activamente las respuestas emocionales, basándose en el modelo de regulación emocional (Neacsiu, Bohus, y cols., 2014). Considera para ello, como otros autores, que las emociones son respuestas complejas, breves, involuntarias, modeladas y que reaccionan a estímulos internos y externos (Ekman y Davidson, 1994; Neacsiu, Bohus, y cols., 2014), y

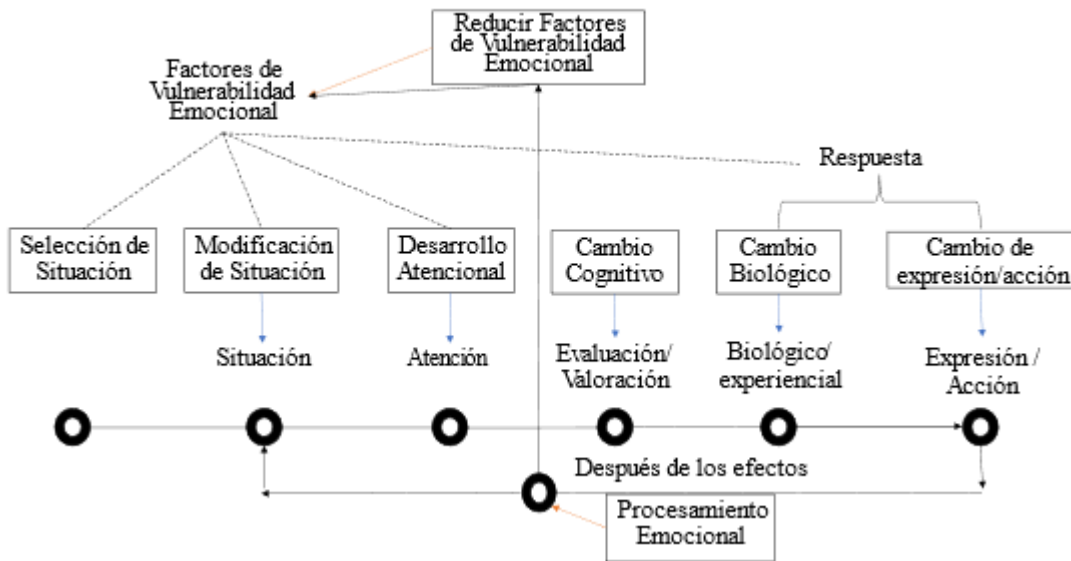
enfatisa la importancia del valor adaptativo evolutivo de las emociones (Tooby y Cosmides, 1990), siendo esta desregulación emocional coherente con la investigación básica de regulación emocional del modelo Modal (Gross y Thompson, 2007). No obstante, la DBT actualiza en su modelo un par de conceptualizaciones clave sobre las emociones: (1) en el TLP (y otras psicopatologías) existe una gran dificultad para regular la respuesta emocional después de que ya se ha iniciado, especialmente cuando ha pasado el punto en el que podría suprimirse (Aldao y cols., 2010) y (2) la respuesta emocional se divide en respuestas experienciales y expresivas (Neacsiu, Bohus, y cols., 2014).

Así, para el modelo de regulación emocional de la DBT, las emociones comienzan: (1) dentro de un contexto o situación, donde una señal capta la atención del individuo (aparece un Estímulo Discriminativo [ED] que genera el Control de Estímulo [CE]); (2) la señal se evalúa o interpreta; (3) lo que desencadena una respuesta emocional que comprende cambios biológicos-experienciales (incluidos los impulsos o las tendencias de respuesta) y expresiones-cambios de acciones (incluidos el lenguaje corporal, la expresión facial y las acciones); (4) todos los componentes se ven afectados por factores de vulnerabilidad emocional y (5) la respuesta emocional es seguida por efectos posteriores, incluidas las emociones secundarias (Neacsiu, Bohus, y cols., 2014). Proceso resumido en la Figura 1.

Así, se habla de desregulación emocional cuando existe una incapacidad, incluso cuando se aplican los mejores esfuerzos, para cambiar de la manera deseada las emociones, generando todo ello un exceso de experiencias emocionales aversivas, la incapacidad para regular la excitación fisiológica intensa, problemas para desviar la atención de los estímulos, distorsiones cognitivas y fallas en el procesamiento de la información, control insuficiente de conductas impulsivas relacionadas con emociones fuertes, dificultades para organizar y

coordinar actividades para lograr metas no dependientes del estado de ánimo cuando se está emocionalmente excitado, y una tendencia a "congelarse" o disociarse bajo un estrés muy alto (Neacsiu, Bohus, y cols., 2014; Ray y cols., 2006).

Figura 1. Proceso de Regulación Emocional (Neacsiu, Bohus, et al., 2014)



Existen diversos autores que han ido arrojando luz a este modelo de Linehan para el TLP (Bornovalova y cols., 2013; Cirulli y cols., 2009; Distel y cols., 2009, 2011; Harned, Rizvi, y cols., 2010; Hernandez y cols., 2012; Pryce y Feldon, 2003). Las bases neurobiológicas de la teoría biosocial, y sobre todo las bases de la alteración emocional han sido coherentes con las diferentes investigaciones que se han realizado al respecto (Gratz y cols., 2010; Hazlett y cols., 2012; Herpertz y cols., 2001; Jacob y cols., 2008; Lobbetael y Arntz, 2010; Marissen y cols., 2010; Minzenberg y cols., 2008; New y cols., 2007; Niedtfeld y cols., 2012; Nunes y cols., 2009; Reitz y cols., 2012; Rosenthal y cols., 2008; Schulze y cols., 2011; Stiglmayr y cols., 2001; Tebartz van Elst y cols., 2003). No obstante, ha habido estudios que no han encontrado las evidencias con otro tipo de medidas, o no han podido afirmar estadísticamente los resultados (Kuo y Linehan, 2009; Rosenthal y cols., 2008;

Stiglmayr y cols., 2001). La evidencia de que el TLP posee fundamentalmente como trasfondo una desregulación de las emociones, es extensa también (Chapman y cols., 2006; Distel y cols., 2012; Ebner-Priemer y cols., 2009; Frankenburg y Zanarini, 2004; Korfine y Hooley, 2000; Levine y cols., 1997; Reitz y cols., 2012; Robins y cols., 2001; Ruocco, 2005; Schredl y cols., 2012; Selby y Joiner, 2009; Trull y cols., 2010). Así, con la hipótesis de desregulación emocional de Linehan, se han encontrado mejoras en el TLP con el entrenamiento de las habilidades relacionadas con estas carencias descritas, siendo estos cambios visibles como mejora no solo en el TLP, sino también en otros trastornos como en el comportamiento suicida (Neacsiu y cols., 2010), en víctimas de abuso (Iverson y cols., 2009), en la depresión (Harley y cols., 2008; Neacsiu y cols., 2010; Soler y cols., 2009), la ira (Evershed y cols., 2003; Neacsiu y cols., 2010; Soler y cols., 2009), la inestabilidad afectiva (Soler y cols., 2009) y en reducir los índices de desregulación de las emociones (Neacsiu y cols., 2010). Además, se observa cómo la desregulación de las emociones se relaciona con una gran variedad de problemas de salud mental (Kring y Sloan, 2009).

Observando la relación entre la regulación emocional y el TLP y viendo cómo la DBT consigue las mejoras en el TLP con la DBT para poder regularlas eficazmente, cabe plantearse qué mecanismos son los más relevantes. En su planteamiento original, Linehan la ve unida fundamentalmente a las emociones, mencionando una parte clave: existe un efecto secundario en el TLP tras emerger una emoción inicial, la emoción secundaria (Linehan, 1993a).

Desregulación Emocional. Emociones Primarias y Secundarias.

Desde los hallazgos de Darwin, ya se postulaban a las emociones como un componente fisiológico adaptativo de los organismos, que permitían ventajas evolutivas (Darwin, 1872).

Estas emociones adaptativas, mayormente abarcan lo que actualmente se conoce como respuestas emocionales primarias (Greenberg y cols., 1996). La expresión de la emoción es fundamentalmente comunicativa y sirve para regular la interacción social e incluyen sensación, fisiología, búsqueda operacional y pensamientos (Greenberg y cols., 1996). No obstante, existe una distinción principal entre estas emociones y las secundarias y sendas pueden ser adaptativas o inadaptadas (Greenberg y Safran, 1989):

- 1) Las emociones primarias: son patrones de respuesta a situaciones que suceden aquí y ahora, son inmediatas y directas. Un ejemplo es la reacción emocional de huida ante la aparición de una serpiente, que permite correr más rápido, con visión de túnel, en dirección contraria al animal. Las emociones primarias han sido clasificadas popularmente como sorpresa, felicidad, ira, tristeza, temor y asco (Ekman y Friesen, 1975) y son disposiciones a la acción innatas, biológicamente relacionadas con la adaptación y la supervivencia (Frijda, 1986). Se ha demostrado que estas emociones primarias discretas son universales en humanos, y están asociadas con expresiones faciales características, patrones neuroendocrinos y localizaciones cerebrales (Greenberg y cols., 1996). Una clasificación neurobiológica las clasifica en cinco (Panksepp, 1989): a) el sistema de búsqueda-expectación-curiosidad-investigación, b) el circuito de ira-rabia, c) el circuito de ansiedad-miedo, d) la red de separación-malestar-tristeza-angustia-pánico, y posiblemente, e) un sistema de juego social. Sin centrarse en clasificaciones, lo que se encuentra en todas estas respuestas emocionales es que parecen ausentarse elementos cognitivos como pensamientos (Ledoux, 1989). De este modo, el organismo está provisto de respuestas innatas, cuya interpretación no es semántica, sino que supone evaluación directa y son especialmente adaptativas,

porque pueden primar rápidamente como conducta sin necesidad del procesamiento conceptual (Greenberg y cols., 1996).

- 2) Las emociones secundarias: son patrones de respuesta secundarias, principalmente surgen tras la aparición de pensamientos o emociones primarias, aunque pueden surgir por condicionamiento. Con los experimentos realizados por Pàvlov (Pàvlov, 1928) y posteriores estudios sobre el condicionamiento que marcaron fundamentalmente el primer modelo conductista (Watson y Rayner, 1920), podrían explicarse respuestas emocionales secundarias condicionadas, es decir, aprendidas. Por ejemplo, ante una situación de peligro vivida en un atraco, podría condicionarse un determinado olor del atracador que, una vez vivido el evento y una vez expuesto de nuevo al olor, elicitaba la respuesta emocional de miedo. También, si cada vez que alguien ha tenido una respuesta de tristeza se le ha excluido o rechazado de un grupo social, y en ese momento ha sentido vergüenza por la nueva situación de rechazo, podría condicionarse ante el surgimiento de la tristeza, de manera aprendida (por condicionamiento clásico), la vergüenza. Estas emociones secundarias, en muchas ocasiones, tienen más saliencia y suelen ser un estímulo discriminativo (ED) mayor que las primarias, especialmente cuando la cognición participa en el proceso. Un ejemplo es la rabia, que se expresa habitualmente tras la aparición de la emoción de miedo. Volviendo al anterior ejemplo, si tras la huida de la serpiente, el humano ha perdido a su cría, la emoción adaptativa primaria esperable sería la tristeza ante la pérdida. No obstante, muchas veces se puede encontrar una reacción de rabia ante el pensamiento de “no tenía que haber dejado sola a mi cría” o el de “ha sido mi culpa” (Soler, 2022). Estas emociones son más complejas debido al recurso del lenguaje. Por

ejemplo, el resentimiento o el remordimiento, aunque están basadas en emociones básicas, como la cólera o la tristeza, también incluyen evaluaciones cognitivas, aprendidas estas evaluaciones en relación con la sociedad y, por tanto, las distintas culturas las evocan de maneras diferentes (Greenberg y cols., 1996). Estas emociones están formadas, en parte por el lenguaje, ya que, para ser experimentadas, necesitan del lenguaje verbal (Greenberg y Safran, 1989). Para el surgimiento de este lenguaje y estas emociones es necesario además un Yo que las experimente. Una explicación del surgimiento del Yo se verá más adelante en el siguiente apartado.

Estas emociones secundarias podrían constituir la problemática central en el TLP (Peter, 2019). Para el modelo de Linehan, las respuestas emocionales pueden dividirse en seis subsistemas de cara a aprender a regular las emociones. Existen: (1) factores de vulnerabilidad emocional; (2) eventos internos y/o externos que sirven como señales (o disparadores) emocionales; (3) interpretaciones cognitivas de estos eventos; (4) tendencias de respuesta emocional, incluidas respuestas fisiológicas, procesamiento cognitivo, respuestas experienciales e impulsos de acción; (5) respuestas y acciones expresivas verbales y no verbales y; (6) efectos secundarios de la emoción inicial, incluidas las emociones secundarias (Linehan, 1993a).

Las emociones secundarias, al estar mayormente mediadas por pensamientos y otras emociones, se ven influidas por el lenguaje, y en concreto, parecen verse influidas por abstracciones de la identidad o *self*, lo que se conoce como Yo. Por ejemplo, podría definirse a uno mismo (el Yo) en términos de “deberías ser así” o “podrías haber actuado mejor”. Cuando aparecen estos condicionales de situaciones ya vividas, ya sean hacia el mismo

individuo o hacia su ambiente, se atiende a una voluntad y elección, despreciando que esta consciencia (el Yo) está multideterminada o multicausada (Harland y cols., 1999; Pascual-Leone y Johnson, 2013). Todo ello puede generar sufrimiento, ya que, ante eventos inevitables (que ya han ocurrido), se activan emociones instrumentales que buscan cambiar el pasado o emociones secundarias ante esas emociones instrumentales, para tratar de no sentir las. Como, por ejemplo, sentir culpa (emoción secundaria) de perder un hijo que se suicida por no haber estado atento a las señales. Las emociones secundarias no se pueden separar de la cognición y la forma de vivir la emoción es a través de significados personales del Yo, por tanto, se transforman las emociones primarias, con la cognición, en las secundarias (Greenberg y cols., 1996), ya que se añade la síntesis verbal del Yo que busca dar coherencia a la experiencia vivida durante el proceso acontecido. Es este proceso el que enmarca un papel crucial del lenguaje en la configuración de la experiencia emocional (Greenberg y cols., 1996), ya que las emociones secundarias están influidas por cómo las formula el Yo. La descripción lingüística influye en la experiencia, mientras que la experiencia influye y restringe las posibles descripciones, y, a su vez la experiencia también examina las representaciones, produciendo nuevas posibilidades y seleccionando alternativas para la acción (Greenberg y cols., 1996). Desde la filosofía budista y desde su integración en las terapias contextuales, se ha buscado generar cambios en estas experiencias basándose en las vivencias de “los Iluminados” que han realizado “el noble camino óctuple”; en este proceso se observa que aquellos que se han entrenado en “la disolución del yo”, es decir, en no identificarse con los eventos mentales que surgen con la fusión cognitiva, pueden no generar emociones secundarias como la culpa o la vergüenza (Teasdale y Chaskalson, 2011). En ellos, las emociones que surgen de la cognición dejan de ser el ED de la respuesta instrumental. Este proceso se desarrollará en el siguiente apartado.

El surgimiento de estas emociones secundarias es, para Linehan (1993a), la mayor parte del malestar emocional en el TLP, ya que al observar las respuestas emocionales que surgen en consulta principalmente se observan las secundarias (vergüenza, ansiedad o ira intensas) ante las emociones primarias. Las primarias serían más adaptativas, y para reducir el malestar de las secundarias, es necesaria la exposición a la emoción primaria y realizar la acción opuesta ante la secundaria (Linehan, 1993a). Así se cambiaría la operante ante el ED y surgiría un nuevo patrón que adquiere una respuesta más funcional en el organismo.

A pesar de la evidencia encontrada sobre la efectividad de la desregulación emocional, y a pesar de los resultados favorables sobre la eficacia de la DBT, especialmente del entrenamiento de habilidades, no se ha evaluado la validez de este constructo en la investigación básica, ni existen medidas del constructo actualmente reconocidas (Neacsiu, Bohus, y cols., 2014), y como se ha mencionado previamente, para el surgimiento de estas emociones secundarias es necesario un Yo.

El Yo, la Identidad, el “*Self*”

Este atributo psicológico se ha intentado describir y definir desde multitud de corrientes psicológicas (Altabe y Thompson, 1996; Aron, 2000; Epstei y cols., 1981; Tobin, 1982). Dentro de las diferentes perspectivas, la DBT comprende al ser humano y sus conductas principalmente desde las aproximaciones funcionales-contextuales, las cuales hipotetizan su propia visión del Yo, también conocido como Identidad o como “*Self*” por su homónimo en inglés, aunque se buscará utilizar principalmente el concepto de Yo a lo largo del trabajo. Es necesario desarrollar cómo se predice el origen del Yo desde la perspectiva contextual- funcional.

El Origen del Yo desde la Terapia Funcional Analítica (FAP).

Jugando con el famoso planteamiento de Descartes: “pienso, luego existo”, desde la FAP (una terapia contextual-funcional) se propone que más exacto es “hablo, luego existo” (Kohlenberg y Tsai, 2001). La FAP, utilizando el análisis funcional, busca realizar un moldeamiento (mediante el reforzamiento de aproximaciones gradualmente más próximas a una conducta deseada) desde algunos de los comportamientos disfuncionales que el paciente presenta durante la sesión clínica, usando la relación terapéutica como modelo de relación interpersonal a generalizar posteriormente fuera de la sesión (Virués-Ortega y cols., 2005). Para ello, esta terapia propone una forma de entender el lenguaje, y en concreto, el Yo, observando que este se entiende básicamente desde cuatro interpretaciones en la cultura popular (Kohlenberg y Tsai, 1991): (1) el yo como consciencia, como algo que es central y permanente; (2) el yo como la génesis de nuestras conductas, una fuerza que nos obliga a actuar; (3) el yo como el origen de gestos o acciones espontáneas que se relacionan con la creatividad y (4) el yo como la identidad personal, cómo uno se percibe e identifica y cómo lo reconocen los demás. Estas interpretaciones, a pesar de ser coherentes con la vertiente cognitiva, se escapan al análisis del Yo realizado desde la FAP, donde se busca reafirmar el Yo desde una perspectiva coherente con el conductismo radical. Se entiende así al Yo como una consecuencia del lenguaje, producto del entrenamiento de la conducta verbal establecida socialmente (Kohlenberg y Tsai, 1991, 2001). Esta fundamentación se basa en los escritos de Skinner de Ciencia y Conducta Humana (Skinner, 1970) y Conducta Verbal (Skinner, 1981), donde se explica el origen del lenguaje con respuestas verbales seleccionadas ante la aparición de estímulos privados (como decir tengo frío ante la aparición del cambio en la sensación fisiológica de temperatura). Evolucionan la idea de Yo de Skinner hasta fundamentar su propia propuesta, donde basan el “Yo” en la creación

de relaciones verbales de equivalencia (Kohlenberg y Tsai, 2001), encontradas por Sidman a partir de los años 70 (Sidman, 1971; Sidman y Cresson, 1973) y que también fueron la base de la TMR (Törneke, 2016).

Antes de desarrollar el concepto de Yo, es necesario repasar aspectos básicos relacionados con la conducta verbal (Aguayo y cols., 2015): 1) el “control de estímulo” (CE), es entendido como una conducta que se da más veces en presencia de ese estímulo que en su ausencia; 2) el estímulo discriminativo (ED), se concibe ante la presencia de un estímulo que hará que el sujeto sepa que determinada conducta implicará la aparición de un reforzador o de un castigo, es decir, un estímulo que modificará la conducta incrementándola o reduciéndola, respectivamente; 3) la respuesta verbal, como por ejemplo, “yo veo una manzana”; y 4) las consecuencias, que ocasionan que conducta sea reforzada o castigada. El proceso de creación del Yo se produce mediante un entrenamiento en discriminación, es decir se diferencia mediante programas de reforzamiento un determinado estímulo para que surja un CE. El proceso que engloba todo el proceso de conducta-contexto se conoce como Análisis Funcional, ABC o análisis en cadena, entre otros (aunque haya diferencias entre ellos, tienen esta parte común).

Tomando el ejemplo original para describir el Yo (Aguayo y cols., 2015), un niño está aprendiendo a hablar y es reforzado al decir “manzana” cuando aparece la manzana y no cualquier otra fruta. Se conseguirá que el niño diga “manzana” cuando se presente esta fruta, y mientras sucede este proceso habrá simultánea e inevitablemente una estimulación pública (la habitación, el ruido, el olor...) y privada (la propioceptiva, interoceptiva...). Aunque para quienes estén ya entrenados (como su familia), parece obvio que el estímulo relevante es la manzana, esto solo puede aprenderse mediante el entrenamiento o la experiencia, ya que el

niño podría estar realizando el ED con otro de los elementos presentes (como, por ejemplo, la mano de la madre que sujeta la manzana). Se entiende entonces que: (1) la respuesta verbal de “manzana” se da cuando está presente el estímulo manzana (ED); (2) la respuesta verbal de “manzana” está bajo CE de la manzana; (3) la respuesta de “manzana” pasa a ser funcional (conseguir acercarse o alejarse ante el estímulo manzana). De esta forma la palabra “manzana” pasa a poder ser una respuesta operante para el niño.

Así puede pasarse a plantear que el proceso de la creación del “Yo” seguirá un proceso similar, con una característica, para su refuerzo, en el proceso debe aparecer algún reflejo de conducta pública para reforzar los eventos privados, y para que se dé coherentemente, deben ir en la misma dirección. Por ejemplo, si en el niño concurrentemente a decir “quiero manzana”, ha pasado un largo periodo de tiempo con privación de alimentos, podrán aparecer una estimulación privada y pública simultáneamente, por lo que sendas podrían servir de CE a pesar de que los padres solo podrán observar la pública (“quiero manzana”). Si se dan simultáneamente, es más probable que pueda aprender a verbalizar la experiencia de hambre.

El desarrollo del Yo se da entre los 6 meses y los dos años, cuando el niño aprende en el periodo de habla con palabras simples (p. ej.: “quiero-coche”, “nene-agua”), donde el niño aprende la verbalización como un todo. A partir de aquí se forma el Yo en 3 etapas (Aguayo y cols., 2015; Kohlenberg y Tsai, 1991), que quedan resumidas en la Tabla 5:

- 1) Etapa 1: aprendizaje de grandes unidades funcionales. Las primeras experiencias verbales son con unidades pequeñas como “vaso”, “agua” etc. También los encargados del aprendizaje suelen enseñar frases más grandes que se aprenden como un todo como “nene-agua”. En esta etapa, las unidades funcionales no solo describen el objeto, sino también la actividad privada del niño, como por ejemplo la experiencia

de “ver” un perro. Existen estímulos públicos que pueden facilitar esta experiencia de manera indirecta, como el propio objeto de observación, la orientación del niño hacia el estímulo, y la perspectiva espacial (distancia) entre el niño y el estímulo. Además, existirá estimulación privada, como un reflejo de orientación, la activación fisiológica del sistema visual u otros estímulos táctiles, auditivos... Esto hace que entiendan como conjunto la experiencia de manzana junto con la acción, unido al sujeto, sin discriminarlo en partes (objeto, acción y sujeto se experiencia como un todo).

- 2) Etapa 2. Emergen unidades más pequeñas tras múltiples experiencias con unidades mayores de la fase anterior. Por ejemplo, tras aprendizajes del tipo: “yo-veo-un-perro”, “yo-veo-un-gato”, “yo-veo-una-manzana”, emerge una unidad funcional de “yo-veo” que es común a cualquier fórmula de “yo-veo-x”. Esto permite que el niño pueda generar ya cualquier otra expresión que no esté en su repertorio. Así lo más probable es que la experiencia privada de “ver” vaya adquiriendo más control que las experiencias públicas de los entrenadores. Así el niño discriminaría que todos esos estímulos privados de “ver” que controlan la respuesta de “yo-veo-X” discriminan mucho mejor ante la experiencia de ver que ante la de tocar del propio niño. De la misma forma, otras actividades funcionales como “yo-tengo”, “yo-quiero” o “yo-siento” discriminarían al “yo” frente a otras personas. De este modo aprende a discriminar el objeto de las diferentes acciones, y se está entrenando en acciones privadas también (como sentir hambre, cansancio...), sin discriminar aún el sujeto en el que emergen estas experiencias (ahora se discrimina el objeto y la acción, pero el sujeto en el que se experiencia no se discrimina).

- 3) Etapa 3. La unidad simple del “yo”. En “yo X” el yo es común a todas las situaciones (Yo: veo, quiero, tengo...). El Yo como unidad funcional está bajo control estimular de la localización física de la experiencia, es decir, del lugar desde el que se ve.

Tabla 5. Resumen del origen verbal y experiencial del Yo (Kohlenberg y Tsai, 1991)

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Yo quiero un helado Yo quiero a mama Yo quiero irme Yo quiero X	Yo quiero	Yo
Yo siento alegría Yo siento malestar Yo siento hambre Yo siento X	Yo siento	
Yo tengo hambre Yo tengo sueño Yo tengo casa Yo tengo X	Yo tengo	
Yo veo papi Yo veo coche Yo veo perro Yo veo X	Yo veo	
Yo veo X Yo toco X Yo huelo X Yo “verbo” X	Yo X	

Obtiene una estimulación pública y privada. Se empieza a discriminar el “Yo” frente al “Tú” o “Ellos” (“Yo veo” frente a “Tú ves”). Así se puede observar cómo se moldea la experiencia del “Yo”, cómo se discrimina, tanto experiencialmente, como verbalmente. En suma, tras acompañamientos verbales por parte del ambiente, el individuo empieza a discriminar verbalmente elementos pequeños públicos e incluso discrimina acciones. En la etapa 2 es capaz de experimentar el yo como componente

diferenciado de diferentes acciones frente a otros, para luego en la etapa 3 abstraer el yo de la suma de esas experiencias como algo diferenciador del resto. Puede así aprender a tomar perspectiva de “él” como experimentador de objetos y acciones de “ellos” como experimentadores de estas o diferentes experiencias.

Una vez comprendida esta posible génesis del Yo, y retomando su importancia con respecto a las emociones secundarias, es necesario conocer la teoría de los marcos relacionales (TMR) para entender los problemas que puede traer el Yo en función de cómo se ha aprendido a relacionar.

La diferencia entre el Yo Contenido, el Yo Proceso y el Yo Contexto desde la ACT y la Teoría del Marco Relacional (TMR).

La ACT basa su explicación sobre la cognición y el lenguaje en la TMR (Hayes y cols., 2001).

En suma, la TMR parte de que las relaciones de estímulo derivadas de otras relaciones verbales son conductas aprendidas (Aguayo y cols., 2015). Se llama marco relacional (o como prefieren referirse: enmarcar relacionamente) a la respuesta relacional aplicada de forma arbitraria y controlada contextualmente (Hayes y cols., 2001). En esta teoría existen diferentes tipos de enmarcaciones relacionales, y relacionadas con el Yo, existen fundamentalmente las enmarcaciones deícticas, que se caracterizan por la toma de perspectiva (Valdivia-Salas y Luciano, 2006). Dichas enmarcaciones establecen una distancia o diferenciación entre el hablante y lo hablado, pudiendo así enmarcar entrenando la perspectiva (Aguayo y cols., 2015). Existen 3 enmarcaciones deícticas investigadas: el yo-tú que sería un marco interpersonal; el aquí-allí que sería espacial; y el ahora-antes que sería temporal (Valdivia- Salas y Luciano, 2006). Así se entiende al Yo como trascendente en el tiempo, inherente a la persona, siendo algo constante como la consciencia (Aguayo y

cols., 2015). Para la ACT y la TMR, el origen del Yo descrito previamente por la FAP (Aguayo y cols., 2015) es coherente con sus investigaciones; y diferencian las experiencias del Yo en tres formas esenciales de cara a trabajar en la clínica: el yo como contexto, el yo como proceso y el yo como contenido (Törneke, 2016):

- a) Yo como contexto: en este concepto existe una peculiaridad: no se puede uno mismo desligar de él. Es la propia experiencia de uno mismo, que está siempre presente y que no puede ser separada tampoco espacialmente (está aquí y ahora y es invariable). Es el punto desde donde cada sujeto observa, actúa y vive su vida. Esta experiencia es vacía de contenido, es simplemente la propia experiencia de existir. Es lo que popularmente se conocería como la consciencia. Si se añade algo más a esta experiencia puede ser parte de los otros Yo, pero nunca de este. La FAP explica el surgimiento experiencial de este Yo.
- b) Yo como proceso: es el proceso observable de uno mismo. Se refiere a los eventos observables por parte del yo como contexto, los del momento presente. Los eventos que vive ese yo, como recuerdos, sentimientos, sensaciones, pensamientos... Estos eventos sin embargo no son constantes e invariables, ya que no siempre se piensa o recuerda el mismo evento. Esto lo diferencia del yo como contexto, ya que esa experiencia es impermutable. Aquí, en el yo como proceso, la sucesión de eventos varía en función del ambiente. Discriminar esta experiencia del yo puede ser útil para la historia de aprendizaje de cada individuo. Si uno es consciente de su yo como proceso ahora mismo, existen más opciones de poder ajustar las conductas a esas experiencias observadas. Por ejemplo, ser consciente de un enfado que aparece en el sujeto puede permitir que cambie su conducta, ya que habitualmente las sensaciones

e impulsos relacionados con el enfado son agresivas; siendo consciente de estos procesos que emergen en su experiencia, se bifurca el camino entre actuar con la activación fisiológica del enfado o actuar sin ella (si esto ha sido reforzado en su historia de aprendizaje, como conseguir validación social por “no haber pegado a alguien”): así se expande el repertorio conductual. Lo mismo con experiencias como la curiosidad; si se observa algo apetitivo y el yo puede observar ese proceso de apetencia, puede aumentar la probabilidad de búsqueda de aquello. Aquí está experienciándose el Yo distanciándose de las acciones y objetos que aparecen en el entorno, se entrena esta habilidad.

- c) Yo como contenido: comprende el conjunto de experiencias que, desde que se es un ser verbal, designarán y referirán (“llenarán de lenguaje”) a aquello que contacta con su propia conducta y con su yo como contexto. Esta conducta verbal sobre la experiencia se desarrolla simultáneamente a las experiencias vividas fuera del contenido verbal y éste es un resumen útil que permite a otros identificar elementos comunes que el yo proceso ha observado sobre el yo contexto. Por ejemplo, tras varias experiencias apetitivas con alimentos dulces, una persona podría crear un resumen verbal de ser “laminero”. Esta etiqueta se quedaría estable en el individuo y la mantendría, a pesar de que, en determinados contextos, pueda no querer dulce. Se convierte entonces en un arma de doble filo este Yo; y es que el yo como contenido es mucho más elaborado verbalmente que el yo como proceso. Este resumen puede traer experiencias contradictorias: por ejemplo, en un sujeto cuyo contenido esté ser cariñoso, y en una situación evita el contacto con una persona. Esto podría conllevar a la persona decirse algo similar a “no era yo”. El yo como contenido busca

explicaciones y formas de formular su propia historia para hacerla coherente. El cambio de la propia historia se crea intentando que mantenga una consistencia lógica, siendo esta consistencia (o coherencia) un reforzador generalizado en los humanos (Gómez-Martín y cols., 2007). Volviendo al mismo ejemplo, “no fui cariñoso, porque no se lo merecía”. Una parte de este yo contenido es privada, es decir, no se comparte en ningún entorno, y una parte se modifica en función de con quién habla la persona (por ejemplo, a una pareja se le menciona que “soy cariñoso” y a un jefe no). El yo como contenido es una simplificación extrema del yo como proceso observado por el yo como contexto. Esto trae ventajas y limitaciones; si el sujeto da con la información precisa para esa situación con el resumen y es coherente con su búsqueda, encajará y le permitirá ventajas (como comunicar verbalmente el “ser cariñoso” sin demostrarlo en el momento), pero si falla o le aleja de su búsqueda, y ha sido reforzado ampliamente en esta búsqueda y de manera intermitente, mantendrá la búsqueda sin encontrar lo que quiere en ella. Por ejemplo, si en la acción de acceder al contenido de su historia encontró la forma de solucionar el agobio de unos exámenes y el agobio de estar frente a una multitud, podría utilizar en un nuevo contexto esta conducta de indagar en el yo como contenido, como por ejemplo ante una experiencia desagradable de ansiedad. Si en esta búsqueda no consigue encontrar el alivio que sí encontró previamente, y especialmente si ese encontrar fue intermitente (no se daba con lo que se quería en el cien por cien de las ocasiones), podría quedar atrapado buscando en ese yo como contenido, esperando que aparezca esa “ansiada” solución. Este yo como contenido está muy ligado a lo que se conoce como fusión cognitiva. La fusión cognitiva es la tendencia a creer literalmente y vivir como real al yo como contenido, sin ser consciente del proceso

que permitió la aparición de los pensamientos y sentimientos en sí mismo (Hayes y cols., 2011), y creyendo únicamente el contenido generado por este yo, desapareciendo la habilidad de poder observar los otros dos yos (como proceso y como contexto). Al actuar desde el yo como contenido, la persona pasa a actuar desde una conducta gobernada por auto reglas (Törneke, 2016), la cual está basada principalmente en el tracking, que someramente podríamos definir como “obedecer literalmente lo que se la regla dice” (Törneke, 2016), sin basarse en la experiencia directa. El yo como contenido entonces dejaría de gobernar la acción si la persona no se queda fusionada con el contenido que emite este yo, y se abre a observar desde el yo como como proceso al yo como contexto. Este proceso se conoce como descentramiento o defusión (se explicará más adelante). Aquí está la persona experimentando los eventos del presente sin discriminar las experiencias verbales privadas (pensamientos) del yo. Es en este yo en el que se estima que existen las problemáticas mentales, especialmente las relacionadas con las emociones secundarias. Cuando se ha estudiado la relación con los tres yos en adolescentes, se ha encontrado que un concepto flexible (es decir, descentrado o no fusionado cognitivamente) con el yo como contenido correlaciona con factores protectores de salud mental y que un yo como contenido fusionado correlaciona con angustia psicológica (Moran y cols., 2018), indicando junto a otros estudios que es la mayor presencia de un yo como contexto un buen predictor de protección contra, por ejemplo, la depresión (Atkins y Styles, 2016; Moran y cols., 2018).

Estas diferenciaciones entre los tres “Yo” no son claras ni definidas, son un proceso más del lenguaje para describir experiencias y comunicarlas socialmente (Törneke, 2016). En

definitiva podría sintetizarse que el Yo como contexto es la propia experiencia de existir (lo que se conoce como consciencia), el Yo como proceso haría referencia a poder observar la interacción del Yo como contexto con la propia experiencia (la observación cómo se relaciona el Yo como contexto a través de los sentidos y los eventos privados con el ambiente y el propio organismo en el presente) y el Yo como contenido sería el resumen de la historia de aprendizaje del Yo como contexto, marcada fundamentalmente por el lenguaje (los recuerdos, mayormente verbales y secundariamente experienciales de la experiencias del yo como proceso observadas por el yo como contexto). Se puede hipotetizar entonces que el Yo como contenido es al que se haría referencia para describir el origen de las emociones secundarias. En suma, sin una discriminación del Yo de los eventos privados mentales, las acciones realizadas por las personas varían, y se observa que un patrón inflexible de intentar evitar este tipo de experiencias es el que explica una gran parte del sufrimiento humano. Estos Yos descritos, además guardan mucha relación con mindfulness, un elemento común en las terapias de tercera generación (Hayes, Follette, y cols., 2004).

El Yo y Mindfulness

Mindfulness es objeto de controversia, debido a que se utiliza el término para hablar de varios aspectos diferentes, lo que puede dar lugar a confusiones (Hervás y cols., 2016). En el presente trabajo, mindfulness puede entenderse desde la visión contextual-funcional y como proceso. Es decir, de una manera en la que mindfulness es entrenable y comprendido desde la investigación observacional. Desde ACT, se entiende mindfulness como el desarrollo y el entrenamiento del “yo como proceso” (Aguayo y cols., 2015). Esto permite que mindfulness sea un repertorio conductual en el que, enfocando la atención en estímulos discriminativos aversivos, tales como pensamientos, sensaciones u otros eventos privados que el sujeto había aprendido a rechazar, en vez de actuar desde esa evitación aprendida

(Tsai y cols., 2009), se actúa desde la consciencia de tales eventos, abriéndose a que permanezcan ahí, pudiendo interaccionar con ellos desde la observación, la curiosidad o la aceptación (Soler, 2022), es decir, actuando desde el yo como proceso sin necesidad de evitación o escape. La intervención permite la saliencia de acciones funcionales de apertura y acercamiento por encima del escape o evitación que regía, inflexiblemente, antes en el repertorio conductual del sujeto ante los eventos aversivos privados. Así se entiende que la acción de observar un pensamiento como proceso (en concreto lo que realiza el yo como proceso) sería la actividad de pensar como unidad independiente del contenido del pensamiento (y actuar desde ese contenido sería lo propio del yo como contenido) (Aguayo y cols., 2015). Cuando se realiza esta enmarcación deíctica de separarse del contenido mental, esto reduce la propiedad aversiva del estímulo y permite generar conductas alternativas (Aguayo y cols., 2015). Así, parece que mindfulness es un proceso que permite entrenar el yo como proceso, para así poder permitir más experiencias del yo como contexto y también del yo como proceso, y surgiendo así menos experiencias vinculadas a actuar desde el yo como contenido (estando entonces menos fusionado cognitivamente).

El entrenamiento de mindfulness se realiza fundamentalmente desde las prácticas meditativas que surgen del budismo, siendo las más habituales desde un enfoque puramente atencional (García-Campayo y Demarzo, 2018), en el que el proceso vivido es la: “autorregulación de la atención, de forma que se mantiene en la experiencia inmediata, de ese modo permite y aumenta el reconocimiento de eventos mentales que suceden en el momento presente; adoptando una orientación particular hacia las experiencias de uno, caracterizadas por la curiosidad, la apertura y la aceptación” (Bishop y cols., 2004). Retomando la perspectiva de este trabajo, mindfulness estaría entrenando en: (1) seleccionar un ED que esté accesible

siempre para que actúe como CE; clásicamente se utilizan eventos privados de las sensaciones (como sentir la respiración, las sensaciones físicas de caminar, las percepción de partes del cuerpo...), (2) cuando aparezca otro ED que actúe como CE, se entrena en discriminar este proceso para volver al punto 1; habitualmente se entrena cuando un evento privado verbal pasa a ser el ED (por ejemplo el pensamiento de “vaya aburrimiento”). Entrenando esto se hace un cambio que permite, en lugar de actuar desde la fusión cognitiva que suele llevar al escape de ese contenido, se actúa desde la observación en perspectiva (entrenamiento deíctico) del evento privado y se modifica la acción hacia el punto 1 de nuevo. (3) Se dan propuestas de conductas alternativas que se pueden utilizar para experimentar, como son la aceptación, la apertura y la curiosidad, que estarían buscando cambiar la búsqueda que hace la conducta de la evitación al acercamiento, es decir, en un reforzamiento positivo, la búsqueda de algún estímulo que esté disponible en ese momento.

Este proceso que permite mindfulness parece ser beneficioso porque se presupone al yo como contenido como origen del sufrimiento (Errasti-Pérez y cols., 2022). Se teoriza, basado en el funcionamiento del lenguaje desde la TMR y la FAP, que la búsqueda de dar coherencia al Yo contenido para evitar el malestar surgido de la incoherencia no sería necesaria desde una persona que ha aprendido a relacionarse con esos eventos desagradables observados en el yo como proceso por el yo como contexto. Para ello sería interesante conocer si este proceso de cambio del Yo puede ser analizado o influido mediante atributos psicológicos coherentes con la DBT y con el modelo contextual-funcional. Por lo observado hasta ahora, podría ser que este yo como contenido genere muchas de las alteraciones en la regulación emocional del TLP, creando esas emociones secundarias, lo cual es coherente con las alteraciones del yo de la propia sintomatología del trastorno (véase Tabla 1, punto 3). Esto

cobra aún más sentido si se observa que mindfulness es la habilidad más utilizada del entrenamiento en habilidades en el día a día de las personas recuperadas del TLP (Stepp y cols., 2008), por lo que podría ser un indicativo de que detrás de este entrenamiento de mindfulness surgen mejoras gracias a los cambios en el Yo. Cabe observar si algún atributo mide la influencia o existencia de este Yo y su relación con mindfulness.

Delusion of Me (DoM)

Es un concepto que en castellano se entendería como el Engaño del Yo (o ilusión/delirio del yo). Se hipotetizó al encontrar que mindfulness permitía una gran cantidad de beneficios, no solo para el TLP (Sauer y Baer, 2012), sino para multitud de condiciones psicológicas y médicas (Bohlmeijer y cols., 2010; Grossman y cols., 2004; Hofmann y cols., 2010; Ott y cols., 2006), y para multitud de mejoras en la salud global (Aghaie y cols., 2018; Rayan, 2017; Verhaeghen, 2017). Aunque previamente en este trabajo se ha dado una definición contextual de mindfulness, clásicamente se entiende como un entrenamiento atencional unido al desarrollo de la habilidad de aceptar la realidad (Bishop y cols., 2004). Además, existen múltiples mediciones basadas en constructos teóricos, proponiendo a mindfulness como un atributo desde unidimensional (Brown y Ryan, 2004) hasta multidimensional (Bergomi y cols., 2013). Estas medidas clásicas basadas en constructos traen problemas añadidos, como las altas correlaciones entre las partes, que se añaden a la complejidad de la definición de mindfulness, que puede significar hasta 4 procesos diferentes (Hervás y cols., 2016). Para ello, un estudio buscó procesos subyacentes de estas mediciones básicas, que encajan con los conocimientos de las herramientas contextuales. Aunó los constructos teóricos que parecen medir el proceso de entrenamiento del yo como contexto observado a través del yo como proceso, creando así el atributo psicológico que surgiría de la ausencia de este entrenamiento: *Delusion of Me* (DoM) (Soler y cols., 2021).

Cuando alguien actúa desde el DoM, actúa desde el yo como contenido, que realmente es ilusorio, ya que afirma características (por ejemplo, ser simpático) como si fueran estáticas, estables y constantes, en lugar de simples eventos transitorios, funde la identidad del Yo con los contenidos (no existe una discriminación de estas experiencias). Es decir, referencia a que la persona está en fusión cognitiva con los eventos mentales, característica del yo como contenido. Así, vivir desde el DoM parece ser una manera en la que no existe aceptación de la realidad ya que se está apegado al contenido (lo que se conoce como fusión cognitiva). Vivir bajo el DoM, sería vivir sin haber desarrollado esta habilidad. Tal capacidad de reducir el DoM aúna los tres elementos que se considera que facilitan el entrenamiento y la integración de poder observar el yo como contexto gracias al entrenamiento del yo como proceso (evolución que permite el entrenamiento en mindfulness). Cada uno de estos elementos, por sí solo, es una entidad propia, pero existe un proceso subyacente a los 3, la eliminación o reducción del DoM. Estas mediciones, se refieren a la habilidad de aceptar, de descentrarse y de desapegarse, que permiten emerger al yo como contexto en vez de al yo como contenido, mediante el entrenamiento del yo como proceso (realizado habitualmente este entrenamiento con mindfulness), reduciendo el DoM con el entrenamiento de estas habilidades. Estas son fundamentalmente tres:

Aceptar.

En el DoM (Soler y cols., 2021), esta habilidad viene determinada por la subescala de No Juzgar contemplada en el *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer y cols., 2006). Aceptar es la habilidad convivir armoniosamente con la realidad (Linehan, 2014). La aceptación busca experimentar la realidad del mundo, permitiéndola e influyendo eficazmente sobre ella. El proceso de aceptación permite, como se mencionaba

anteriormente, en lugar de actuar desde la evitación, se busca actuar con consciencia en la realidad presente, desde el yo como proceso sin realizar evitación o escape. Un resumen de esta habilidad se puede describir psicoeducativamente (Soler, 2022): la conducta de aceptación es un balance dialéctico entre la apertura a la experiencia y la solución de problemas; apertura ante los eventos no controlables (a pesar de su posible aversividad) e influencia sobre problemas controlables, es decir, la búsqueda del organismo en solventar, eliminar o mejorar un acontecimiento del presente. La aceptación radical (total y completa) busca esa armonía: influir en el mundo que es cambiante del futuro inmediato o lejano, y la total apertura del mundo no modificable del presente. Se estima a la sabiduría como la habilidad de saber discernir entre sendos caminos: lo que es controlable y lo que no. Sin embargo, la posición habitual en el ser humano, especialmente si aparecen eventos desagradables en el presente, es la de no aceptación. Esta se visualiza de dos maneras: por un lado, la resignación que surge cuando no se influye en una realidad sobre la que sí se puede influir. Habitualmente no se influye en ella porque conlleva cierto elemento desagradable o porque no prima en nuestra importancia (por ejemplo: “no le digo a alguien que me repita una frase por vergüenza a que piense que estoy distraído”). Otra manera de ver comportamientos basados en la resignación y sus causas es en el paradigma de la indefensión aprendida, en la que, si una conducta no fue eficaz en un determinado contexto, y la persona generaliza ese patrón conductual, aun cuando se hayan producido cambios relevantes en el contexto, que permitirían la conducta que en el anterior contexto fue castigada (Overmier y Seligman, 1967). Por otro lado, se puede observar la confrontación irracional, que consiste en el deseo de influir en la realidad, sobre todo cuando es dolorosa. Si existen eventos aversivos para la persona, pero no existe control sobre ellos, aun así, la persona intenta resolverlos. Esta resolución suele

darse en un nivel mental, es decir, la persona consigue resolver el evento en su cerebro (aparece en forma de pensamientos la resolución del conflicto), pero luego se encuentra con que esta resolución no es coherente con la realidad, por lo que aparece una doble aversión: la de la situación aversiva y la de la expectativa de que esa situación “debería” ser diferente. Un ejemplo de confrontación puede ser, ante el enfado de un ser querido con nosotros, que “deberíamos” haber actuado de otra manera; es decir, emerge un pensamiento en el que actuamos diferente y la persona no se enfada, lo que soluciona el problema (a nivel mental), pero luego en la realidad, al no suceder esto como nuestra cabeza soluciona, el problema se multiplica. Se estima que esta habilidad de aceptar es más fácil cuando el yo como proceso prima, ya que simplemente observa la experiencias, tal y como se encuentran y por tanto, permite regular mejor la acción (Yu y cols., 2017). Así la aceptación se entendería como la consecuencia natural de entrenarse en el yo como proceso y daría lugar a experiencias del yo como contexto más frecuentes.

Descentrarse.

En el DoM esta habilidad viene recogida por el *Experiences Questionnaire* (EQ) (Fresco y cols., 2007). Se entiende a este proceso también como el de defusión, defusión cognitiva, distanciamiento y otros nombres (Bernstein y cols., 2015). Consiste en la capacidad de observar los propios pensamientos y sentimientos como eventos temporales y objetivos en la mente, en oposición a verlos como reflejos necesariamente verdaderos del yo (Safran y Segal, 1990). Se puede entender metafóricamente (Soler, 2022); tratando a la mente como si fuera una sartén y los pensamientos el alimento a cocinar sobre ella. Así, existen dos formas de convivir con los pensamientos en la sartén: una es sin teflón; cuando la sartén no tiene teflón, el pensamiento se queda agarrado, se pega a la mente y al final, acaba siendo parte de

la sartén. Por el otro lado, estaría la sartén (mente) con teflón (descentramiento), que cuando aparecen los alimentos (los pensamientos), no se quedan adheridos, sino que fluyen sobre su superficie, hasta que se van (la experiencia que se vive desde el yo como proceso). Así se entiende el descentramiento como una habilidad de no quedarse atrapado por los pensamientos. Retomando la visión del yo de Tsai y Kohlenberg (2001), sería cuando existe una discriminación entre sujeto y la acción privada de pensar verbalmente. Cuando una persona queda pegada a los pensamientos, suele correlacionarse con la característica de que no está aceptando la realidad y está buscando influir sobre ella. Por ejemplo, una persona en la que emerge un pensamiento de “soy un inútil”, suele venir con un deseo de influir sobre ese pensamiento, buscando solucionarlo, a veces, buscando las causas y a veces señalando los errores, con el fin de que el problema de “ser un inútil” cese. Esto sucede porque la persona se identifica con ese pensamiento, se lo cree y lo toma como parte de la realidad. Volviendo a la explicación contextual, sería precisamente ese momento de poder diferenciarse del yo como contenido, a través del entrenamiento con el yo como proceso. Sería la parte más saliente del propio entrenamiento en enmarcar el yo como proceso. En vez de creerse ese resumen del yo como contenido y quedar atrapado para darle coherencia, se observa desde el yo como proceso y se le ve como diferente del yo como contexto.

Desapegarse.

Consiste en, de una forma flexible y equilibrada, relacionarse con las propias experiencias sin aferrarse a ellas ni reprimirlas (Sahdra y cols., 2010). Desapegarse implica una actitud de apertura, un abandono de la presión para obtener, mantener, evitar o cambiar las circunstancias del presente (Feliu-Soler y cols., 2016). El DoM mide esta habilidad a través de la *Non-Attachment Scale* (NAS) (Sahdra y cols., 2015). Permite la percepción de la

naturaleza transitoria de las representaciones mentales, por lo que es menos probable que un individuo no apegado se quede atascado en el procesamiento autorreferencial cuando se enfrenta a la adversidad, adoptando una actitud más compasiva y equilibrada (Desbordes y cols., 2015; Sahdra y cols., 2010). Se puede comprender psicoeducativamente (Soler, 2022): cuando una persona experimenta la realidad, lleva una historia de aprendizaje detrás. Esta historia de aprendizaje, junto con su biología y fisiología permite que la persona adquiera una serie de preferencias en las diferentes situaciones que se le presenten. Estas preferencias que se observan en cualquier humano pueden reflejarse también en un animal, que selecciona aquel estímulo concebido como el más adaptativo para esa situación (el que ejerce de CE). Tener preferencias, sin estar aferrado a ellas, sería el comportamiento esperable: si la preferencia está disponible, se seleccionará, es decir, se cogerá del entorno, aquello disponible que más se prefiera (CE). Sin embargo, en el ser humano, emerge una característica diferente: en algunas ocasiones transforma su exigencia en un deseo de influencia. Esto quiere decir que exige a la realidad que estén presentes sus preferencias, a pesar de que en ese momento no estén disponibles (solo están disponibles en forma de pensamiento). Por ejemplo, un conejo, puede preferir comer zanahoria frente al rastrojo de paja si está en un entorno en el que sendos alimentos están presentes: si se presentan las dos, seleccionará una de ellas, pero nunca, ante la ausencia de una de ellas, le aparecerá la cognición de “debería haber zanahorias”. En el ser humano surge este deseo de influir cuando la preferencia es importante (se convierte en el EC). Aunque si observamos investigaciones de la psicología comparada podemos intuir que la presencia de expectativas es posible en animales también (Tolman y Honzik, 1930), queda claro que los humanos, debido al lenguaje quedamos mucho más atrapados por ellas.

Desapegarse consiste en poder soltar aquellos elementos que no estén disponibles y dejar venir a aquellos que surjan en el presente: en vez de intentar influir sobre ellos, buscando acortar o alargar los tiempos de las experiencias, se permiten durar el tiempo que duren. Esto incluye a los pensamientos, emociones, sensaciones e impulsos. Desde el punto de vista contextual, se entendería a este proceso como la habilidad de poder diferenciarse del yo como contenido, observando especialmente la historia de aprendizaje que emerge detrás del yo como proceso en ese instante, y elegir llevar al yo como proceso por el camino disponible, bajo sus preferencias que más le favorezca, sin buscar caminos alternativos no disponibles, que son solo observados como pensamientos.

Así, reducir el DoM sería una forma de entender el proceso de poder defusionarse del contenido mental, es decir, poder soltar la acción de pensar autobiográficamente, que parece ser la causa del sufrimiento (Brown y Leary, 2016), permitiendo que se extingan conductas de no aceptación, gracias a no estar apegado a las experiencias agradables y a no estar priorizando necesariamente evitar las desagradables. Volviendo al lenguaje contextual, permitiría entrenarse en enmarcar décticamente y reforzar el Yo Contextual, como fuera de los eventos aversivos privados, gracias a las experiencias vividas y entrenadas por la observación del Yo como Proceso, permitiendo un nuevo repertorio conductual en el que no sea necesario priorizar la evitación de los contenidos mentales.

En la exploración del constructo en España (Soler y cols., 2021), se encontraron datos como para sugerir la existencia del DoM como subyacente a los procesos de aceptación, descentramiento y desapego ya que las características únicas de cada escala eran mínimas

en comparación con los aspectos comunes compartidos presentes en el factor DoM. Esta investigación encontraba correlación inversa entre la psicopatología depresiva y el DoM, aunque propone más estudios para analizarla longitudinalmente y en población psicopatológica. También parece ser un potencial factor protector debido a su correlación positiva con la resiliencia (Ristevska-Dimitrovska y cols., 2015). De hecho, cuando la resiliencia, la depresión y el DoM se consideraban juntos, la resiliencia perdía su poder explicativo sobre las puntuaciones de los síntomas de depresión y quedaba sumergida por el poder del DoM para explicar el estado de ánimo depresivo, sugiriendo así a la resiliencia como una consecuencia de aprender la habilidad de reducir el DoM.

No obstante, las escalas de mindfulness actuales reflejan importantes diferencias conceptuales y ninguna puede ser claramente recomendada en función de sus propiedades psicométricas (Park y cols., 2013). Además, están basadas en constructos teóricos clásicos del budismo en vez de en los resultados observacionales puestos a prueba en estudios experimentales (a diferencia de las teorías del lenguaje y la cognición de la FAP y la ACT). Así, la medición del DoM podría ser una alternativa como variable, ya que sus tres constituyentes se han estudiado como procesos de cambio en enfoques clínicos de “tercera generación”: depresión, ansiedad, trastornos por uso de sustancias y trastornos de personalidad (Alsubaie y cols., 2017; Lynch y cols., 2006; Penberthy y cols., 2015) y parecen ser elementos transdiagnósticos en diferentes poblaciones (Gloster y cols., 2023; Van Bockstaele y cols., 2020; Villanueva y cols., 2019). Parecería ser que entrenando la reducción del DoM podría el individuo realmente estar utilizando las tres habilidades a la vez de aceptación, desapego y descentramiento, es decir, podrían ser la clave del entrenamiento que permite mindfulness del yo como proceso. Así, la habilidad de reducir el DoM es propuesta como una medida de rasgo (es decir, como una conducta generalizada

en la conducta del sujeto), que puede ser entrenada mediante mindfulness, aunque no se encuentra aún en la literatura un mecanismo de acción propuesto para este constructo. Cabe esperar si existe algún tipo de evidencia que pueda relacionar el DoM con el TLP y entender cómo este DoM podría ligarse al malestar/sufrimiento desde la visión clásica de Mindfulness, desde donde surge.

La relación entre DoM, Sufrimiento y Mindfulness.

Las emociones secundarias encajarían con la idea de sufrimiento que se trabaja en las terapias contextuales. Dentro de ellas, ya sea en forma psicoeducativa, con ejercicios prácticos o con meditaciones, se suele diferenciar entre dolor y sufrimiento, recreando las enseñanzas budistas clásicas relacionadas con las cuatro nobles verdades (Lama, 2018). Con estas cuatro nobles verdades, Buda buscaba guiar a la mayor libertad, paz y felicidad duraderas que había encontrado (Teasdale y Chaskalson, 2011), y para experimentarlas proponía su exploración, puesta a prueba y verificación desde la propia experiencia, en lugar de ser creídas como fe ciega (Batchelor, 1997). Es este sufrimiento el que notifican los pacientes como el que más malestar les genera en el día a día (Perseus y cols., 2005). Para lidiar con él, las enseñanzas de Buda buscaban dar una guía.

De forma somera, la primera verdad propone que existe el Dukkha. Dukkha referencia a todo aquello que deja en la persona una sensación de insatisfacción, de incompletitud, una sensación de que, de alguna manera, se está perdiendo todo el potencial de la vida (Teasdale y Chaskalson, 2011). Buda buscó con esta verdad, en vez de personalizar esa sensación y ocultarla, el poder universalizarla, como parte natural de la vida del ser humano (Hayes y cols., 2011). El primer dominio de dukkha es la insatisfacción relacionada con la aparición del dolor: dolor físico, dolor emocional, soportar situaciones desagradables, no obtener lo

que se quiere, estar separado de lo que se ama... Estas situaciones se experimentan claramente como desagradables y son inherentes a la vida; el problema (el dukkha) surge en cómo nos relacionamos con ello. Por ejemplo, con la muerte de personas cercanas, con la pérdida de facultades físicas o con el daño físico, surgiría el dolor, y si la persona vive lo suficiente, experimentará inevitablemente este tipo de situaciones a lo largo de su vida. Culturalmente se cree que cuantas menos situaciones dolorosas aparezcan en la vida, más cerca se estará de la felicidad. Para el budismo, y para las terapias contextuales, es en esta idea donde puede surgir el Dukkha; cuando intentamos escapar de cualquiera de estas situaciones dolorosas inevitables, que surgen por el hecho de vivir (Soler, 2022), volviendo a recordar estas enseñanzas a los procesos del DoM mencionados anteriormente. La segunda noble verdad hace referencia a esta resistencia a que aparezca un dolor que es inevitable es lo que parece estar detrás de muchas psicopatologías, de una manera transdiagnóstica; lo que se puede vincular al patrón de evitación experiencial (Luciano y Hayes, 2001) que se ha descrito previamente al explicar la visión contextual de mindfulness. Un ejemplo se puede dar en la depresión, donde podría existir, por un lado, simplemente un sentimiento de tristeza y por otro lado, el Dukkha, que transforma ese sentimiento en un estado de depresión más intenso y persistente cuando se le suma el pensamiento rumiativo (Teasdale y Chaskalson, 2011); un pensamiento rumiativo que busca la evitación experiencial de esa sensación de tristeza. Este sufrimiento que se origina con la inflexibilidad de los patrones evitativos podría entenderse más detallada y específicamente en el TLP con las emociones secundarias. Retomando la visión que describe Buda (Teasdale y Chaskalson, 2011), cuando alguien que no vive desde el camino de las cuatro nobles verdades experimenta un sentimiento corporal doloroso, “se preocupa y se aflige, se lamenta, se golpea el pecho, llora y se angustia”; y es así como experimenta dos tipos de

sentimientos, uno corporal y otro mental. Una persona instruida en el camino y que entiende el mundo desde la visión de Buda, cuando experimentase un sentimiento corporal doloroso, “no se preocuparía, ni se afligiría, ni se lamentaría, no se golpearía el pecho, ni lloraría, ni se angustiaría”; pasaría así a, simplemente experimentar el sentimiento corporal doloroso, sin añadir el mental, gracias a la apertura a la experiencia.

Como se mencionaba previamente, el TLP se entiende como un Trastorno Generalizado de la Regulación Emocional (Sicorello y Schmahl, 2021). Es decir, los patrones evitativos, podrían verse mayormente influidos por las emociones, que se experimentan como especialmente aversivas si se atiende al modelo biosocial (Linehan, 2014). El Dukkha es tanto el malestar como la insatisfacción relacionada con el cambio, ya que, el ser humano busca que las experiencias de felicidad y alegría continúen indefinidamente, aun cuando esto no es posible (Teasdale y Chaskalson, 2011), volviendo a retomar el proceso de desapego que se mencionaba en el DoM. Aquí se puede observar de nuevo la asociación de este tipo de búsqueda con la evitación experiencial, ya que serían aquellos patrones de respuesta que buscan evitar acabar con la sensación placentera en cualquier contexto. En el TLP, por ejemplo, se podría observar que las personas con diagnóstico TLP que comparten momentos sociales, están pendientes rumiativamente en la posibilidad de que esa persona con la que están interactuando les acabe abandonando o traicionando, más que de estar pendiente de la interacción o de la búsqueda placentera inicial. Un tercer dominio del Dukkha es la condicionalidad; ya que las experiencias son poco confiables y están sujetas a múltiples condiciones, tremendamente complejas e incontrolables (Teasdale y Chaskalson, 2011), por lo que los patrones de búsqueda de control y predicción se podrían observar en la evitación.

En suma, las Cuatro Nobles Verdades son: (1) que “la vida conlleva dolor”; (2) “el origen del sufrimiento”; (3) “el cese del sufrimiento”; y (4) “el camino para lograrlo”. Conociendo la Primera Noble verdad se busca dar herramientas para abordar el sufrimiento de otra manera; con una consciencia abierta, valiente y curiosa, una y otra vez; pudiendo soportarlo hábilmente, para así poder comenzar el camino hacia una mayor libertad y felicidad (Teasdale y Chaskalson, 2011). La segunda noble verdad, de hecho, referencia a la forma tradicional de relacionarse con este sufrimiento: la causa del Dukkha es el anhelo o deseo, el estar siempre en la constante búsqueda de satisfacer deseos, cuando algunos no son posibles. Es el apego a que la experiencia sea de una determinada manera, cuando la experiencia en sí misma no es el problema, el problema es nuestra relación con ella, la necesidad de que sea de una manera particular. Nuevamente se vería esta tendencia en los patrones evitativos, donde no se actúa desde una aceptación de la realidad, si no que constantemente se actúa desde un deseo de que esta cambie, se vive apegado a ello. La idea entre el camino que se propone y el camino aprendido es el de: en vez de generar rechazo a la experiencia desagradable, es la propuesta de la apertura a esa experiencia a pesar de su cualidad desagradable. Estas formas de apego que existen, Buda las diferenció en 3 principales; el deseo de los placeres de los sentidos, el deseo de ser y el deseo de no ser, que podrían entenderse como las 3 formas de estar apegado a las experiencias que se reflejan en el DoM. Desde la enseñanza de Buda la propuesta es de poder soltarlo: “nada en absoluto debe ser agarrado o aferrado como “yo” o “mío” (Bhikkhu, 1989). Desde aquí se puede observar también ese patrón de descentramiento del DoM, de poder soltar cuando no surge el apego. Así para Buda, desde esta “Tercera Noble Verdad” la cesación de dukkha es posible y debe realizarse a través de la cesación del anhelo, es decir, desde el desapego. La Cuarta Noble Verdad describe un programa de entrenamiento integrado, conocido como El

Noble Camino Óctuple que permite llegar a ese cese. Este Dukkha o sufrimiento, parece encontrarse fundamentalmente en personas que padecen TLP en su relación con las emociones (Peter, 2019). Podría hipotetizarse como uno de los focos principales dentro de las problemáticas de regulación emocional e incluso como una problemática mayor.

Por ello, si el DoM parece estar asociado con la práctica de mindfulness, y siguiendo las recomendaciones de la guía NICE (2009), se podría proponer al DoM como una medida de cambio clínicamente relevante, que ayudaría a responder las necesidades encontradas para el TLP de ayudar a mejorar aspectos de la calidad de vida, del funcionamiento y de los síntomas, pudiendo ser un añadido necesario incluso para la desregulación emocional, ya que parece necesario para el surgimiento de las emociones secundarias. Para ello es fundamental conocer si se han aplicado intervenciones de mindfulness para la disregulación emocional o si se ha aplicado mindfulness para mejorar el DoM.

Entrenamiento de la Habilidad de Mindfulness en el TLP

Se han utilizado intervenciones de mindfulness para el TLP a pesar de que se esperaba que mindfulness pudiera tener un componente yatrogénico para esta población (Williams y Swales, 2004). De hecho, a veces se ha observado más presente la estrategia de mindfulness con respecto, por ejemplo, a utilizar herramientas de distracción ante estímulos emocionales intensos, lo que podría explicar parte de la problemática del TLP (Fitzpatrick y Kuo, 2016). Así, puede entenderse que lo importante es la funcionalidad que cumple mindfulness y no tanto su uso como estrategia, ya que en algunos estudios se ha observado que el entrenamiento de mindfulness no aparecía como determinante para las mejoras clínicas (Lee y cols., 2022). Todo esto es coherente con la insistencia de las terapias contextuales funcionales que inciden en la funcionalidad de las habilidades. También es importante la

cantidad de entrenamiento de mindfulness, ya que, sin una adecuada intensidad, no se logran resultados clínicos satisfactorios (Keng y cols., 2019). Gracias al trabajo de Marsha Linehan se empezó a observar el potencial que tenía mindfulness, llegando a concluir Williams y Swales (2004) que, redirigiendo el enfoque de mindfulness a sus raíces, se ha conseguido que sea una herramienta validante de aceptación y alentadora hacia los cambios que pueda realizar el paciente. Mindfulness podría estar ayudando a generar en los pacientes la habilidad de: (1) exponerse al malestar, prevenir respuestas y extinguir o enmascarar respuestas emocionales ineficaces; (2) aprender nuevas respuestas hábiles a estímulos emocionalmente intensos y; (3) mejorar el control atencional, la orientación atencional y la discriminación de estímulos (Lynch y cols., 2006). Esto se observa en pacientes jóvenes, que suelen mostrar la necesidad de aprender a consolidar la habilidad de mindfulness para que el tratamiento de la DBT sea eficaz (Lakeman y Emeleus, 2020). En suma, se atisba que mindfulness es una herramienta necesaria (y no complementaria) dentro de la DBT (Chapman, 2006).

Respecto a la eficacia de la habilidad mindfulness de la DBT en el TLP se encuentran diversos estudios que orientan hacia las ventajas que permite su entrenamiento. La habilidad de mindfulness ayuda a los pacientes a disminuir las reacciones emocionales y a enfrentarse a situaciones estresantes (Mehlum, 2021). Además, cuando se aplicó con Realidad Virtual la habilidad de mindfulness en una paciente con TLP se encontró una mejora en los impulsos de suicidarse, de autolesionarse, de abandonar la terapia, de usar sustancias y una reducción de las emociones negativas tras el uso de la Realidad Virtual (Navarro-Haro y cols., 2016). En 146 clientes de una clínica de salud conductual, la adquisición de la habilidad de mindfulness predijo disminuciones en la depresión, el estrés y la desesperanza (Van Swearingen y Lothes, 2022). No solo beneficia en el TLP, sino que también puede ayudar

en los familiares, ya que en 108 familiares de 83 pacientes diagnosticados de TLP, cuando se aplicaba la DBT con un módulo extra de mindfulness, se encontraba que la intervención ayudaba tanto a los pacientes como a los familiares a mejorar en aspectos clave (Guillén y cols., 2022). También se ha encontrado que las mejoras en mindfulness se asocian con mayores niveles de bienestar emocional y un uso menos frecuente de los servicios de atención médica entre las mujeres con TLP que han recibido la DBT (O'Toole y cols., 2012). Cabe a su vez explorar si mindfulness ha sido utilizado para la regulación emocional que caracteriza, según se ha repasado anteriormente, a este trastorno.

Disregulación Emocional, DBT y el Entrenamiento en Mindfulness.

Retomando la visión clásica del sufrimiento en el TLP propuesto por Linehan, la regulación emocional sería la piedra angular sobre la que se manejan las mejoras y la sintomatología clínica (Natividad y cols., 2023; Snow y cols., 2020), teniendo niveles más bajos las personas con TLP que sujetos sanos (Salgó y cols., 2021) y encontrando resultados que han demostrado que las mejoras en la regulación de las emociones están vinculadas a resultados más favorables en el TLP (Axelrod y cols., 2011; Kramer y cols., 2016; McMain, Fitzpatrick, y cols., 2018; Mehlum, 2021). No solo sucede con la DBT completa, sino que se observa que el entrenamiento en habilidades de la DBT marca avances en las mejoras de esa regulación emocional (Heath y cols., 2021; Keng y cols., 2021; Lee y cols., 2022). De hecho, una regulación emocional baja parece ser la variable que explica en mayor medida la frecuencia de las autolesiones (Fitzpatrick y cols., 2020) y que es el entrenamiento de la regulación emocional el que marca mayor tendencia en las reducciones de sintomatología clínica (Lee y cols., 2022). También se ha constatado que el entrenamiento de habilidades se muestra como eficaz para las mejoras en la regulación emocional en pacientes con

sintomatología TLP (n=100), aun cuando son pacientes que no se autolesionan (Kells y cols., 2020).

No obstante, cuando se ha intentado realizar investigación básica sobre la disregulación emocional y el TLP, a pesar de que era un estudio con una muestra pequeña (n=55), se observaba más un funcionamiento emocional basal anormal que problemas de disregulación emocional (Kuo y cols., 2016). También, cuando se ha comparado a personas con TLP y participantes sanos (n=55), las personas con TLP no mostraban déficits significativos en su capacidad de mejorar las habilidades de regulación emocional y, de hecho, con el tiempo, exhibían un mayor fortalecimiento del uso de mindfulness, por encima de las herramientas de distracción (Metcalf y cols., 2017). Es justamente este patrón de desconectarse de la emoción mediante la distracción el que parece diferenciar al TLP de otras psicopatologías (Fitzpatrick y cols., 2022). Así, el etiquetado de emociones (parte de la regulación emocional) no parecía ser una estrategia útil para reducir emociones negativas en personas con TLP, cuando sí que lo es para sujetos sanos (Fitzpatrick y cols., 2019).

Buscando la característica distintiva de mejora que podría brindar la habilidad de mindfulness se encontró que cuando se aplicó en 35 pacientes con TLP un módulo extra de mindfulness de la DBT, este tuvo un impacto positivo con respecto a las mejoras clínicas y a una menor reactividad emocional autoinformada en comparación con el grupo de comparación que recibía la intervención habitual (Feliu-Soler y cols., 2014). A esto se suma que, en un estudio realizado a 342 adultos jóvenes, se encontró que mindfulness se relacionaba inversamente con las características del TLP y las áreas centrales de dificultad, y estas asociaciones continuaban incluso cuando se controlaba por variables clínicas como el neuroticismo, habilidades como la efectividad interpersonal, e incluso la propia regulación

emocional que caracteriza al trastorno, concluyendo entonces a los déficits en mindfulness como una parte integral de las características del TLP (Wupperman y cols., 2008). Estos resultados fueron registrados también en una muestra psiquiátrica con 70 participantes diagnosticados con TLP (Wupperman y cols., 2009). Es decir, la regulación emocional explica parte del proceso, pero parece observarse que falta algún mecanismo por hallar que se vincula a mindfulness. Es ahí donde el DoM podría adquirir relevancia.

Entrenamiento de la Habilidad de Mindfulness en el DoM.

Desde el surgimiento del DoM como constructo (Soler y cols., 2021), solo se encuentra investigado en forma de artículos en una propuesta (García-Campayo y cols., 2023), sin que hasta la fecha existan resultados que poder analizar ni reseñar, ni en bases de datos como *Pubmed*, *ScienceDirect*, ni si quiera *Google Scholar*. No obstante, sí que existe amplia literatura de los beneficios de las medidas en las que está basado para diferentes problemáticas (No-juzgar del FFMQ, el EQ y la NAS).

Un estudio encontró en 52 pacientes con diagnóstico TLP que mejorar la habilidad de mindfulness sin juzgar y con aceptación correlacionaba con la mejora de los síntomas TLP mientras se realiza la DBT (Perroud y cols., 2012). Incrementar esta habilidad de mindfulness explica reducciones de síntomas depresivos en adultos cuando se aplicaba un programa de DBT en hospitalizaciones parciales (Mochrie y cols., 2019). En un estudio controlado aleatorizado con 84 pacientes con diagnóstico de TLP a los que se aplicaba el entrenamiento de habilidades de la DBT durante 20 semanas, se encontró que las habilidades de mindfulness sin juzgar mediaban en la reducción de conductas lesivas sin intención suicida (Krantz y cols., 2018). Otro estudio que aplicaba un entrenamiento de habilidades de la misma duración y en la misma población, pero en un entorno comunitario de salud

mental (n=35) encontró que mindfulness desarrollaba la consciencia y fomentaba una postura sin prejuicios, influyendo en las reducciones de la sintomatología del TLP, la depresión y la angustia, siendo también la habilidad de no juzgar la que predecía una reducción del uso hospitalario (Mitchell y cols., 2019). Otro estudio controlado aleatorizado que entrenaba las habilidades DBT también durante 20 semanas observó nuevamente que esta habilidad de aceptar sin juzgar mediaba con mejoras en la psicopatología general (Zeifman y cols., 2020). Asimismo, se encontró que las fluctuaciones en la faceta de no juzgar predecían la expresión de los síntomas del trastorno (Eisenlohr-Moul y cols., 2016). Esta observación es rescatada también, curiosamente, por una Inteligencia Artificial que usa modelos de aprendizaje automático (bosque aleatorio) encontrando como predictor clínico relevante de la DBT, la capacidad de “no juzgar” de mindfulness (Jiménez y cols., 2022). Así la habilidad de mindfulness y en concreto la habilidad de poder aceptar sin juzgar parece hallar un impacto significativo en la mejora, aunque se queda una incógnita abierta: cómo se producen los cambios realmente (Mehlum, 2021). De hecho, esta aceptación es un elemento transdiagnóstico que, por ejemplo, se ve clave en el manejo del dolor, la ansiedad y el pánico (Eifert y Heffner, 2003; Hayes y cols., 1999; Levitt y cols., 2004; Treanor y cols., 2011) y es un factor protector para la regulación emocional y el bienestar psicológico (Campbell-Sills y cols., 2006; Kashdan y cols., 2006). Algunos autores hipotetizan que esta aceptación sin juzgar puede ayudar a contrarrestar los sentimientos de vergüenza, o puede ayudar a reducir la fuerte tendencia a juzgar la propia experiencia como buena o mala y luego tomar medidas para evitar esta experiencia, por ejemplo, a través de la autolesión (Krantz y cols., 2018). Aquí es donde el DoM podría ser un constructo de vital importancia, ya que podría ser coherente su fundamentación y funcionamiento con la mejora que se observa en el TLP en estos estudios, y podría dar así

respuestas a los mecanismos de acción que parecen influir, siendo la habilidad de no juzgar uno de los 3 pilares del DoM. A esto se añade que, en supervivientes de intentos suicidas, la habilidad de no juzgar mejoraba tras la realización de retiros que utilizaban componentes de las Mindfulness-Based Interventions (MBI) (Scocco y cols., 2019). Esta habilidad predice igualmente niveles más bajos de depresión, ansiedad y estrés (Cash y Whittingham, 2010) y correlaciona negativamente con las creencias negativas sobre la incontrolabilidad y también negativamente con la necesidad de controlar los pensamientos (Solem y cols., 2015). También existe un ensayo controlado aleatorizado que observa efectos significativos para las estudiantes mujeres de medicina y psicología que, tras una intervención con un programa de siete semanas de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR), mostraban una reducción del estrés en el estudio y un aumento de esta habilidad de aceptación (Vibe y cols., 2013). Respecto a artículos de investigación primaria, un artículo encuentra validez de constructo en la relación entre la habilidad de no juzgar y la aceptación, sin necesidad de incluir la no reactividad (Duan y Li, 2016). También se ha examinado la eficacia de un MBI de 6 semanas encontrando una mejora en la habilidad, en los niveles de compasión y autocompasión, y una disminución significativa en el estrés tras el tratamiento y a los 3 meses (Suyi y cols., 2017).

A esta evidencia a favor del “No Juzgar” del DoM se añade que aplicando el entrenamiento de la habilidad de mindfulness de la DBT en 102 personas con diagnóstico de TLP, que el descentramiento era mecanismo de acción principal, lo que sugiere que esta habilidad es un componente principal para el tratamiento del TLP (Schmidt y cols., 2021), que nuevamente está recogida por el DoM como otro de los 3 pilares. Esta habilidad de descentramiento se ve como una de las claves de mindfulness (Teasdale y cols., 1995) y está asociada de forma inversa con la ansiedad y los síntomas depresivos (McCracken y Gutiérrez-Martínez,

2011; Teasdale y cols., 2002), viéndose en intervenciones basadas en mindfulness cómo la capacidad de descentramiento se asociaba a la reducción de la ansiedad y la sintomatología depresiva y el incremento del afecto positivo (Bieling y cols., 2012a; Gayner y cols., 2012; Lau y cols., 2006; Teasdale y cols., 2002) así como a otros indicadores de salud mental relacionados con mindfulness (Fresco y cols., 2007; Hoge y cols., 2015; Jislin-Goldberg y cols., 2012; Lau y cols., 2006).

De hecho, se sigue observando esta relación de mindfulness con el descentramiento (Biehler y Naragon-Gainey, 2022). El descentramiento mejora con una terapia para la regulación emocional (ERT) en cuidadores de pacientes con cáncer con estrés psicológico (O'Toole y cols., 2020), comparando la línea basal (pre-intervención) con respecto a mitad del tratamiento, al post, al seguimiento a los 3 y 6 meses. En todas las mediciones temporales había una mejora, siendo estos resultados significativos ($p < 0,001$) y las medidas tenían un importante tamaño del efecto ($g = 1,00$). Además, la media incrementaba con el tiempo, excepto entre el seguimiento de los 3 meses y los 6, que bajaba levemente. También en una actualización del estudio (O'Toole y cols., 2021) encontraron que, a pesar de la bidireccionalidad de los resultados, parece que los cambios en el descentramiento preceden a los cambios en la preocupación.

En un estudio con universitarios japoneses se observó que cambios en la reevaluación cognitiva predecían cambios en el descentramiento, pero no al revés, por lo que se sugiere que el uso habitual de la reevaluación cognitiva fomenta el descentramiento (Kobayashi y cols., 2020).

Otro estudio mostró en una terapia grupal cognitiva-conductual para el trastorno de ansiedad social que el procesamiento anticipatorio fue un indicador principal de cambio en

el descentramiento, pero no al revés, lo que indica que el cambio en el procesamiento anticipatorio está conduciendo a un cambio en el descentramiento, pudiendo ser que la reducción del procesamiento anticipatorio esté liberando los recursos cognitivos para que ocurra el descentramiento (Hayes-Skelton y Marando-Blanck, 2019). También se ha encontrado que los cambios en el descentramiento y la reevaluación preceden temporalmente a la reducción de síntomas durante la terapia de regulación emocional para el trastorno de ansiedad generalizada con y sin depresión concomitante (O'Toole y cols., 2019). Los cambios en el descentramiento precedieron temporalmente a los cambios en la preocupación y el rasgo de ansiedad de mediana a gran magnitud, y los cambios en la reevaluación cognitiva precedieron temporalmente a los cambios en los resultados en preocupación, ansiedad y ansiedad generalizada, de mediana a gran magnitud. La dirección inversa, donde los mediadores fueron predichos por los resultados, no fue significativa, indicando que el descentramiento está involucrado en la reducción de la preocupación y la ansiedad en el trastorno de ansiedad generalizada (O'Toole y cols., 2019).

Se ha medido el EQ en diferentes poblaciones encontrando que las puntuaciones no están sesgadas en función de la pertenencia al grupo y pueden compararse entre individuos que varían en edad, raza/etnicidad, género y experiencia en meditación; también se encontró que las puntuaciones de descentramiento son más altas para los hombres, las minorías raciales/étnicas, los adultos mayores y las personas con más experiencias de meditación (Naragon-Gainey y cols., 2020).

Tras una intervención de MBSR en población sana, el descentramiento también mejora (Roca y cols., 2019). Un estudio neuropsicológico sugirió que el descentramiento con respecto a los eventos internos puede implicar la modulación de la actividad de la Red

Neuronal por Defecto (DMN) mediada por procesos atencionales y ejecutivos, posiblemente reflejada por una conectividad de la DMN alterada entre redes como la Red de Control Frontoparietal, la Red de Salencia y/o los subsistemas de la DMN (King y Fresco, 2019). Cuando se han buscado los mecanismos del descentramiento, parece encontrarse evidencia que sugiere que el descentramiento incluye: (1) las interrelaciones teorizadas entre la metaconciencia, la desidentificación de la experiencia interna y la reactividad reducida hacia el contenido del pensamiento; (2) las vías a través de las cuales estos procesos metacognitivos contribuyen a la salud mental; y (3) el papel saludable teorizado de estos procesos como mecanismos de acción en las MBI (Bernstein y cols., 2019).

En un estudio se aplicó ERT en población con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) con o sin trastorno depresivo mayor, encontrando que los participantes aumentaron significativamente en descentramiento con un tamaño de efecto grande (Scully y cols., 2019). También se observó en este estudio que los aumentos en la conectividad funcional entre el córtex cingulado posterior – giro medio occipital se correlacionaron positivamente con las ganancias vinculadas a la ERT en el descentramiento. De manera similar, los aumentos en la conectividad funcional entre el córtex cingulado posterior y la circunvolución precentral de la banda motora se correlacionaron con las ganancias en el descentramiento. Los aumentos en la conectividad funcional entre el córtex cingulado posterior y las áreas premotoras de la corteza prefrontal dorsolateral se correlacionaron positivamente con las ganancias en el descentramiento (Scully y cols., 2019). Otro estudio los participantes mostraron mejoras significativas en el descentramiento tras participar en una sesión de ayahuasca (Domínguez-Clavé y cols., 2019).

Se han observado estrategias de regulación emocional comunes entre el TAG y el trastorno

de ansiedad social (TAS), que incluyen cambios en el descentramiento (Abasi y cols., 2018). Tras 12 sesiones de terapia grupal cognitivo-conductual para el TAS aparecían aumentos en el descentramiento y el aumento del descentramiento se asoció con mejores resultados (Hayes-Skelton y Lee, 2018). El cambio en el descentramiento predijo una mejoría en la mayoría, pero no en todas las medidas relacionadas con las sintomatologías y aquellos que ya no cumplían con los criterios para el TAS después del tratamiento tuvieron un cambio significativamente mayor en el descentramiento a lo largo de la terapia y puntajes de descentramiento significativamente más altos en el postratamiento en comparación con aquellos que conservaron un diagnóstico de TAS después del tratamiento. Finalmente, los cambios en el descentramiento predecían los cambios en la reevaluación del cambio en todas las medidas de resultado (Hayes-Skelton y Lee, 2018).

En un estudio tanto para jóvenes que se estaban recuperando de la depresión como para sus padres, se encontró tras una intervención de MBCT, que las puntuaciones de descentramiento aumentaron (Racey y cols., 2018). En estudiantes universitarios que experimentan dificultades debido al perfeccionismo se encontró tras una intervención de MBCT que mejoraba el descentramiento y se mantenía a las 10 semanas de seguimiento (James y Rimes, 2018). En un estudio con mujeres embarazadas que no experimentaban depresión mayor, tras aplicar el programa Mother and Babies, no se encontraron diferencias significativas con respecto al descentramiento (Tandon y cols., 2018). Otro estudio que aplicaba ERT para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD) y el trastorno depresivo mayor (MDD) observó ganancias en el descentramiento desde la línea basal hacia el postratamiento y el seguimiento tanto a los 3 como 9 meses (Renna y cols., 2018). En la comparación de un MBI con la ayahuasca se encontró que el descentramiento mejoraba significativamente más con MBI que con la ayahuasca (Soler y cols., 2018). En un ECA de

ERT para el TAG con y sin depresión coexistente se encontró que el descentramiento era una de las variables relevantes para la mejora (Mennin y cols., 2018).

También se ha visto que la relación entre la activación de la corteza prefrontal ventromedial y las emociones positivas durante la recuperación está mediada por el descentramiento (Yang y cols., 2018). Un ECA con empleados a los que aplicaron un programa de prácticas breves de mindfulness (M-BIP) de 8 semanas muestra una mejora en el descentramiento en comparación con el grupo control (Arredondo y cols., 2017). Cuando se ha observado en estudiantes universitarios, se evaluó la inflexibilidad parasimpática (falta de reducción de la arritmia sinusal respiratoria) en respuesta a una inducción de tristeza relacionada con la pérdida, para ver si el descentramiento podía predecir prospectivamente los síntomas de depresión, viendo que las personas con inflexibilidad parasimpática, cognición perseverante y bajo descentramiento tenían mayor riesgo de síntomas de depresión durante el seguimiento (Stange y cols., 2017). Además, se ha encontrado en los estudios experimentales y correlacionales consistentemente que el descentramiento reduce los antojos subjetivos, la reactividad fisiológica como la salivación y la alimentación poco saludable (Keesman y cols., 2017).

Aparece consistencia en que un entrenamiento cognitivo diseñado para fomentar el descentramiento del material angustiante permite adoptar una perspectiva psicológica más amplia para personas con historial de depresión recurrente (Travers-Hill y cols., 2017). También que un mayor tratamiento con ERT permitía ganancias en el descentramiento en personas con TAG con y sin depresión mayor (Fresco y cols., 2017). Los cambios en el descentramiento median la mejora en la ansiedad con MBSR para el TAG (Hoge y cols., 2015). El descentramiento podría facilitar mejoras psicológicas de la meditación, siendo

observado tras un retiro de meditación Vipassana de 1 mes que parece producir mejoras en mindfulness, en el bienestar y en la personalidad, incluso en meditadores experimentados (Montero-Marin y cols., 2016).

Las experiencias de descentramiento específicas de los alimentos ayudan a los meditadores a lidiar con los deseos de comida y, por lo tanto, extienden la evidencia de los efectos de descentramiento al dominio de la recompensa (Papies y cols., 2016). Cuando se han observado medidas de la intensidad del dolor, del sueño y de flexibilidad psicológica en pacientes con dolor crónico tanto antes y después del tratamiento, como en el seguimiento de una MBI breve, se han encontrado cambios en el descentramiento de tamaño mediano (Ussher y cols., 2014). También aparecen mejoras en el descentramiento tras un tratamiento basado en ACT para el dolor crónico (Scott y cols., 2016). Se observan efectos mediadores significativos entre el descentramiento y la relación del peso y la forma corporal y la vergüenza con los trastornos alimentarios, viendo que atenúa el impacto del peso y la forma del cuerpo y la vergüenza en las actitudes y comportamientos alimentarios desordenados (Mendes y cols., 2017).

El descentramiento está asociado con conceptos de salud mental (es decir, menor gravedad de los síntomas depresivos y mayor atención funcional centrada en uno mismo), estando el concepto de descentramiento compuesto principalmente de aspectos centrados en uno mismo cuando se investiga en una muestra sana sin intervención (Kessel y cols., 2016). Otro estudio vio que la ingesta de ayahuasca condujo a aumentos significativos en la capacidad de descentramiento (Soler, Elices, y cols., 2016). En un estudio transversal el descentramiento no medió completamente las asociaciones entre mindfulness y la salud psicológica en estudiantes universitarios (Brown y cols., 2015). En pacientes con TAG, la

mitad con depresión mayor comórbida, se demostraron mejoras estadística y clínicamente significativas en descentramiento y mantuvieron las ganancias durante los períodos de seguimiento de tres y nueve meses con un ERT (Mennin y cols., 2015). También se propone tratar mindfulness y el descentramiento como dos conceptos separables y considerar el descentramiento como un importante mecanismo de trabajo de mindfulness (Gecht y cols., 2014). Una mayor inflexibilidad o menor flexibilidad con pensamientos estigmatizantes se relacionó con un menor descentramiento en estudiantes no graduados (Levin y cols., 2014). Por otra parte, un mayor descentramiento se asoció con disminuciones en la ansiedad y los cambios en el descentramiento parecen preceder a los cambios en los síntomas tanto en una intervención conductista basada en la aceptación como en la relajación aplicada, lo que indica que el descentramiento puede ser un importante mecanismo de acción común (Hayes-Skelton y cols., 2015). El descentramiento y el desapego son los mecanismos más destacados de mindfulness hallados en meditadores expertos (Tran y cols., 2014). El descentramiento fue uno de los tres aspectos de Mindfulness que mejor diferenciaron entre meditadores y no meditadores, estando asociado con la frecuencia y la práctica de la meditación a lo largo de la vida (Soler, Cebolla, y cols., 2014). En una revisión sistemática de instrumentos para medir mindfulness se proponía la escala de EQ como una de ellas (Park y cols., 2013). En un estudio transversal se sugiere que el descentramiento puede ser un mecanismo común subyacente tanto a la reevaluación cognitiva como a mindfulness, aunque mindfulness también puede afectar a la ansiedad social a través de otros mecanismos adicionales (Hayes-Skelton y Graham, 2013). El descentramiento mejora con MBCT y subraya su eficacia en un ECA para la prevención de recaída en la depresión (Bieling y cols., 2012b). Otro estudio halló que mindfulness permite mayor descentramiento en relación con otros grupos control activos relacionados con mindfulness en meditadores

nóveles (Feldman y cols., 2010).

Con respecto al tercer pilar del DoM, el desapego, se propone como un elemento necesario para que mindfulness permita mejoras en la salud física y mental (Sahdra y cols., 2010). Se observa en pacientes con psoriasis, que un entrenamiento en mindfulness mejoraba la habilidad de desapego, además de las habilidades de: aceptación, descentramiento, mindfulness, autocompasión, aversión, atención, rumiación y preocupación (Maddock y cols., 2019). El descentramiento y el desapego son los mecanismos más destacados de mindfulness hallados en meditadores expertos y el desapego fue otro mecanismo importante y específico como antidepresivo (Tran y cols., 2014). El desapego predice de forma independiente comportamientos prosociales de ayuda y amabilidad, incluso cuando se incluye la autoestima y simpatía (Sahdra y cols., 2015). En un estudio de caso que se aplicó mindfulness para la adicción al sexo, mediante la intervención se consiguió reducir también el desapego (Van Gordon y cols., 2016). El desapego podría facilitar mejoras psicológicas de la meditación, siendo observado tras un retiro de meditación Vipassana de 1 mes que parece producir mejoras en mindfulness, en el bienestar y en la personalidad, incluso en meditadores experimentados (Montero-Marin y cols., 2016). También incrementa al inicio y a los 6 meses en personas que toman dosis altas de psilocibina cuando realizan prácticas meditativas (Griffiths y cols., 2018). El desapego media la relación entre las tendencias bipolares y la angustia psicológica después de controlar los efectos de la rumia (Yang y cols., 2018). En un estudio de 3 años con 12 meditadores avanzados se concluyó que con un entrenamiento en MI-NDE (Meditation-Induced Near-Death Experiences), aumentó el desapego más que cuando los meditadores realizaban otras prácticas meditativas (Van

Gordon y cols., 2018). Tras una intervención de MBSR en población sana, el desapego también mejoraba (Roca y cols., 2019). El desapego predice empatía, sensibilidad al rechazo y reducción de síntomas después de una MBI entre jóvenes con antecedentes de maltrato infantil (Joss y cols., 2020). En un ECA donde se aplicaba Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy (MiCBT) para reducir la depresión y la ansiedad y mejorar el florecimiento en una muestra de atención primaria transdiagnóstica, se encontró que el desapego (Francis y cols., 2022): a) correlacionaba antes de la intervención significativamente con: el descentramiento (EQ) (0,55), consciencia Interoceptiva (0,49), florecimiento (0,46), autoeficacia en las habilidades interpersonales basada en mindfulness (0,40), autoeficacia en la ecuanimidad basada en mindfulness (0,35) y la depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) (-0,35). En el seguimiento a los 6 meses correlacionaba: autoeficacia en la ecuanimidad basada en mindfulness (0,75), descentramiento (0,70), consciencia Interoceptiva (0,67), autoeficacia en las habilidades interpersonales basada en mindfulness (0,65), florecimiento (0,45) y depresión, ansiedad y estrés (-0,39); b) para evaluar el cambio de síntomas a los 6 meses en la ansiedad, depresión y estrés mediante la intervención de MiCBT en comparación con control, encontró que el desapego es un mediador significativos con un porcentaje del efecto total que opera indirectamente del 93,3%; c) Además, NAS fue un mediador significativo de la intervención para el florecimiento, con un porcentaje del efecto total que opera indirectamente del 79,3% y; d) también se observó que el desapego incrementaba con la intervención de forma significativa, tanto desde pre intervención a post intervención como de post intervención al seguimiento a los 6 meses.

En otro estudio (Tsoi y cols., 2022) el desapego se asoció positivamente con el florecimiento, mediado por el apoyo y control percibido del supervisor en el trabajo en una muestra de trabajadores. El desapego se relacionó negativamente con los síntomas de depresión y ansiedad y la asociación solo estuvo mediada por el apoyo percibido del supervisor. La seguridad psicológica no medió significativamente el efecto del desapego en el bienestar mental. Estos resultados apuntan a que la percepción del personal hacia los supervisores y el nivel de control en el trabajo pueden tender un puente sobre la relación entre el desapego y el bienestar de los empleados.

Cuando se investigaron en un ECA los efectos de un programa de psicoeducación familiar basado en mindfulness (MBFPE) en la salud mental tanto de los cuidadores como de los adultos jóvenes con un primer episodio de psicosis (Zhang y cols., 2023), no se encontró una variación significativa del desapego entre antes y después de la intervención en mindfulness, aunque el desapego mostró mejoras positivas con tamaños de efecto pequeños en la intervención sin mindfulness, pero sin resultados estadísticamente significativos. Tampoco se hallaron mejoras significativas entre los grupos.

En una comparación de hombres con y sin dependencia del alcohol (Nedungottil y cols., 2022), no se encontraron diferencias significativas en desapego, aunque se observó una tendencia en la muestra clínica de menor desapego. En ambos grupos, el desapego correlacionó negativamente con el neuroticismo. En el grupo sin dependencia también correlacionó positivamente con amabilidad, extraversión y apertura, afecto positivo, así como negativamente asociado con afecto negativo.

En definitiva, aceptación, desapego y descentramiento son entrenados mediante mindfulness, y este es entrenado en uno de los módulos de habilidades de la DBT. Este es rastreable en los ejercicios de la DBT, con ejercicios de observación como: la cinta transportadora, la observación de pensamiento presentes, la mente de teflón, los principios de la aceptación radical, o el entrenamiento de la postura no juiciosa (Linehan, 2014; Soler, 2022). Por ello, se han explorado las investigaciones previas para mostrar que: (1) es necesario actuar sobre un problema de salud relevante a nivel mundial, el TLP (véase apartado el Trastorno Límite de Personalidad de la Introducción); (2) se recomienda utilizar la DBT, especialmente el entrenamiento de habilidades para el TLP (véase apartado Intervenciones Basadas en la Evidencia (IBE) para el TLP de la Introducción); (3) el mecanismo hipotetizado desde la DBT que subyace al malestar en el TLP es la desregulación emocional (véase apartado de Desregulación Emocional, el nexo entre el TLP y la DBT de la Introducción); (4) que quizás una parte relevante de la desregulación emocional está originada por el Yo, en concreto por el DoM (véase apartado El Yo, la Identidad, el “Self” y El Yo y Mindfulness de la Introducción); (5) que el DoM se puede entrenar y mejorar con la habilidad de Mindfulness de la DBT (véase apartado Entrenamiento de la Habilidad de Mindfulness en el TLP de la Introducción). Así se pasa a mostrar las hipótesis y objetivos del presente trabajo.

Breve Explicación Teórica Estimada del estudio

Los pacientes con TLP crecen con una fisiología desregulada emocionalmente y con un ambiente invalidante (teoría biosocial). Ese ambiente genera unas experiencias fuertemente atadas al yo como contenido, lo que acarrea a tener muchas más experiencias desde las emociones secundarias, al buscar un patrón evitativo impulsivo ante el surgimiento de las emociones primarias inevitables y aversivas para la experiencia de la persona. Este proceso es el que se hipotetiza como el que más sufrimiento les genera a la población diagnosticada de TLP.

Si se aplica en estas personas un entrenamiento en la habilidad de Mindfulness desde el módulo del entrenamiento de habilidades de la TDC, se espera que se reduzca el engaño del yo medido desde el DoM, ya que este, en principio permite que el sujeto se entrene en experimentar desde el yo como proceso las emociones primarias, sin necesidad de que se generen las secundarias o sin quedarse atrapado por ellas, extinguiendo o reduciendo así la funcionalidad del yo como contenido y primando la experiencia del yo como contexto y también del yo como proceso.

Este entrenamiento mejorará su salud global y su sintomatología TLP, debido a que se ha generado un nuevo repertorio conductual mucho más flexible, que le permite experimentar el malestar cuando es inevitable y no quedar atrapado en eliminarlo, así como no quedar apegado en alargar las experiencias agradables.

Hipótesis y Objetivos

Hipótesis

Estudio 1. Análisis descriptivo y correlacional del DoM en población clínica y no clínica.

1. (H1): El DoM tendrá puntajes más bajos en población TLP que en no clínica.

Estudio 2. Análisis explicativo del DoM con respecto a variables clínicas en el TLP.

2. (H2): El DoM se relaciona inversamente con la sintomatología clínica.
 - 2.1. (H2.1): El DoM se relacionará inversamente con la clínica TLP.
 - 2.2. (H2.2): El DoM se relacionará inversamente con las emociones secundarias.
 - 2.3. (H2.3): El DoM se relacionará inversamente con ansiedad, estrés y depresión.

Estudio 3. Análisis cuasiexperimental del DoM entrenando la habilidad de Mindfulness.

3. (H3): El incremento del DoM se produce en mayor medida mediante el entrenamiento de mindfulness en comparación con el grupo control.

Objetivos. Explorar el DoM en población TLP

Estudio 1. Análisis descriptivo y correlacional del DoM en población clínica y no clínica.

Observar las principales características descriptivas del DoM en población TLP así como las diferencias existentes en la relación entre el DoM y la depresión entre la población clínica y no clínica.

Estudio 2. Análisis explicativo del DoM con respecto a variables clínicas en el TLP.

Comprobar si la variable DoM puede predecir sintomatología clínica del TLP y relacionada.

Estudio 3. Análisis cuasiexperimental del DoM entrenando la habilidad de Mindfulness.

Estudiar si el entrenamiento de mindfulness influye sobre el DoM.

Analizar si los cambios en el DoM influyen en la clínica TLP.

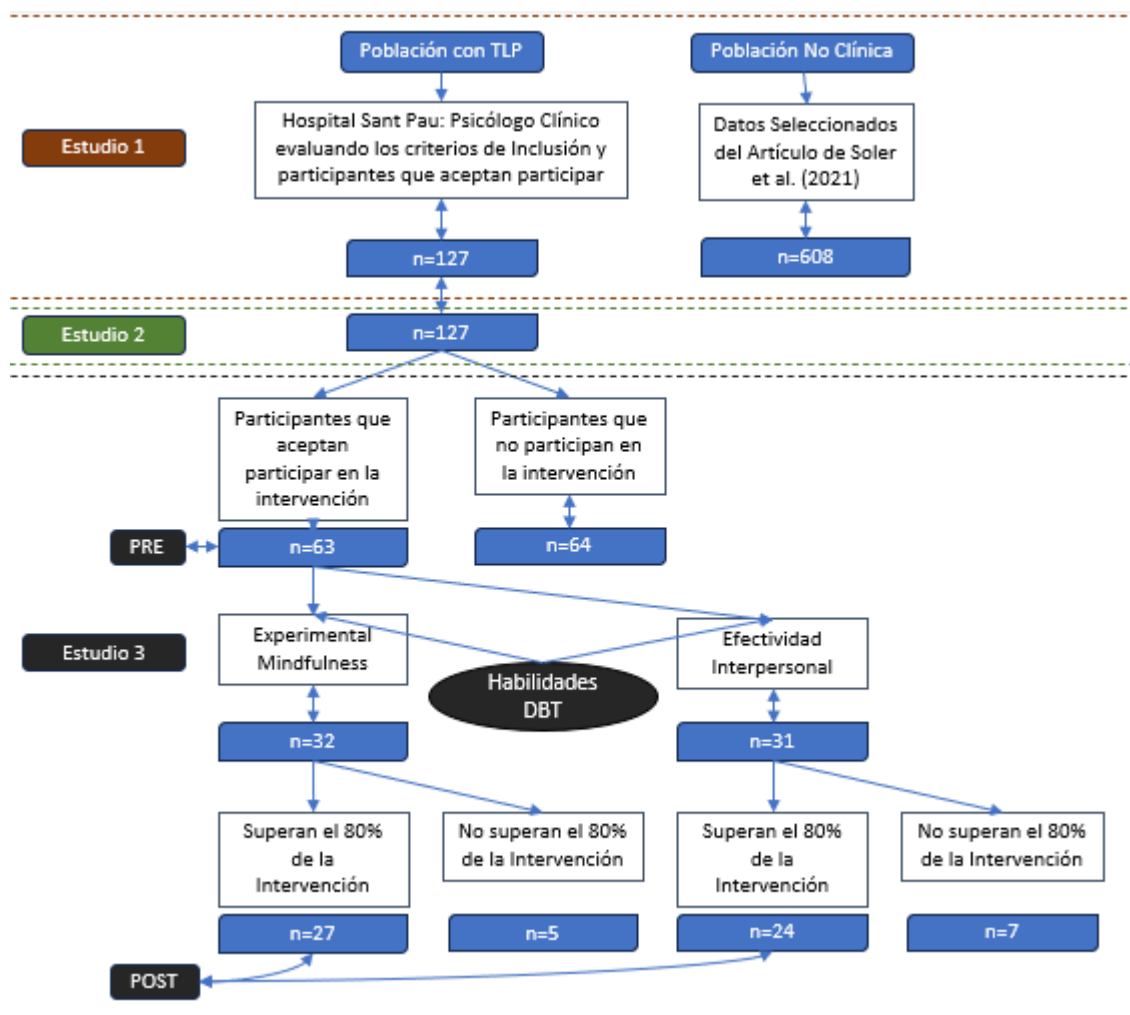
Metodología

Para poder confirmar las hipótesis planteadas, se ha separado, para su mejor comprensión, el presente trabajo en 3 estudios. Esta separación cobra relevancia para el estudio 3 en el que se han seleccionado datos de una submuestra de los otros dos estudios, que fueron los que participaron en la intervención del entrenamiento de habilidades.

Participantes y Procedimiento

En la Figura 2 se muestra el diagrama de flujo de los participantes del presente trabajo.

Figura 2. Diagrama de flujo de los participantes de los estudios



Población no Clínica. Los datos sobre esta muestra fueron recogidos del estudio de Soler y cols., (2021), donde se detalla todo el procedimiento y características de los participantes. Estos datos fueron utilizados únicamente para el Estudio 1. En suma, se reclutó por Internet mediante un sistema para reclutar muestras de encuestas (www.surveymonkey.com; Portland, OR, EE. UU.), captando fundamentalmente a población meditativa (a través de portales centrados en mindfulness y meditación) y no meditativa (a través de un enlace en sitios de investigación científica y psicológica y en redes sociales no profesionales). Finalmente, un total de 608 participantes cumplieron todos los instrumentos y cuestionarios requeridos.

Población Clínica con TLP. La muestra TLP fue recogida y utilizada para los 3 estudios, variando únicamente el tamaño muestral en función del estudio ($n=127$ para la muestra total y $n=63$ para la submuestra de la intervención del estudio 3). Eran captados mediante un muestreo por conveniencia, seleccionando a aquellos pacientes que eran derivados a la Unidad del Trastorno Límite de Personalidad del Hospital Sant Pau i la Creu de Barcelona, Cataluña, España. La anamnesis fue realizada por un psicólogo clínico que comprobaba los criterios de inclusión y exclusión para el estudio. Los criterios de inclusión fueron: (1) cumplir criterios de TLP según dos entrevistas diagnósticas: la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV-TR (SCID-II) (First y Gibbon, 1997; Gómez-Beneyto y cols., 1994) y la Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite Revisada (DIB-R) (Barrachina y cols., 2004; Zanarini y cols., 1989); (2) edad entre 18 y 65 años, ambos inclusive, (3) comprender y hablar con fluidez el castellano o catalán. Los criterios de exclusión fueron: (1) tener un diagnóstico a lo largo de la vida de esquizofrenia, psicosis inducida por fármacos, síndrome cerebral orgánico, trastorno bipolar o retraso

mental; (2) participación en cualquier psicoterapia durante el estudio o haber recibido DBT en el pasado; y (3) participantes con trastornos comórbidos del Eje I activos en el presente (por ejemplo, Trastorno de Depresión Mayor en curso). Los participantes con trastornos comórbidos del Eje I y del Eje II podían participar en el estudio. Se permitió que los pacientes siguieran tomando cualquier medicación prescrita antes de la inclusión en el estudio, siempre que no se modificara el tipo o la dosis de la medicación durante el periodo de intervención de 10 semanas.

Antes de comenzar el estudio, eran informados de este y de su funcionamiento, cumpliendo los criterios descritos en el Comité Ético. Una vez aceptaban participar (n=127), se les administraban cuestionarios en formato escrito u online, en función de su preferencia. Estas medidas son utilizadas para los 2 primeros estudios, obteniendo de ahí todos los datos previos al estudio que aplicaba la intervención. Estos cuestionarios tomaban mediciones con los instrumentos: *Delusion of Me* (DoM), la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS), la Lista de Síntomas del Trastorno Límite – 23 (BSL-23), La escala de Depresión, Ansiedad y Estrés Abreviada (DASS-21), la Escala de Sobreproducción Emocional (EOPS) y un cuestionario Sociodemográfico (véase apartado de Instrumentos). La muestra se recogió mientras duró el estudio entre septiembre de 2019 y junio de 2023. Incluía a un total de 118 mujeres (93%) con una media de edad de 30 años (DS=9,53), siendo lo más frecuente que tuvieran los estudios de secundaria finalizados (44,9%) y encontrarse en situación laboral activa (39,4%). Tras rellenar los datos, aquellos que aceptaban participar eran incluidos en el Estudio 3, donde se comenzaba la intervención terapéutica mediante el entrenamiento de habilidades de la Terapia Dialéctico Conductual, distribuyendo a todos ellos en dos grupos de intervención: o bien de mindfulness (grupo experimental) o bien de efectividad interpersonal (grupo control). Cuando eran seleccionados entre 10 y 15 participantes, se

formaba uno de los dos grupos. La distribución entre los grupos se realizó no probabilísticamente sin aleatorización, ya que se hizo en función del orden de llegada (respetando el ambiente natural que surge en el entorno Hospitalario y para evitar la demora en aplicar una intervención basada en la evidencia). Esta repartición respetaba el proceso de “ceguera” de los participantes, ya que desconocían cuál de las dos habilidades se hipotetizaba para el cambio. Una vez finalizaba el entrenamiento en habilidades, se les administraban los cuestionarios post intervención, con las mismas mediciones (n=51). La submuestra se recogió mientras duró el estudio entre septiembre de 2019 y junio de 2023. Incluía a un total de 61 mujeres (96,8%) con una media de 29 años (DS=9,2), siendo lo más frecuente que tuvieran los estudios de secundaria finalizados (48,3%) y no encontrarse ni estudiando ni trabajando (36,5%).

Tras la recopilación de datos, estos eran introducidos en una base de datos, respetando el proceso de “ceguera” del estadístico, que desconocía cuál era el grupo experimental y control. Para su análisis se utilizó el programa IBM SPSS Statistics v.21 y RStudio.

Comité Ético

Todos los estudios fueron llevados a cabo de acuerdo con la última versión de la Declaración de Helsinki («World Medical Association Declaration of Helsinki», 2013) y fueron aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Materiales, Mediciones, Cuestionarios e Instrumentos

Para el estudio se utilizaron como material fundamentalmente cuestionarios en forma de autoinforme que sirvieron como instrumentos para tomar las mediciones del estudio. Estos se administraron en formato papel y por internet mediante la plataforma *Google Forms*,

indiscriminadamente. También fue necesaria una sala acondicionada del Hospital Sant Pau y la Creu para la realización de sendas intervenciones en el entrenamiento de habilidades: de mindfulness y de efectividad interpersonal, de la Terapia Dialéctico Conductual. La sala estaba acondicionada con una pizarra y sillas dispuestas en forma de U. Respecto a los cuestionarios utilizados fueron:

Delusion of Me (DoM) (Soler y cols., 2021). Este cuestionario mide la variable principal del estudio y ha sido explicado detalladamente en el apartado *Delusion of Me* en la introducción. De forma somera, consiste en una mezcla de: la subescala de No Juzgar la experiencia interna del *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer y cols., 2006) para medir la aceptación; del *Experiences Questionnaire* (EQ) (Fresco y cols., 2007) para medir descentramiento; y de la *Non-Attachment Scale* (NAS) (Sahdra y cols., 2015) para medir desapego. Todas ellas crean un único constructo: el DoM, que sería la consecuencia de la ausencia de estas habilidades. La subescala del FFMQ comprende ocho ítems (p. ej., “Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos”) que están diseñados para evaluar la capacidad de un individuo para adoptar una postura no evaluativa hacia la experiencia, siendo una escala tipo Likert de cinco puntos que va desde 1 (“nunca o muy raramente cierto”) a 5 (“muy a menudo o siempre cierto”), con puntajes más altos que indican niveles más altos de no juzgar la experiencia interna. La validación al castellano ha mostrado propiedades psicométricas apropiadas (Cebolla y cols., 2012). La fiabilidad compuesta de la experiencia interna sin juzgar en la muestra del presente estudio fue $\alpha = 0,83$. El EQ contiene 11 ítems, pero para el DoM se eliminaron 2 ítems (“Me puedo tratar con amabilidad” y “Puedo ralentizar mi pensamiento en momentos de estrés”) al estar más estrechamente relacionado con constructo de compasión (Neff, 2003; Soler y cols., 2021)

quedando un total de nueve ítems de la escala EQ. El EQ se califica en una escala tipo Likert de cinco puntos, que va desde 1 ("nunca") a 5 ("todo el tiempo"), donde las puntuaciones más altas indican una mayor capacidad de descentramiento. La versión en español del EQ ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas (Soler, Franquesa, y cols., 2014). La confiabilidad compuesta finas de descentramiento en el presente estudio fue $\alpha = 0,85$. Por último, El NAS-7 (Sahdra y cols., 2015) es una medida de 7 ítems extraída del NAS original de 30 ítems (Sahdra y cols., 2010). Los elementos (p. ej., "Puedo dejar de lado los arrepentimientos y los sentimientos de insatisfacción sobre el pasado") se califican en una escala tipo Likert de seis puntos que va de 1 ("totalmente en desacuerdo") a 6 ("totalmente de acuerdo"), donde las puntuaciones más altas indican mayores niveles de desapego. NAS-7 ha mostrado una buena consistencia interna tanto para meditadores como para no meditadores (Feliu-Soler y cols., 2016). La fiabilidad compuesta del desapego en el presente estudio fue $\alpha = 0,76$. Los 24 ítems finales de la escala vienen detallados en el artículo original (Soler y cols., 2021). Cuanta más baja sea la puntuación en el DoM, se es menos consciente de la presencia del "*Delusion of Me*" y cuanto más alta sea la puntuación se es más consciente, por lo que se actúa menos desde ese engaño, ese "*Delusion of Me*". Es decir, a menor puntuación, mayor incremento de conductas de fusión con el Yo como contenido.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) (Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008; Victor y Klonsky, 2016). La DERS es un cuestionario que evalúa aspectos del proceso de regulación emocional en los que las personas pueden encontrar dificultades. La versión española (Hervás y Jódar, 2008) consta de 28 ítems agrupados en las subescalas de falta de conciencia emocional (p. ej., "Estoy atento a mis sentimientos" ítem

invertido), falta de claridad emocional (p. ej., “Tengo dificultad dar sentido a mis sentimientos”), no aceptación (p. ej., “Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme así”), metas (p. ej., “Cuando estoy molesto, tengo dificultad para concentrarme”) e impulso (p. ej., “Cuando estoy molesto, tengo dificultad para controlar mis comportamientos”); también permite una puntuación global. La escala es autoaplicada y los ítems se puntúan mediante una escala Likert que va desde 1 (casi nunca) hasta 5 (casi siempre). Las puntuaciones más altas indican mayores dificultades en la regulación de las emociones. Esta escala total ha mostrado evidencias de adecuadas propiedades psicométricas (Hervás y Jódar, 2008), y la versión corta de 18 ítems aquí utilizada también (Hallion y cols., 2018; Victor y Klonsky, 2016), con una consistencia interna en el presente estudio para la escala total de $\alpha = 0,88$.

Lista de Síntomas del Trastorno Límite - 23 (BSL-23) (Bohus y cols., 2009; Soler y cols., 2013; Soler, Vega, y cols., 2016). El BSL-23 es una escala autoevaluada que evalúa la sintomatología del TLP. La versión original está compuesta por una estructura de un factor y ha mostrado una alta consistencia interna como lo demuestra un alfa de Cronbach de 0,93, y también ha demostrado una buena fiabilidad para el diagnóstico de TLP, así como una sensibilidad al cambio satisfactoria (Bohus y cols., 2009). La versión al castellano el BSL-23 es un instrumento fiable para evaluar y discriminar la gravedad del TLP y los resultados clínicos tras una intervención psicoterapéutica, permitiendo una administración breve (un promedio de 3 a 4 minutos) y siendo adecuada para su uso tanto en entornos clínicos como de investigación (Soler y cols., 2013; Soler, Vega, y cols., 2016). La escala es de tipo Likert con puntuaciones del 0 al 4, haciendo las preguntas referencia a la última semana, habiendo preguntas como “Pensé en hacerme daño” o “Sentí mucho

miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza”. La consistencia interna en el presente estudio para la escala es de $\alpha = 0,94$.

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, abreviada (DASS-21) (Bados y cols., 2005; Lovibond y Lovibond, 1995). Es un instrumento autoadministrado de 21 ítems con tres subescalas, que evalúa la sintomatología depresiva, la ansiedad y el estrés, con elementos como, por ejemplo, "la vida no tiene sentido". Evalúa la gravedad/frecuencia de los síntomas durante la semana anterior en una escala tipo Likert de cuatro puntos que va de 0 ("nada aplicable a mí") a 3 ("muy aplicable a mí"), donde las puntuaciones más altas indican una mayor sintomatología de depresión, ansiedad y/o estrés respectivamente. La confiabilidad en el presente estudio fue adecuada, con un valor de $\alpha = 0,91$.

Escala de Sobreproducción Emocional (EOPS) (Hervás y Vázquez, 2011). Esta escala consta de 13 ítems que exploran el papel de la sobreproducción emocional, conceptualizada como la tendencia a experimentar simultáneamente emociones y sentimientos percibidos como negativos durante los episodios de tristeza (Hervás y Vázquez, 2011). La escala consta de diferentes emociones y sentimientos clasificados en una escala Likert de cinco puntos entre 1 (Nunca) y 5 (Siempre). Se ha encontrado que la sobreproducción emocional está asociada con respuestas rumiativas, las cuales desempeñan un papel relevante en el inicio, duración y severidad de los episodios depresivos. Se pide a los participantes que califiquen con qué frecuencia suelen experimentar diferentes emociones negativas durante los episodios tristes. La EOPS española ha demostrado buenas propiedades psicométricas (Hervás y Vázquez, 2011). Los ítems incluidos en la escala vienen recolectados de varias fuentes: ítems de la Escala de Emociones Diferenciales (DES) (Izard, 1977), y otros estudios relacionados (Park y cols., 2005), y expertos (Hervás y Vázquez, 2011). Ejemplos de las

emociones analizadas son “aislamiento”, “vergüenza” o “abandono”. La consistencia interna de la escala total EOPS, fue $\alpha = 0,79$ en el presente estudio.

Intervenciones

Los participantes se reunían una vez por semana en grupos de entre diez y quince personas durante diez semanas consecutivas, en sesiones de 150 minutos de duración. Las sesiones para ambas modalidades de intervención (es decir, Mindfulness como grupo experimental y Efectividad Interpersonal como grupo control) siguieron la misma estructura. Las sesiones comenzaban con la revisión de las tareas en el hogar, se pedía a cada participante que comentara sobre su práctica y las dificultades durante la semana, y los terapeutas proporcionaban retroalimentación correctiva y de refuerzo (60 min). La finalización de la tarea en ambos grupos se registraba con hojas de registro (tarjeta de diario). En la segunda parte de la sesión, se presentaba una nueva habilidad con instrucciones paso a paso sobre cómo usarla y realizarla (60 min). Se usaban metáforas, debates y juegos de roles en vivo para garantizar que los participantes entendieran la razón de ser de la habilidad y cómo usarla. Las sesiones terminaban con tareas para casa (30 min), que consistían en practicar durante la semana las habilidades presentadas en cada sesión. Era una sesión semanal realizada en el hospital Sant Pau i la Creu y los ejercicios se entrenaban desde el manual de habilidades de la DBT (Linehan, 1993a, 2014).

Análisis Estadístico

Estudio 1. Análisis Descriptivos y Correlacionales

Se realizaron estadísticos descriptivos (media, desviación típica, mediana, varianza, asimetría, curtosis, máximo y mínimo) del DoM en la población TLP (n=127), así como correlaciones bivariadas con las variables clínicas (BSL-23, EOPS, DASS-21 y DERS) y

parciales, seleccionando la disregulación emocional (DERS) como variable de control. También se realizó una regresión lineal con la depresión (subescala del DASS-21) como variable dependiente del DoM para poder compararla con los datos recogidos de varianza y relación del estudio de Soler y cols. (2021) que ofrecen datos de población no clínica (n=608). De este mismo estudio se solicitaron los datos para analizar los mismos estadísticos descriptivos en su muestra.

Estudio 2. Regresiones Lineales Jerárquicas

Primero, se evaluó la distribución normal y los valores atípicos de todas las variables continuas. Segundo, se realizaron análisis de regresión lineal jerárquica múltiple para evaluar si la escala DoM se relacionaba con variables clínicas del TLP. Es decir, la sintomatología TLP (BSL-23), la angustia psicológica (DASS-21) y la sobreproducción emocional (EOPS). Se utilizaron como covariables las dificultades de regulación emocional (DERS), el sexo y la edad para controlar que la relación entre DoM y variables clínicas del TLP no se debía exclusivamente a las variables sociodemográficas o a la disregulación emocional como rasgo de los pacientes.

Estudio 3. ANOVAS de Medidas Repetidas, Post Hoc y Regresiones Lineales Múltiples

En la submuestra de pacientes con TLP (n=63) se evaluó el efecto de un entrenamiento en mindfulness basado en DBT (DBT-MFN) sobre el DoM y la disregulación emocional (DERS). Se realizó un análisis por protocolo (es decir, aquellos pacientes que terminaron el tratamiento según el grupo asignado) y por intención de tratar (ITT en inglés; es decir, se incluyen aquellos pacientes que fueron asignados a uno de los grupos de intervención, pero no terminaron el tratamiento). En el análisis por intención de tratar, los datos perdidos fueron reemplazados por la última observación obtenida (Little y Rubin, 2002). Como grupo

control, se utilizó un entrenamiento de Efectividad Interpersonal de la DBT (DBT-EI). Para evaluar lo anterior, se utilizaron ANOVAS de medidas repetidas. El DoM y DERS se ingresaron como variables dependientes, en análisis por separado. El Tiempo (pre- y post-intervención) fueron ingresados como factor intra-sujetos y el Grupo de Intervención fue ingresado como factor entre-sujetos (DBT-MFN vs. DBT-EI). Se realizaron análisis post hoc ante la presencia de interacciones significativas. Tras ello se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple para evaluar si los cambios en DoM predecían una reducción significativa en la sintomatología límite (BSL-23), en la sobreproducción emocional (EOPS) y en la angustia psicológica (DASS-21), luego de la intervención DBT-MFN, en comparación con DBT-EI. Se utilizó la diferencia de puntajes antes y después de la intervención como medida de cambio en cada una de las variables clínicas de interés (es decir, post – pre intervención). Los predictores fueron el *Delusion of Me* (DoM) y el Grupo de intervención (DBT-MFN vs. DBT-EI) y las variables dependientes fueron la sintomatología límite (BSL-23), la sobreproducción emocional (EOPS) y la angustia psicológica (DASS-21), en análisis por separado. Para los análisis se utilizó SPSS v.21 y RStudio.

Resultados

Sociodemográficos

La muestra está compuesta por 127 pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad, en tratamiento ambulatorio en el Hospital de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. En la Tabla 6 se pueden observar los datos sociodemográficos principales, y, por separado, los del estudio 3, tanto generales de la intervención como de sus respectivos subgrupos.

Tabla 6. Datos Sociodemográficos

Variables	Muestra (n=127)			Submuestra Intervención (n=65)		Submuestra EI (n=31)		Submuestra MF (n=32)				
	Categoría	Frec. (n)	%	Frec. (n)	%	Frec. (n)	%	Frec. (n)	%			
Sexo	<i>Femenino</i>	118	93	61	96,8	29	93,5	32	100			
	<i>Masculino</i>	9	7	2	3,2	2	6,5	0	0			
Estudios	<i>Primaria</i>	13	10,2	5	6,7	3	9,7	2	6,2			
	<i>Secundarios</i>	57	44,9	30	48,3	16	51,6	14	43,8			
	<i>Bachillerato</i>	29	22,8	8	12,9	2	6,4	6	18,7			
	<i>Universidad</i>	21	16,6	18	28,9	9	29,1	9	28,1			
	<i>Máster</i>	7	5,5	2	3,2	1	3,2	1	3,2			
Laboral	<i>Trabaja (T)</i>	50	39,4	22	35	6	19,4	16	50			
	<i>Estudia (E)</i>	22	17,3	10	15,8	6	19,4	4	12,5			
	<i>Ni T ni E</i>	35	27,6	23	36,5	15	48,4	8	25			
	<i>Baja</i>	11	8,6	8	12,7	4	12,8	4	12,5			
	<i>Paro</i>	9	7,1	0	0	0	0	0	0			
	Rango	Media	DS	Rango	Media	DS	Rango	Media	DS	Rango	Media	DS
Edad	18-61	30,01	9,53	18-52	28,9	9,2	19-51	29,65	8,79	18-52	28,22	9,67

Nota: EI=Efectividad Interpersonal; MF=Mindfulness; Frec=Frecuencia; DS=Desviación Estándar

La media de edad fue de 30,01 años (DS= 9,53, rango= 18-61), siendo la mayoría de sexo femenino (N= 118; 93%). Con relación al nivel de estudios, 13 (10,2%) participantes tenían educación primaria, 57 (44,9%) tenían estudios de educación primaria, 29 (22,8%) participantes habían completado el bachiller, 21 (16,5%) había estudiado alguna carrera

universitaria y 7 (5,5%) participantes tenían un grado de máster. En cuanto a la situación laboral, gran parte de la muestra se encontraba inserta laboralmente al momento de la evaluación (n= 50; 39,4%), mientras que 22 (17,3%) participantes solo estudiaban y 35 (27,6%) participantes no estaban trabajando ni estudiando. Un porcentaje menor se encontraba de baja (n= 11; 8,7%) o en paro (n= 9; 7,1%).

Estudio 1. Análisis descriptivo y correlacional del DoM en población clínica y no clínica

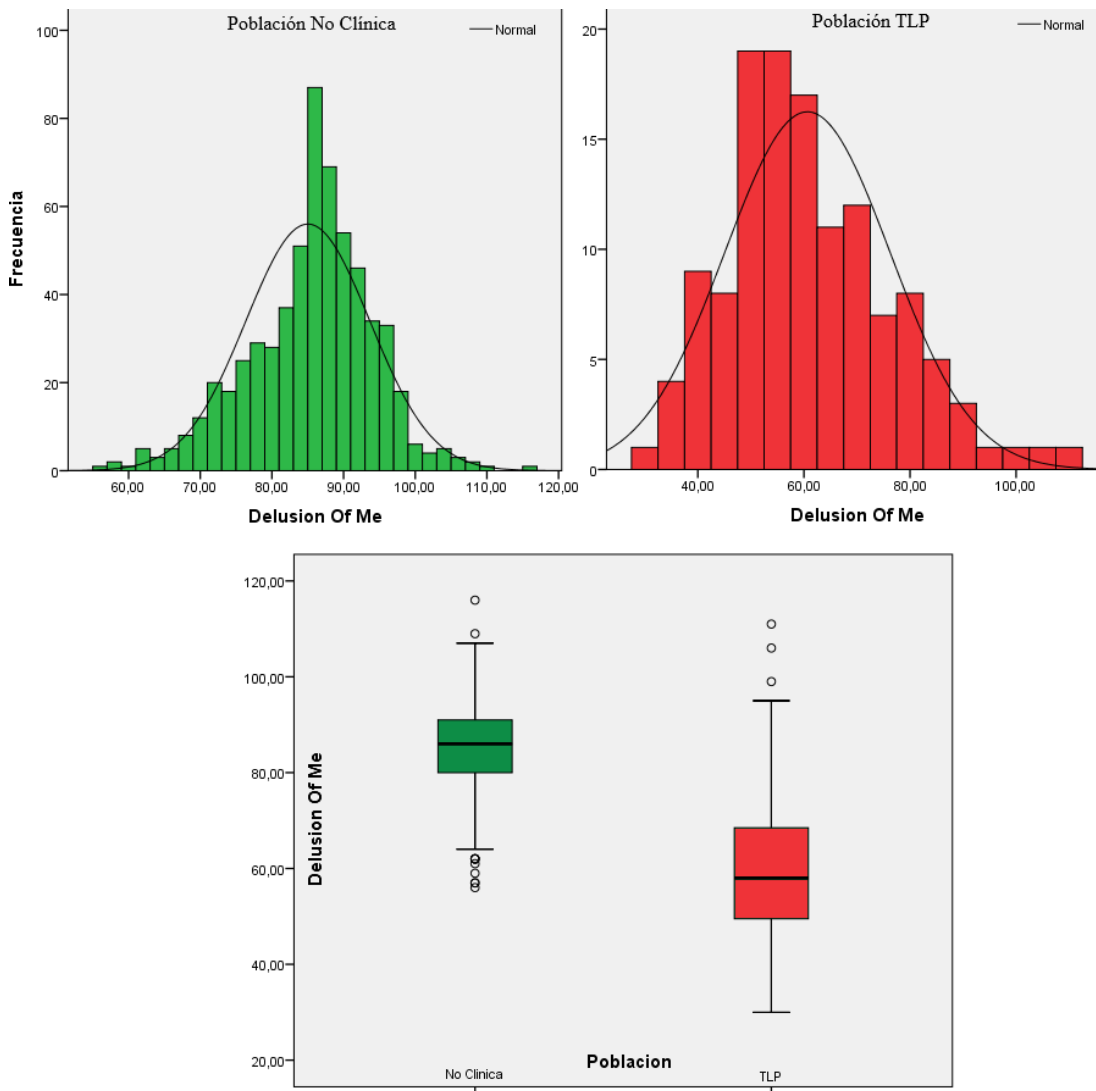
La comparativa de descriptivos entre población clínica TLP y población no clínica se puede observar en la Tabla 7.

Tabla 7. Estadísticos Descriptivos DoM

	No Clínica n=608 (Error estándar)	TLP n=127 (Error estándar)
Media	85,01 (0,35)	60,65 (1,38)
95% de intervalo de confianza para media	Límite inferior Límite superior	
	84,32	57,92
	85,70	63,39
Media recortada al 5%	85,19	59,97
Mediana	86,00	58,00
Varianza	75,02	243,16
Desviación estándar	8,66	15,59
Mínimo	56,00	30,00
Máximo	116,00	111,00
Rango	60,00	81,00
Rango intercuartil	11,00	20,00
Asimetría	-0,37 (0,10)	0,66 (0,21)
Curtosis	0,62 (0,20)	0,41 (0,43)

En la figura 3 se pueden observar los histogramas y el gráfico de tallos y hojas de la población no clínica y de la población TLP.

Figura 3. Histograma y gráfico de Tallos y Hojas del DoM



El DoM de la población con TLP recogida correlacionó de forma estadísticamente significativa ($p < 0,01$) con todas las variables clínicas. No obstante, cuando se controló la disregulación emocional (DERS), se obtuvo una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) para las variables de sintomatología TLP (BSL-23) y la sobreproducción emocional (EOPS), pero no para la angustia psicológica (DASS-21), con una $p = 0,68$ (véase Tabla 8).

Tabla 8. Descriptivos y Correlaciones del DoM con variables clínicas

	Media	DS	Mediana	Mínimo	Máximo
	60,65	15,59	58	30	111
Correlación DoM	BSL-23	EOPS	DASS-21	DERS	
Bivariada	-0,589**	-0,534**	-0,511**	-0,528**	
Parcial. Control DERS	-0,361**	-0,346**	-0,054 (p=0,68)		

Nota: **= $p < 0,01$; $n = 127$

También se obtuvo la varianza explicada y relación entre el DoM y la angustia psicológica (DASS-21) en la población clínica ($n = 127$): $R^2 = 0,22$ ($\beta = -0,175$, $p < 0,001$) y en la población no clínica ($n = 608$): $R^2 = 0,44$ ($\beta = -0,55$, $p < 0,001$).

Estudio 2. Análisis explicativo del DoM con respecto a variables clínicas en el TLP

Relación entre el DoM y los Síntomas Límite (BSL-23). Mediante un modelo de regresión lineal jerárquica múltiple se evaluó si el *Delusion of Me* (DoM) se relacionaba con los síntomas límites (BSL-23) (ver Tabla 9; modelo 1). En el paso 1 se agregó la edad y el sexo de los participantes. No se encontró una relación significativa entre estas variables sociodemográficas y el BSL-23 ($F(2,117) = 0,07$, $p = 0,92$). En el paso 2 se agregaron las dificultades de desregulación emocional (DERS). Se encontró que el DERS explicó un 38% de la varianza en los síntomas límites ($F(3,116) = 23,56$, $p < 0,001$). Luego, se agregó el DoM en el paso 3, la varianza explicada de los síntomas límites aumentó significativamente a un 47% ($F(4,115) = 25,78$, $p < 0,001$; cambio en $F(gl1 = 1; gl2 = 115) = 20,53$, $p < 0,001$). Por lo tanto, el DoM se relacionaba significativamente con los síntomas límites, incluso más allá de la desregulación emocional en los pacientes con TLP. Cuando se evaluó la multicolinealidad entre los predictores, no se encontraron problemas de inflación de la varianza en el modelo (todos los VIF > 2).

Tabla 9. Análisis de Regresión Lineal Jerárquica Múltiple

	BSL-23				DASS-21				EOPS			
	B	SE	β	Valor p	B	SE	β	Valor p	B	SE	β	Valor p
Modelo	1				2				3			
Paso 1	R² = 0,001				R² = 0,003				R² = 0,026			
Sexo	0,31	7,57	0,03	0,70	3,15	4,96	0,05	0,59	2,15	5,24	0,05	0,68
Edad	0,07	0,19	0,03	0,96	-0,003	0,12	-0,002	0,91	0,11	0,09	0,15	0,23
Paso 2	R² = 0,379				R² = 0,248				R² = 0,421			
Sexo	-0,14	5,99	-0,002	0,98	2,88	4,33	0,05	0,50	-0,39	4,10	-0,01	0,92
Edad	0,18	0,15	0,08	0,23	0,05	0,11	0,04	0,61	0,16	0,07	0,23	< 0,05
DERS	1,01	0,12	0,61	< 0,001	0,53	0,08	0,49	< 0,001	0,36	0,05	0,63	< 0,001
Paso 3	R² = 0,4573				R² = 0,334				R² = 0,494			
Sexo	-2,04	5,56	-0,02	0,71	1,77	4,10	0,03	0,66	-1,05	3,87	-0,02	0,78
Edad	0,15	0,14	0,07	0,28	0,03	0,10	0,02	0,72	0,15	0,07	0,21	< 0,05
DERS	0,69	0,13	0,42	< 0,001	0,34	0,09	0,31	< 0,01	0,27	0,06	0,48	< 0,001
DoM	-0,46	0,10	-0,36	< 0,001	-0,29	0,07	-0,34	< 0,001	-0,14	0,05	-0,31	< 0,01

Nota. BSL-23 = Lista de síntomas límites; DASS-21 = Síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés; EOP = Escala de Sobreproducción Emocional; DERS = Escala de Dificultades en regulación emocional; DoM = Escala Ilusión del Yo.

Relación DoM y Angustia Psicológica (DASS-21). Posteriormente, mediante el mismo análisis anterior, se evaluó si el DoM se relacionaba con la angustia psicológica (DASS-21) (ver Tabla 9; modelo 2). En el paso 1 se agregó la edad y el sexo de los participantes. No se encontró una relación significativa entre estas variables sociodemográficas y el DASS-21 ($F(2,119) = 0,20$, $p = 0,81$). En el paso 2, cuando se agregaron las dificultades de desregulación emocional (DERS), se encontró que el DERS explicó un 25% de la varianza en la angustia psicológica ($F(3,118) = 12,97$, $p < 0,001$). Luego, cuando se agregó el DoM

en el paso 3, la varianza explicada de la angustia psicológica aumentó significativamente a un 33% ($F(4,117) = 14,68, p < 0,001$; cambio en $F(g1= 1; g2= 117) = 15,15, p < 0,001$). Por lo tanto, el DoM también se relacionaba significativamente con la angustia psicológica en los pacientes con TLP, más allá de los rasgos de desregulación emocional. Cuando se evaluó la posible inflación de la varianza, no hubo problemas de multicolinealidad (todos los VIF > 2).

Relación DoM y Sobreproducción emocional (EOPS). Luego, en una submuestra de pacientes con TLP (N= 59), se evaluó si la Ilusión del Yo se relacionaba con la sobreproducción de emociones secundarias (como la vergüenza) (ver Tabla 9; modelo 3). No se encontró una relación significativa entre las variables sociodemográficas y la sobreproducción secundaria de emociones ($F(2,57) = 0,75, p = 0,47$). Luego, cuando se agregó el DERS al modelo (paso 2), se encontró que la edad y la desregulación emocional se relacionaron positivamente con la sobreproducción emocional. Específicamente, estas variables explicaron un 42% de la varianza de la sobreproducción emocional (EOPS) en los pacientes límites ($F(3,56) = 13,54, p < 0,001$). Posteriormente, cuando se agregó el DoM al modelo (paso 3), la varianza explicada de la sobreproducción emocional aumentó significativamente a un 49% ($F(4,55) = 13,40, p < 0,001$; cambio en $F(g1= 1; g2= 55) = 7,94, p < 0,01$). Nuevamente, el DoM se relacionó significativamente con la sobreproducción emocional en los pacientes con TLP, más allá de los rasgos de desregulación emocional. No se encontraron problemas de multicolinealidad (VIF > 2).

Estudio 3. Análisis cuasiexperimental del DoM entrenando la habilidad de Mindfulness.

Se evaluó el efecto del entrenamiento de habilidades basado en mindfulness (DBT-MFN) sobre el nivel de *Delusion of Me* (DoM) en una submuestra de pacientes con TLP mediante un ANOVA de medidas repetidas. Se utilizó como grupo control el entrenamiento de

Efectividad Interpersonal de la DBT (DBT-EI). En total, 63 pacientes fueron asignados a una de las dos condiciones de tratamiento (DBT-MFN = 32; DBT-EI = 31). Finalmente, 51 pacientes completaron al menos el 80% de las intervenciones (DBT-MFN = 27; DBT-EI = 24). Por lo tanto, la tasa de abandono en el grupo DBT-MFN fue de un 15% (n= 5) y en el grupo DBT-EI fue de 22,5% (n= 7).

Los análisis por protocolo incluyeron a los participantes que terminaron el tratamiento y el análisis por intención de tratar incluyó a todos los participantes de las dos condiciones (n= 63). Cuando se evaluó el efecto del entrenamiento sobre el DoM, en el análisis por protocolo se encontró un efecto de Tiempo ($F(1,49) = 28,72, p < 0,001, \eta^2 = 0,37$) y un efecto de interacción Tiempo x Grupo ($F(1,49) = 4,94, p < 0,05, \eta^2 = 0,09$).

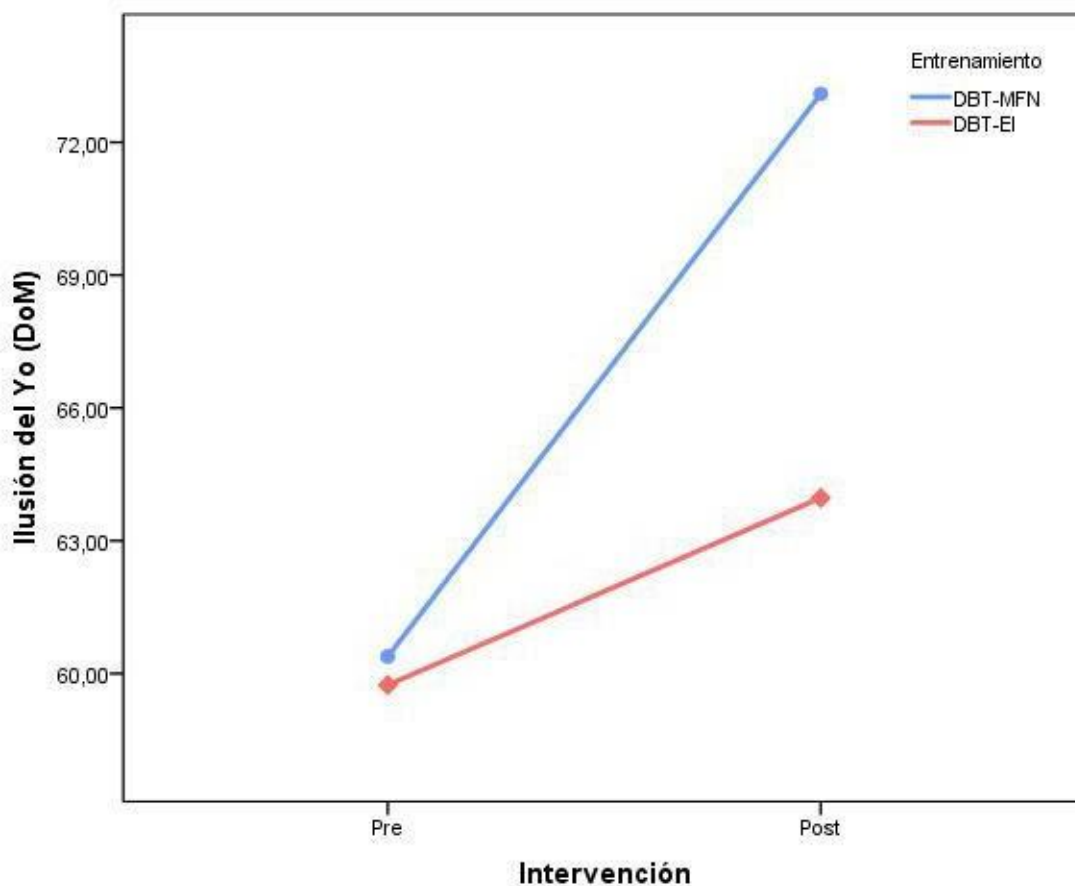
Cuando se realizó el análisis por intención de tratar, se encontraron los mismos efectos. Es decir, efecto tiempo ($F(1,60) = 24,77, p < 0,001, \eta^2 = 0,29$) y efecto de interacción Tiempo x Grupo ($F(1,60) = 6,21, p < 0,05, \eta^2 = 0,09$) (ver Tabla 10). Análisis post-hoc mostraron que el puntaje del DoM en el grupo post DBT-MFN fue significativamente mayor que en el grupo post DBT-EI (DBT-MFN = 73,10, SD = 16,17 vs. DBT-EI = 63,97, SD = 11,12; [$t(60) = 2,58, p < 0,05$]). Estos resultados muestran que la capacidad del DoM aumentó después de ambos entrenamientos, pero el cambio fue significativamente mayor en el grupo DBT-MFN (ver Figura 4).

Tabla 10. ANOVA de medidas repetidas con análisis de intención de tratar

	DBT-MFN (N = 32)				DBT-EI (N = 31)				Interacción Tiempo x Grupo		
	PRE		POST		PRE		POST		F	p	η^2
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
DoM	60,38	18,37	73,10	16,17	59,74	12,64	63,97	11,12	6,21	< 0,05	0,09

Nota. DBT-MFN = entrenamiento en Mindfulness basado en la Terapia dialéctica comportamental; DBT-IE = entrenamiento de efectividad interpersonal basado en la Terapia dialéctica comportamental. DoM = Medida de Ilusión del Yo.

Figura 4. Variación del DoM por Grupos



Discusión

El objetivo de esta tesis era explorar el DoM en la población TLP. Para ello se han realizado 3 estudios que han analizado descriptiva, predictiva y cuasiexperimentalmente el DoM en relación con las variables clínicas del TLP. El primer estudio que esperaba encontrar una distribución de menores puntuaciones en el DoM en la población TLP que en la no clínica ha sido confirmada.

En el segundo estudio se examinaba la hipótesis 2, encontrando que el DoM sí que se relaciona inversamente con la clínica del TLP (H2.1), la Sobreproducción Emocional (H2.2) y la Angustia Psicológica (H2.3) de forma estadísticamente significativa. En el caso de la Sintomatología TLP explica un 45,73% de la varianza, en el de la Sobreproducción Emocional un 49,4% y en el de la Angustia Psicológica un 33,4% aun controlando por la variable principal del TLP de regulación emocional, por lo que parece observarse una relación inversa entre el DoM y la clínica TLP.

En el tercer estudio se exploraba longitudinalmente la tercera hipótesis, siendo confirmada por los resultados, ya que el DoM tras el entrenamiento de Mindfulness mejora significativamente ($p=0,05$), incrementando la media de 60,38 a 73,10, en comparación con el grupo control de efectividad interpersonal desde la pre intervención hasta la post intervención.

Por tanto, se han cumplido las principales hipótesis propuestas. Estos hallazgos toman mayor importancia si se tienen en cuenta las recomendaciones hechas ya desde hace años por las Guías de Práctica Clínica como la NICE (2009) con respecto a la evaluación e intervención en el TLP: ya que utilizando el entrenamiento en habilidades de la DBT, la principal intervención psicológica recomendada para el TLP (Division 12 of the American

Psychological Association, 2022), se ha buscado una medida de resultado que ayude a evaluar la eficacia de la intervención (NICE, 2009). La medida aquí propuesta y analizada es el DoM, que, tras el trabajo realizado, parece encontrar evidencia de varios aspectos relevantes sobre este proceso:

- (1) El DoM añade información clínicamente relevante aun cuando se utiliza la principal medida de resultado que se hipotetiza para las personas que sufren este trastorno; la Desregulación Emocional, medida con la *Gold Standard* utilizada para esta prueba, la DERS (Lavender y cols., 2017). El DoM, aun controlando por la desregulación emocional, predice tanto una parte significativa de los síntomas del TLP (H2.1), como de la Sobreproducción Emocional (H2.2), como de la Angustia Psicológica (H2.3). La primera medida cobra especial relevancia debido a que en el ámbito clínico y especialmente en el hospitalario, las medidas utilizadas son fundamentalmente desde los síntomas (Kohrt et al., 2020). Esto puede verse reflejado en la forma de evaluar, diagnosticar y tratar, como es el caso del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). La forma de entender un trastorno mental como el TLP desde esta perspectiva es detectando los síntomas que aparecen para así poder eliminarlos mediante los diferentes tratamientos, siendo un abordaje multidisciplinar en el que intervienen profesionales de psiquiatría, psicología, enfermería... Se observa entonces, que el DoM puede añadir información psicológica con respecto a la sintomatología TLP que no viene explicada por la desregulación Emocional, que es propuesta por Linehan como la principal problemática atribuida desde su explicación Biosocial (Linehan, 2014) (ver Tabla 9; Modelo 1). Además de la medida de sintomatología clínica, se observa la Sobreproducción Emocional, la cual

en el ámbito de la DBT cobra también gran importancia; como se mencionaba en la introducción (Véase El DoM y su relación con el Sufrimiento en el TLP, en la Introducción), se diferencian las emociones primarias y las secundarias (Greenberg y cols., 1996) donde las primeras corresponden a las acciones inmediatas de respuesta ante el contexto y son mayormente adaptativas, mientras que las segundas surgen cuando tras la acción de experimentar las primeras, estas primeras se intentan rechazar o se trata de huir de ellas a través de la acción de pensar, o a través de condicionamiento. Linehan (1993) hipotetiza a estas segundas como la mayor parte del malestar psicológico en el TLP y otros autores mantienen la misma postura (Peter, 2019). El actual estudio parece encontrar que una parte de la producción de estas emociones está relacionada no solo con la Desregulación Emocional, sino también por el DoM (Véase Tabla 9; Modelo 2). Estos hallazgos cobran una gran importancia debido al especial énfasis que se da a este tipo de emociones en relación con el sufrimiento del TLP (Linehan, 1993a). Por último, sobre el constructo de Angustia Psicológica, que aquí engloba la Depresión, Ansiedad y Estrés, que son tres de las sintomatologías comórbidas que se presentan en esta población (Gunderson y cols., 2018; Helgeland y cols., 2005; Stepp y cols., 2012) (véase Tabla 2) este estudio encuentra que; el Engaño del Yo añade información de relevancia con respecto a la Angustia Psicológica (H2.3) por encima de la Desregulación Emocional, es decir, parece influir sobre algunas de las principales problemáticas comórbidas (véase Tabla 9; Modelo 3). Por todo ello, se cree que el DoM puede dar una información clínica de relevancia que la desregulación emocional no puede encontrar por sí sola. Se abordarán las posibles explicaciones, mecanismos de acción y limitaciones de estos resultados más adelante.

(2) Es el propio entrenamiento en la habilidad de Mindfulness el que parece explicar los principales incrementos en el Engaño del Yo con respecto a otras habilidades de la DBT (H3). Cuando se ha realizado el entrenamiento en Mindfulness se ha observado que se generan mejoras significativamente superiores en el DoM que cuando se compara con el entrenamiento en efectividad interpersonal (Interacción Tiempo x Grupo ($F(1,60) = 6,21, p < 0,05, \eta^2 = 0,09$)) (véase Tabla 10 y Figura 4). Es decir, los resultados de este estudio son una primera evidencia de que mindfulness sí que parece entrenar la habilidad de reducir el DoM de manera más eficaz que otras habilidades. Se abordarán las posibles explicaciones, mecanismos de acción y limitaciones de estos resultados más adelante.

Por todo ello, se observa que el DoM puede ser una medida que atiende a varios de los aspectos relevantes a investigar (NICE, 2009): (1) el DoM atiende al funcionamiento de la problemática del TLP, a sus síntomas y a aspectos de la calidad de vida, (2) el DoM añade información que la desregulación emocional no explica, permitiendo una nueva variable de resultado independiente de la principal propuesta por Linehan, (3) hay mayor problema de DoM en la población TLP que en la no clínica. Con respecto al primer punto, además de los resultados aquí analizados que muestran ventajas del uso del DoM para sintomatología, se ha comprobado en estudios previos que el DoM era mejor predictor incluso que la resiliencia (Soler y cols., 2021) y esta medida es predictora de mayor calidad de vida (Ristevska-Dimitrovska y cols., 2015). Con respecto al segundo punto, se ha observado que no solo actúa sobre la sintomatología, sino que asimismo ha dado mejoras en elementos comórbidos como Ansiedad, Estrés, Depresión y alguna sintomatología clave en su sufrimiento como es la sobreproducción emocional (Swales, 2009), proponiéndose como

elemento analizable transdiagnósticamente.

La hipótesis de que el DoM tendría más peso en la población clínica que no clínica (H1) ha sido cumplida. No obstante, a pesar de que obtienen peores puntuaciones de DoM los pacientes con TLP, no explica tanta problemática de la angustia psicológica comórbida como se esperaba, ya que la R^2 es casi el doble en la población no clínica (de 0,22 a 0,44). Podría esperarse que la relación entre DoM y depresión fuera más alta en el TLP que en población no clínica al tener el TLP como uno de los criterios diagnósticos la alteración de la identidad y del sentido del yo (American Psychiatric Association, 2013), pero no se encuentra evidencia que sustente esta idea, cuando de hecho, no se encuentra una correlación estadísticamente significativa entre el DoM y la angustia psicológica cuando se controla la regulación emocional.

Tras analizar los datos, podrían darse varias explicaciones; por un lado, la comorbilidad entre los trastornos TLP y depresión (Gunderson y cols., 2006) podría ser más determinante, ya que quizás las variaciones en la sintomatología depresiva dependan más del propio hecho de tener la sintomatología del TLP y los respectivos costes que esto conlleva (véase el apartado de costes del TLP de la Introducción) que la influencia del Yo sobre ello. Aunque se haya mostrado estadísticamente significativa, quizás sea más explicativa en población no clínica al no suponer unos costes tan elevados de malestar. De hecho, los resultados hallados serían coherentes con las recomendaciones de la NICE (2009), que proponen no solo abordar el tratamiento del TLP para que sea eficaz, sino también de la depresión comórbida. Parece ser que las variaciones en la depresión son más complejas en el TLP, ya que implican a más factores en su génesis y mantenimiento, lo cual es coherente con las experiencias que viven estos pacientes (Ng y cols., 2019). Tomando

además los resultados no significativos desde un criterio estadístico de la correlación bivariada, podría esperarse que la angustia psicológica comórbida venga mejor explicada por la disregulación emocional en vez de por esta medida en la población con TLP.

Tras la observación de los resultados, se pasa ahora a realizar un modelo teórico de los mecanismos de acción del DoM, otras posibles explicaciones y otros resultados encontrados junto con las limitaciones, para finalizar con las propuestas para futuras investigaciones.

Posibles Mecanismos de Acción del DoM

Tras observar los resultados hallados en los tres estudios, se propone un modelo sobre los mecanismos y procesos que pueden subyacer en el DoM para la génesis del sufrimiento en el TLP. En este modelo se atiende a las dos filosofías diferentes, concebidas popularmente como: la visión médica y la visión contextual-funcional (véase Bases de las IBE, en la Introducción). Estos dos marcos teóricos indagan e investigan al ser humano desde axiomas filosóficos diferentes, asociándose a la visión médica las terapias que trabajan desde los enfoques cognitivos y a la visión contextual-funcional las intervenciones de tercera generación (Luciano, 2021). La búsqueda de los elementos comunes entre ambas visiones e intervenciones las han realizado fundamentalmente (Hofmann y Hayes, 2019), evolucionando en lo que actualmente se conoce como Terapias Basadas en Procesos (Hayes y Hofmann, 2017). Actualmente la tendencia en los análisis de la efectividad de las diferentes intervenciones (dentro de todo el entorno clínico: médicas, psicológicas, farmacológicas...) es la de exigir incluir mediciones no solo sobre la efectividad, sino también sobre estos procesos de cambio, sobre el por qué son efectivas. Es decir, se busca conocer qué procesos existen para que se de ese cambio. Es aquí donde el modelo de los mecanismos de acción del DoM puede cobrar gran relevancia:

El DoM desde la Perspectiva Médica. Para llegar a comprender un constructo como el DoM es interesante desgranar los axiomas sobre los que se ha hipotetizado su elaboración. Los axiomas son principios indemostrables sobre los que, por medio de un razonamiento deductivo, construir una teoría (Real Academia Española, 2021). El DoM se elabora desde la perspectiva psicológica, y esta disciplina realiza sus análisis etiológicos desde dos grandes áreas fundamentalmente (Munch, 2002): la propia rama construida desde la psicología, unida a un área multidisciplinar que reúne, principalmente, los principios de la anatomía y la fisiología en una búsqueda localizacionista de las diferentes áreas y procesos cerebrales.

El DoM parte de la premisa de poder analizarse desde las dos áreas, ya que, para aparecer conductas influidas por el DoM, se presupone la interacción de los elementos propuestos desde el conductismo radical (Staats, 1999): la genética, la fisiología, el contexto y la historia de aprendizaje de los organismos. Este apartado se centrará en los aspectos genéticos y fisiológicos, que son los que se han estudiado con mayor exactitud desde la perspectiva médica.

Para hablar del DoM, es necesario hablar de la consciencia. Esta cuestión ha sido históricamente una de las más investigadas desde que se popularizó en psicología (Neumann, 2015), cuando se la propuso más como una función de experiencias particulares que como una entidad independiente, proponiendo a la consciencia desde fuera del dualismo clásico de esa época (James, 1904), es decir fuera de la independencia entre mente y cuerpo, acercándose a la visión materialista. Se llegó a un acuerdo en el que, cuando la consciencia es sometida a un análisis psicológico, se pueden diferenciar dos aspectos clave de ella: (1) lo que se denominó “imágenes mentales” y (2) un “yo” que es propietario de estas imágenes (Chambers, 1930). Esta capacidad de que exista tanto una percepción de las imágenes mentales, como la del yo que es propietario de ellas, parece una capacidad

humana innata.

Podría plantearse entonces si esta experiencia pudiera estar presente en otros animales. Damásio ofrece una respuesta a esta pregunta hipotética, analizándolo a nivel neuronal, como una cuestión puramente numérica: reflexiona sobre a partir de cuántas conexiones sinápticas podría estar emergiendo la experiencia de la consciencia (Damásio, 2010). Hay gusanos que con 302 neuronas y menos de 8.000 conexiones sinápticas (Petrushin y cols., 2014), son capaces de actuar desde los principios marcados por el conductismo radical de Skinner, pero para Damásio eso no responde a si esos gusanos tienen consciencia, ni si experimentan las sensaciones físicas. Desde una perspectiva evolutiva, Damásio plantea 4 capas de la consciencia que fueron surgiendo por adaptación al medio: una primera capa, en la que surgen las respuestas inmunes, los reflejos básicos, la regulación metabólica...; una segunda capa en la que se generan comportamientos más complejos como el dolor y el placer; una tercera capa de instintos y motivaciones y; una cuarta capa que tiene las emociones sociales, primarias y de fondo.

Estos planteamientos hipotéticos de cómo emergen cualidades nuevas ante la unión de varios elementos se puede ver reflejada también en otras ciencias como la física, desde una visión materialista. Ante la duda del surgimiento de la consciencia, desde la física, no puede explicarse desde las fuerzas fundamentales ni desde las partículas ni su combinación. Para ello se atiende al fenómeno de “emergencia”, que hace referencia a que la agrupación de varios elementos permite que surjan propiedades nuevas. Este fenómeno se puede observar claramente con la temperatura. Un protón por sí solo no tiene temperatura, el fenómeno emerge de la combinación de millones de estos elementos; lo mismo pasaría con la presión, la entropía (Santaolalla, 2023) ... y otras cualidades físicas.

Tras varias reuniones entre autores de renombre (Low y cols., 2012), se consensuó que el paso decisivo entre animales con consciencia y sin consciencia parece darse con la evolución de los amniotas, diferenciando los grandes grupos de vertebrados, anfibios y aves, dejando fuera de la consciencia a anfibios y peces (Damásio, 2010), aunque pueden existir excepciones como el pulpo (Mather, 2021) y otros animales (Low y cols., 2012), que hayan podido desarrollarla o evolucionar con un proceso similar.

Atendiendo a esta perspectiva, se encontrarían varias regiones fundamentales para el surgimiento de la consciencia: “los colículos superiores (estructuras gemelas de la parte posterior del cerebro medio, conocida como tectum); toda la región del córtex cingulado; el tálamo y algunos córtex prefrontales (Montserrat, 2003). Especialmente es relevante la parte del tectum, ya que si se daña esa parte (atendiendo a sus dos regiones principales), o bien la persona entra en coma, o bien se queda encerrada en sí misma, es decir, tiene consciencia, pero sin conexión con el exterior (Damásio, 2010). Una vez se tiene esa consciencia, es cuando se puede empezar a desarrollar una identidad, un Yo, y posteriormente el DoM. Damásio también propone una línea evolutiva que plantea cómo se pasa de esa consciencia, esa identidad, ese yo, a una mente (Damásio, 2010). En esta, existen diferentes Yos, como el asociado a un cuerpo, el de la voluntad, el yo como toma de perspectiva (de diferenciarse uno de los otros), el yo como narrativa (el creado por el lenguaje), el yo social (generado por cómo me ve el resto), etc. (Montserrat, 2003). Sin embargo, en el planteamiento del DoM, estas explicaciones se trabajan y detallan desde la perspectiva Contextual- Funcional, ya que se cuenta con mayor aporte creado por la investigación básica en cuanto a la precisión en las predicciones y procesos relacionados con la conducta (Guinther y Dougher, 2015), observándola necesariamente desde un contexto que actúa sobre ella y sobre la

propia conducta. En palabras de Skinner, “los hombres actúan en el mundo y lo cambian, y a su vez son cambiados por las consecuencias de sus actos” (Skinner, 1981). Por tanto, biológicamente, para el DoM hace falta esta unidad de consciencia que se explica evolutiva y anatómicamente, para luego pasar a explicar desde la psicología conductual el cómo se aprende el DoM.

El DoM como proceso desde la perspectiva Contextual-Funcional. El DoM referencia a un repertorio de conductas inflexibles y generalizadas que implican una relación particular con los eventos privados que suceden en relación con el Yo, fundamentalmente el cómo se relaciona el Yo como contexto con el Yo como Contenido (más información, en El Yo, la Identidad, el *Self* de la Introducción). Para conseguir una forma de relacionarse diferente, sin DoM, más centrada en el contexto inmediato, se han entrenado clásicamente, mediante mindfulness, varios procesos, a saber: la aceptación, el descentramiento y el desapego (más información en el apartado *Delusion Of Me*, de la Introducción).

Se propone al DoM como la consecuencia de varios procesos que se podrían hipotetizar desde la perspectiva contextual-funcional:

- (1) **El Origen del DoM.** El DoM surge tras (aparte de necesariamente una genética y fisiología que se explica biológicamente en el apartado anterior), un entrenamiento inflexible en dar coherencia al Yo como contenido, habiendo sido esta conducta reforzada intermitentemente por las consecuencias exitosas de haber evitado o escapado inmediatamente del malestar mediante la coherencia verbal de este yo, e impidiendo la aparición de conductas realizadas desde el yo como proceso (como la observación, descripción o apertura). Un individuo con DoM no está entrenado en

enmarcar deícticamente su Yo, por lo que no discrimina su propia experiencia de existir (yo como contexto) de los contenidos privados como son sensaciones, pensamientos, emociones e impulsos (yo como contenido). Al no existir esta diferenciación, la persona busca “dejar de ser” esos contenidos cuando estos son aversivos.

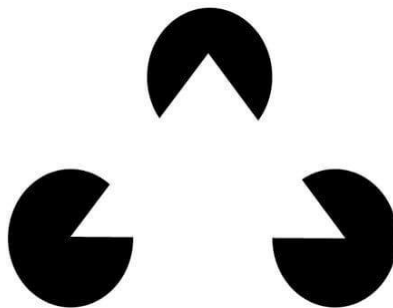
- (2) **El DoM, el Sufrimiento y el TLP.** Esa búsqueda de huir de los elementos aversivos ha tenido éxito en la historia de aprendizaje del individuo de forma intermitente, sin embargo, la persona con DoM generaliza la respuesta de escape y lo busca de forma inflexible ante el estímulo discriminativo (ED) de estos eventos privados. Aquellas personas con DoM no discriminan entre cuándo ese escape se puede realizar con éxito y cuándo no. El sufrimiento principal vendría de la experiencia que se daría como resultado tras no poder escapar o evitar ese malestar, o cuando reaparece al poco tiempo de huir de él. El DoM surge esencialmente de ese escape de eventos privados creados a raíz del yo como contenido: no saber diferenciarse de las experiencias como el malestar (y de ahí derivar, por ejemplo “ser el malestar”), como pensamientos (por ejemplo, no saber diferenciarse del pensamiento “soy inútil”), como impulsos (por ejemplo “no puedo hacerlo si no tengo ganas”), como emociones (por ejemplo, “no puedo ser tan feliz como el resto”). Que el DoM surja así guarda coherencia con las investigaciones básicas de la TMR, especialmente con los resultados vistos con la exposición a electroshock, donde se puede observar cómo, sin una exposición directa al estímulo aversivo (sirve con que sea un evento privado cognitivo), el organismo puede reaccionar como si el evento estuviera presente físicamente en ese momento, incluso aunque no se haya tenido jamás experiencia con ese evento (Dougher y

cols., 1994, 2007). Al no estar la persona entrenada deícticamente en separarse de estos eventos privados, no utiliza otras conductas y sigue buscando la huida del malestar, de forma totalmente inflexible, sin otra opción conductual. La principal huida de una persona diagnosticada con TLP es ante el ED de las emociones aversivas (Eisner y cols., 2013), generando secundariamente lo que se conoce como sobreproducción emocional, la consecuencia de cuando esta huida resulta infructuosa. Se centra en la resolución del conflicto a nivel mental (“pensamientos en los que la situación se resuelve”) sin poder resolver los conflictos a nivel físico (“llevar a cabo esas acciones”).

- (3) **Reducir el DoM con Mindfulness.** Mindfulness permitiría un entrenamiento en enmarcar deícticamente la experiencia del Yo, entrenándolo como proceso, añadiendo así las experiencias del Yo como contexto diferenciado del yo como contenido y observando así la incoherencia, problemática e ineficacia, en muchas ocasiones, del yo como contenido. Una vez se observa esa incoherencia, se abre la posibilidad de entrenar nuevas conductas muy relevantes: la enmarcación deíctica entre Yo y eventos privados (descentramiento), el cese de la inflexibilidad en huir de los eventos privados aversivos y de buscar los apetitivos (desapego) y la apertura a la experiencia de la realidad inmediata, sea agradable o desagradable (aceptación). La selección de qué conducta realizar (desde el DoM o fuera de él) se dará en función de las claves contextuales, del ED y de la nueva historia del individuo. Por tanto, Mindfulness castiga el DoM, ampliando el repertorio conductual más allá del yo como contenido. Una vez se ha entrenado el DoM, no se desaprende, es decir, una vez creada esa identidad, ese Yo, no se puede eliminar o desaprender; solo se puede

entrenar a la persona a ser consciente de que el DoM está presente y que el patrón conductual suele poner el foco de acción en la información que trae el DoM. Para entenderse más fácilmente, se puede usar la analogía con los idiomas; si se nos habla en nuestra lengua vernácula, entendemos “aunque no queramos”, a la persona en ese idioma; es una consecuencia de aprenderlo. Lo mismo pasa con el DoM, una vez se crea (es decir, una vez se ha entrenado y reforzado el yo como contenido) es difícil no actuar desde ahí, a no ser que se realicen otros entrenamientos que sean más reforzantes. Volviendo a utilizar analogías, Mindfulness y el DoM podrían compararse con un mago y su espectáculo ilusionista: la experiencia de ver a un mago realizando su espectáculo no se ve igual, ni se vive igual cuando se conoce el truco ilusorio que cuando no (Soler, 2020). Mindfulness abriría la puerta a vivir el espectáculo desde el desconocimiento (aferrado al DoM) o conociendo el truco (observando con distancia el DoM), lo que cambiaría la experiencia interna. Se puede también añadir otra analogía, con el DoM sucede como con los estudios de la Gestalt que, proyectando tres ángulos independientes, la propia historia de aprendizaje completa la figura proyectando un triángulo donde no lo hay (véase Figura 5), y aun sabiéndolo, no se puede eliminar el triángulo de nuestra percepción (Soler, 2020).

Figura 5. Triángulo de la Gestalt



El actual estudio arroja luz, principalmente, en dos de estos supuestos. Por un lado, se ha encontrado que sí existe un mayor DoM en la población clínica con TLP (H1) y que aparte este DoM se relaciona en esta población en mayor medida con la propia sintomatología, la desregulación emocional y la angustia psicológica (H2.1, H2.2 y H2.3). Igualmente, se ha observado que el entrenamiento de mindfulness mejora el DoM de forma significativa con respecto a otros entrenamientos (Hipótesis 3). En este estudio parece encontrarse un primer sustento de que estos procesos sí que guardan relación con la problemática del TLP (véase los datos tabla 8 y 9) y que asimismo es independiente de la desregulación emocional. No solo se encuentran mejoras en el TLP, sino que se añaden mejoras en la parte emocional descrita por Linehan (véase tabla 8 y 9) y en las principales sintomatologías comórbidas de trastornos como: ansiedad, depresión y estrés (véase tabla 8 y 9). Estos cambios se producen en la sintomatología del TLP exclusivamente con el DoM sin que juegue un papel significativo en la desregulación emocional, lo sugiere que Mindfulness, no solo permite entrenar en mayor medida sobre el DoM, sino que parte de las mejoras en la sintomatología TLP vienen explicadas únicamente por la mejora en el DoM y no por la mejora en la desregulación emocional. Esto supondría que los cambios en el DoM sean para la sintomatología del TLP imprescindibles, aparte de la desregulación emocional, principal hipótesis de la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan, la cual es abalada por metanálisis (Daros y Williams, 2019).

Y, aunque en esta tesis no se ha realizado investigación básica para el punto 1, sí que se observan estas alteraciones propuestas del Yo en el TLP cuando se ha investigado. El grado en que otras personas influyen sobre la experiencia del Yo tiene una influencia excesiva en el TLP en comparación con población clínica (Kanter y cols., 2001). El mecanismo de

Génesis del Yo del DoM está basado en el propuesto por estos autores, por lo que podría esperarse que se encuentren resultados verosímiles, los cuales son coherentes a su vez con la perspectiva contextual-funcional y con una idea de relevancia para Skinner sobre el Yo: cuando el mundo privado se vuelve importante para los demás, acaba volviéndose importante para uno mismo (Skinner, 1974); en el TLP, el miedo al abandono del resto se convierte en un síntoma clave, por lo que esa coherencia en la propuesta se ve reforzada, ya que el Yo se aprende por interacción social (Skinner, 1953).

En definitiva, tras estos estudios parece necesario tener en cuenta el DoM y su entrenamiento, de cara a realizar intervenciones más efectivas para el TLP. Se analizarán las principales limitaciones de esta investigación a continuación.

Limitaciones Metodológicas

Aunque los resultados son prometedores, es necesario y muy relevante matizar varias carencias metodológicas de estos estudios y algunas otras hipótesis explicativas de los resultados.

Respecto al diseño experimental, actualmente en las intervenciones psicológicas se suele exigir la realización de ensayos clínicos controlados y aleatorizados. Por un lado, con respecto a la captación de la muestra, no se ha realizado un análisis previo del número de personas que es necesario tratar (NNT) en la intervención. Tampoco se ha podido llevar así a cabo por completo, una asignación aleatoria entre grupos, por lo que pasa a ser un estudio cuasiexperimental. Para la hipótesis principal se ha conseguido grupo control, pero para otras no. Para la H2 no hay comparativa con un grupo control, sino que se utiliza el procedimiento estadístico de la regresión para buscar la predicción de las medidas. Aunque

esta metodología es ampliamente utilizada para modelos predictivos como el aquí descrito (DATAtab Team, 2023), estudios futuros deberían añadir la comparativa para ganar calidad en los resultados.

La H3 sí que utiliza un grupo control activo, sin embargo, estos grupos no han sido aleatorizados a la hora de asignar a los participantes, lo que puede influir en los resultados. Para su disposición en los grupos se hacía por orden de llegada y la selección de los individuos era no probabilística, ya que eran seleccionados tras la evaluación de un psicoterapeuta para conocer si encajaba en el TLP.

La H1 y H2 utilizan un estudio descriptivo y correlacional, por lo que no se pueden sacar conclusiones de direccionalidad de la relación, no obstante, los hallazgos encontrados en la H2 parecen indicar que la direccionalidad apunta a que para la génesis de la desregulación emocional es necesario el DoM. Futuros estudios podrían buscar esta direccionalidad de forma más exhaustiva, comparando intervenciones en muestras clínicas y no clínicas y observando las comparativas. Los resultados de esta hipótesis también podrían deberse a que el DoM y el DERS pueden estar midiendo procesos similares (haya *overlapping*).

Con respecto a esta H1 las muestras analizadas son de estudios diferentes, por lo que podría haber diferencias en los resultados acusadas de múltiples factores que no estén analizados.

Por otro lado, en el estudio 3 se han obtenido los datos de aquellas personas que han finalizado el entrenamiento, lo que puede sesgar los datos debido a que no se conoce sobre aquellas personas que abandonan el estudio. No obstante, el abandono ha sido similar en ambos grupos (5 y 7 participantes).

A todas estas limitaciones se añadirían las problemáticas sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas y los factores inespecíficos que pueden influir en el cambio terapéutico (Castro-Solano, 2003).

Es necesario matizar que muchas de estas limitaciones metodológicas se tenían en cuenta, pero eran totalmente inviables para esta investigación, ya que no existía ninguna financiación del proyecto, ni logísticamente se podían realizar algunos cambios en la intervención realizada, al ser esta ofrecida en un hospital público y teniendo todos los participantes derecho a la intervención: la única opción éticamente válida era la de comparar los grupos ya eficaces, incluyendo a los participantes conforme solicitasen la intervención. Aunque esto pueda parecer un inconveniente, es necesario también poner de manifiesto que este diseño guarda más relación con el ámbito principal en el que se aplica la terapia: la unidad de trastorno límite hospitalaria, por lo que los resultados pueden ser más naturalistas. En el futuro se podría financiar un estudio más exhaustivo con casos y controles para la Hipótesis 1 y se podrían utilizar metodologías de aleatorización que hubieran dado mayor calidad a los resultados para la Hipótesis 3, pudiendo los grupos empezar de forma simultánea en vez de consecutiva.

Otra limitación relacionada es el uso de solo dos habilidades de la DBT para la comparativa de la H3. Muchos de los datos expuestos en la introducción fueron obtenidos en estudios que consideraban la DBT completa, no obstante, resultados conseguidos en la misma población encontraban la efectividad del entrenamiento de habilidades analizando las principales variables (Soler y cols., 2009). En este estudio se han analizado las comparaciones solo entre dos de estas principales variables, la efectividad interpersonal y mindfulness. La elección de las habilidades fue elegida debido a que Mindfulness se

hipotetizaba como principal variable de cambio en el DoM y la efectividad interpersonal porque era la variable más utilizada. Para conocer este dato, se realizó en la base de datos Pubmed una revisión de la evidencia encontrada para el Trastorno Límite de Personalidad unido a la intervención de la terapia Dialéctica Conductual (la estrategia de búsqueda fue: ("borderline personality disorder") AND ("dialectical behavior therapy")), incluyendo como criterio de búsqueda solo aquellos estudios aleatorizados con grupo control. Aparecieron 63 artículos obtenidos a fecha de 06/07/2022, y se fueron seleccionando las medidas que aparecían en los artículos. En el proceso, se eliminaron artículos que no tuvieran una población con diagnóstico de TLP o que no utilizaran DBT, también se eliminaron las medidas de corte exclusivamente psicoanalista, así como las medidas que no guardaban información directa de los participantes (como costes de la intervención) y las medidas sociodemográficas (estas porque no quedaban claramente registradas en la metodología de la mayor parte de estudios). En el proceso final, se desecharon mediciones que solo se hubieran registrado en un estudio. Finalmente, las variables encontradas se presentan en la Tabla 11. Se observan las medidas principales encontradas, así como los cuestionarios más utilizados (ordenados del más utilizado al menos), las abreviaturas y el número de artículos en los que se utilizaban estas mediciones. Los artículos resultantes finales fueron 41 (Andreasson y cols., 2014, 2016; Bedics y cols., 2012; Boritz y cols., 2016; Clarkin y cols., 2004, 2007; Dimeff y cols., 2011; Euler y cols., 2019; Fassbinder y cols., 2018; Harned y cols., 2014, 2018, 2020; Harned, Jackson, y cols., 2010; Harned y cols., 2008; Hirsh y cols., 2012; Kleindienst y cols., 2021; Krantz y cols., 2018; Laursen y cols., 2021; Levy y cols., 2006; Lin y cols., 2019; Linehan, 1991, 1993c; Linehan y cols., 1994, 1999, 2002, 2006, 2015; McMMain y cols., 2009, 2012; McMMain, Chapman, y cols., 2018; Neacsu y cols.,

2010; Neacsiu, Eberle, y cols., 2014; Neacsiu, Lungu, y cols., 2014; Sahin y cols., 2018; Stratton y cols., 2020; van den Bosch y cols., 2014; Walton y cols., 2020; Wilks y cols., 2016; Wnuk y cols., 2013; Zeifman y cols., 2020). Ahí se puede observar que como variables intervinientes del entrenamiento de habilidades las más estudiadas han sido las de efectividad interpersonal (en 14 estudios frente a los 8 de regulación emocional). A pesar de esta justificación de la elección de la habilidad interpersonal, en este estudio se dejan dos grupos sin analizar y sin ver si influyen en el cambio, así como los cambios indirectos que pueden estar realizando otras partes de la intervención.

El presente estudio vivió la crisis sanitaria derivada del COVID-19, lo que supuso variaciones en la intervención. Por ello, se ajustó la terapia a las características que demandaba la situación del COVID-19, como ofrecer parte del entrenamiento de forma online. No obstante, esta situación afectó en sendos grupos de intervención, por lo que no se estima como una variable de especial relevancia.

Por otro lado, no se han realizado todos los ciegos durante todo el ensayo realizado. Solo había un proceso de ciego con respecto a la intervención para los pacientes y otro con respecto al analista de datos, pero no para el interventor, que conocía las hipótesis del estudio.

Con respecto a los mecanismos del DoM como proceso teorizados: a pesar de la confirmación de las hipótesis, de los beneficios encontrados y de la coherencia entre el modelo explicativo y los resultados, es importante resaltar que no se ha realizado ningún diseño que corrobore partes relevantes del proceso; (1) no se ha realizado ninguna investigación básica que busque

Tabla 11. Principales Variables utilizadas en los Estudios Controlados Aleatorizados para el Trastorno Límite de Personalidad que utilizan la Terapia Dialéctico Conductual

Variable Genérica	Variable Concreta	Instrumentos	Abreviatura	Uso
TLP	Sintomatología TLP	Structured Clinical Interview for DSM Disorders; Treatment History Interview; Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder; The Borderline Symptom List-23; Brief Symptom Inventory; The BSL-23; Borderline Personality Disorder Severity Index; otros	SCID, THI, ZRSBDP, BSI, BPDSI	30
	Sintomatología Suicida	Suicide Attempt Self-Injury Interview; Parasuicide History Interview; The Suicidal Behaviors Questionnaire; Beck's Suicide Intent Scale; The self-report form of the Scale for Suicide Ideators; y Otros	SASII; PHI; SBQ; SIS; SSI (SR)	23
Sintomatología Psicopatológica	Sintomatología Médica	International Personality Disorder Examination; the Symptom Checklist-90-Revised; Medical Outcomes Study; Patient Health Questionnaire-9 y Otros	IPDE; SC-90-R; SF-36; PHQ-9	18
	Depresión	Beck Depression Inventory; The Beck Hopelessness Scale; Hamilton Rating Scale for Depression y Otros	BDI/BDI-II; BHS; HRSD	17
	Ira	State-Trait Anger Scale/Inventory y Otros	STAXI/ STAI	14
	Trauma	The PTSD Symptom Scale-Interview; Trauma Related Guilt Inventory; The Post-Traumatic Cognitions Inventory; y Otros	PSS-I; TRGI; PTCI	7
	Impulsividad	Barratt Impulsiveness Scale	BIS	5
	Disociación	Dissociative Experiences Scale-Taxon y Otro	DES-T	5
	Ansiedad	Hamilton Rating Scale for Anxiety y Otros	HRSA	4
	Alcohol/Drogas	Medidas de Alcohol y Drogas		3
	Vergüenza	Experience of Shame Scale	ESS	2
	Autoestima	Rosenberg's Self-Esteem scale	RSE	2
Salud y Bienestar	Calidad de Vida	EuroQol-5D; The Reasons for Living Inventory, Survival and Coping Scale y Otros	EuroQol-5D; RLI SCS	12
	Funcionamiento Global y Ajuste	Global Adjustment/Assessment Scale y DSM-IV Global Assessment of Functioning Scale	GAS y GAFs	9
	Cognitivas	The Cognitive error questionnaire y Otros	CEQ	4
Desarrollo Habilidades	Habilidades Interpersonales	Inventory of Interpersonal Problems; Global Social Adjustment; Interview and Social Adjustment Scale; Working Alliance Inventory; Social History Interview; y Otro	IIP; GSA; ISAS; WAI; SHI	14
	Tol. Malestar	DBT Ways of Coping Checklist y Otros	DBT-WCCL	8
	Regulación Emocional	Difficulties Emotion Regulation Scale y Otro	DERS	7
	Mindfulness	The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills	KIMS	4
	Aceptación	Acceptance and action questionnaire	AAQ	2

si el Origen del DoM viene explicado por la visión contextual-funcional; (2) aunque se encuentran correlaciones y causalidad entre DoM y sufrimiento en el TLP, este no puede generalizarse a toda la población clínica y serían necesarios estudios más amplios y detallados para confirmarlo, así como, nuevamente, un análisis exhaustivo de si estos cambios son debidos a los procesos mencionados; (3) aunque se ha encontrado que el DoM se puede entrenar con mindfulness, no se han observado todas las habilidades de la DBT ni se han observado otras intervenciones potencialmente efectivas.

No obstante, estos resultados son un primer avance para trabajar en esa línea y buscar la coherencia entre esas relaciones. En definitiva, muchos aspectos aún se pueden analizar y rediseñar, como se menciona a continuación.

Futuras Investigaciones

En definitiva, atendiendo a las limitaciones expuestas anteriormente, se cree que pueden surgir tres líneas de investigación principales:

- 1) Investigaciones básicas que comprueben los procesos teorizados que pueden existir detrás del DoM desde la perspectiva contextual y funcional. En ello se debe observar si los puntajes en la escala DoM incrementan sí y solo sí se dan los pasos descritos en el Origen del DoM. Una de las pruebas existentes que podrían utilizarse para es “*The Experience of Self Scale (EOSS)*” (Parker y cols., 1996) para analizar y medir la experiencia del yo, el cual ha mostrado buenas propiedades psicométricas y resultados en España (Valero-Aguayo y cols., 2012, 2014).
- 2) Diseños metodológicos más exhaustivos, que puedan garantizar el uso de una selección de la muestra probabilística, como el muestreo aleatorio simple, y el uso de

un ensayo controlado y aleatorizado en todas sus hipótesis. También que se añada el triple ciego para la implementación de la intervención. Se recomienda realizar la comparativa con los cuatro grupos de entrenamiento de habilidades y con otro brazo que se encargue de recoger otra Intervención Basada en la Evidencia, e incluso un grupo de Lista de Espera que demuestre la estabilidad del DoM sin intervenciones. Todo ello mejoraría la calidad de los hallazgos, sobre todo de cara a hablar de una causalidad.

- 3) Estudios de fiabilidad y validez que busquen detectar posibles solapamientos entre las variables de resultado y que aúnen los diferentes procesos que parecen explicar el TLP, su problemática y sus variables de mejora. También estudios que busquen si el DoM es una variable extrapolable a otras poblaciones clínicas.

Conclusiones

PRIMERA: el constructo del DoM afecta más a la población con TLP que a la población no clínica.

SEGUNDA: el constructo del DoM se observa como una variable mediadora para la reducción de síntomas centrales del TLP, de las emociones secundarias que se observan como una de las principales problemáticas del TLP y de algunos síntomas comórbidos como la ansiedad y la depresión. Todo ello aun cuando se tienen en cuenta los niveles de disregulación emocional.

TERCERA: se ha encontrado que una forma eficaz de mejorar el DoM es el entrenamiento en la habilidad de mindfulness de la DBT.

CUARTA: futuros estudios podrían centrarse en realizar investigación básica que sustente los constructos componentes del DoM, así como una replicación subsanando las limitaciones del presente trabajo en muestras mayores de sujetos.

CONCLUSIÓN FINAL: el constructo del DoM es una variable de utilidad para la población con TLP, cuya modificación afecta a variables relacionadas con su cuadro clínico aun cuando se considera la variable principal de disregulación emocional, siendo mindfulness una intervención eficaz para la mejora de esta habilidad que mide el DoM.

Referencias

- Abasi, I., Dolatshahi, B., Farazmand, S., Pourshahbaz, A., y Tamanaeefar, S. (2018). Emotion Regulation in Generalized Anxiety and Social Anxiety: Examining the Distinct and Shared Use of Emotion Regulation Strategies. *Iranian journal of psychiatry*, 13(3), 160-167. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30319698>
- Abbott, A., y Jones, P. (2021). Government response to increased demand for public services: The cyclicity of government health expenditures in the OECD. *European Journal of Political Economy*, 68, 101988. <https://doi.org/10.1016/j.ejpoleco.2020.101988>
- Aghaie, E., Roshan, R., Mohamadkhani, P., Shaeri, M., y Gholami-Fesharaki, M. (2018). Well-Being, Mental Health, General Health and Quality of Life Improvement Through Mindfulness-Based Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 20(3). <https://doi.org/10.5812/ircmj.16231>
- Aguayo, L. V., Ferro-García, R., y Bermúdez, M. Á. L. (2015). *Psicoterapia analítica funcional: el análisis funcional en la sesión clínica*. Síntesis.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., y Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 74-91.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>

Altabe, M., y Thompson, J. K. (1996). Body image: A cognitive self-schema construct?

Cognitive Therapy and Research, 20(2), 171-193. <https://doi.org/10.1007/BF02228033>

Alvarez-Tomás, I., Soler, J., Bados, A., Martín-Blanco, A., Elices, M., Carmona, C., Bauzà,

J., y Pascual, J. C. (2017). Long-Term Course of Borderline Personality Disorder: A

Prospective 10-Year Follow-Up Study. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 590-

605. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_269

Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., y Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline

personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model.

Neuroscience and biobehavioral reviews, 40, 6-19.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>

American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders 3rd edn. American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (2013). DSM 5. En *American Journal of Psychiatry*.

Andreasson, K., Krogh, J., Rosenbaum, B., Gluud, C., Jobes, D. A., y Nordentoft, M. (2014).

The DiaS trial: dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and

management of suicidality on self-harm in patients with a recent suicide attempt and

borderline personality disorder traits - study protocol for a randomized controlled trial.

Trials, 15(1), 194. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-194>

Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K. L., Krakauer, K., Gluud, C.,

Thomsen, R. R., Randers, L., y Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical

behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality

- treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder-a randomized observer-blinded clinical trial. *Depression and Anxiety*, 33(6), 520-530. <https://doi.org/10.1002/da.22472>
- Andresen, J. T. (1990). Skinner and Chomsky thirty years later. *Historiographia Linguistica*, 17(1-2), 145-165. <https://doi.org/10.1075/hl.17.1-2.12and>
- Aron, L. (2000). Self-reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 17(4), 667-689. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.17.4.667>
- Arredondo, M., Sabaté, M., Valveny, N., Langa, M., Dosantos, R., Moreno, J., y Botella, L. (2017). A mindfulness training program based on brief practices (M-PBI) to reduce stress in the workplace: a randomised controlled pilot study. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 23(1), 40-51. <https://doi.org/10.1080/10773525.2017.1386607>
- Atkins, P. W. B., y Styles, R. G. (2016). Measuring self and rules in what people say: exploring whether self-discrimination predicts long-term wellbeing. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(2), 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.05.001>
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., y Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), 37-42. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.535582>
- Bados, A., Solanas, A., y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-683.

<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8331>

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barley, W. D., Buie, S. E., Peterson, E. W., Hollingsworth, A. S., Griva, M., Hickerson, S. C., Lawson, J. E., y Bailey, B. J. (1993). Development of an Inpatient Cognitive-Behavioral Treatment Program for Borderline Personality Disorder. En *Journal of Personality Disorders* (Vol. 7, Número 3). <https://doi.org/10.1521/pedi.1993.7.3.232>
- Barnes-Holmes, Y., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*.
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Alvarez, E., Zanarini, M. C., y Pérez Sola, V. (2004). Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas españolas de psiquiatria*, 32(5), 293-298. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15529214>
- Batchelor, S. (1997). Buddhism without Beliefs: Stephen Batchelor's New Book Proposes a Profound and Passionate Agnosticism as an Authentic Approach to Dharma. *Tricycle: the Buddhist review*, 6(3), 18-23.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2003). Health Service Utilization Costs for Borderline Personality Disorder Patients Treated With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization Versus General Psychiatric Care. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 169-171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.169>
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., y Linehan, M. (2012). Treatment differences in

the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 66-77. <https://doi.org/10.1037/a0026113>

Behavioral Tech. (2022). *Core Evidence and Research*. Research. <https://behavioraltech.org/research/evidence/>

Beresin, E., y Gordon, C. (1981). Emergency ward management of the borderline patient. *General Hospital Psychiatry*, 3(3), 237-244. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(81\)90008-6](https://doi.org/10.1016/0163-8343(81)90008-6)

Bergomi, C., Tschacher, W., y Kupper, Z. (2013). Measuring Mindfulness: First Steps Towards the Development of a Comprehensive Mindfulness Scale. *Mindfulness*, 4(1), 18-32. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0102-9>

Bernstein, A., Hadash, Y., y Fresco, D. M. (2019). Metacognitive processes model of decentering: emerging methods and insights. *Current Opinion in Psychology*, 28, 245-251. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.01.019>

Bernstein, A., Hadash, Y., Lichtash, Y., Tanay, G., Shepherd, K., y Fresco, D. M. (2015). Decentering and Related Constructs. *Perspectives on Psychological Science*, 10(5), 599-617. <https://doi.org/10.1177/1745691615594577>

Besch, V., Debbané, M., Greiner, C., Magnin, C., De Nérès, M., Ambrosetti, J., Perroud, N., Poulet, E., y Prada, P. (2020). Emergency psychiatric management of borderline personality disorder: Towards an articulation of modalities for personalised integrative care. *L'Encéphale*, 46(6), 463-470. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.013>

- Bhikkhu, B. (1989). *Handbook For Mankind - Principles of Buddhism* (White Lotu).
- Biehler, K. M., y Naragon-Gainey, K. (2022). Clarifying the Relationship Between Self-Compassion and Mindfulness: an Ecological Momentary Assessment Study. *Mindfulness*, 13(4), 843-854. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01865-z>
- Bieling, P. J., Hawley, L. L., Bloch, R. T., Corcoran, K. M., Levitan, R. D., Young, L. T., MacQueen, G. M., y Segal, Z. V. (2012a). Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(3), 365-372. <https://doi.org/10.1037/a0027483>
- Bieling, P. J., Hawley, L. L., Bloch, R. T., Corcoran, K. M., Levitan, R. D., Young, L. T., MacQueen, G. M., y Segal, Z. V. (2012b). Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 365-372. <https://doi.org/10.1037/a0027483>
- Biglan, A., y Hayes, S. C. (2015). Functional Contextualism and Contextual Behavioral Science. En *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 37-61). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch4>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Biskin, R. S. (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. S., y Paris, J. (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 184(16), 1789-1794. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090618>

Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., Phillips, K. A., Robins, C., Siever, L. J., Silk, K. R., Williams, J. B. W., y Zimmerman, M. (2011). Attitudes Toward Borderline Personality Disorder: A Survey of 706 Mental Health Clinicians. *CNS Spectrums*, 16(3), 67-74. <https://doi.org/10.1017/S109285291200020X>

Boggiano, J. P., y Gagliessi, P. (2021). *Terapia Dialéctico Conductual. Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional (Tres Olas)*. Tres Olas Ediciones. <https://tresolasediciones.com/tienda/libros/terapia-dialectico-conductual-dbt/terapia-dialectico-conductual/>

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., y Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.005>

Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., y Wolf, M. (2009). The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1159/000173701>

Boritz, T., Barnhart, R., y McMMain, S. (2016). The Influence of Posttraumatic Stress Disorder on Treatment Outcomes of Patients With Borderline Personality Disorder.

Journal of Personality Disorders, 30(3), 395-407.
https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_207

Bornovalova, M. A., Huibregtse, B. M., Hicks, B. M., Keyes, M., McGue, M., y Iacono, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 180-194. <https://doi.org/10.1037/a0028328>

Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Phillips, R., y Moran, P. (2012). Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009353.pub2>

Bradley, R. G., y Follingstad, D. R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 337-340. <https://doi.org/10.1023/A:1024409817437>

Brown, D. B., Bravo, A. J., Roos, C. R., y Pearson, M. R. (2015). Five Facets of Mindfulness and Psychological Health: Evaluating a Psychological Model of the Mechanisms of Mindfulness. *Mindfulness*, 6(5), 1021-1032. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0349-4>

Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., y Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 371-377. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10883553>

Brown, K. W., y Leary, M. R. (2016). *The Oxford handbook of hypo-egoic phenomena*. Oxford University Press.

Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring

- mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph078>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1251-1263. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Cash, M., y Whittingham, K. (2010). What Facets of Mindfulness Contribute to Psychological Well-being and Depressive, Anxious, and Stress-related Symptomatology? *Mindfulness*, 1(3), 177-182. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0023-4>
- Castro-Solano, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate*, 3, 59. <https://doi.org/10.18682/pd.v3i0.503>
- Cebolla, A., García-Palacios, a., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). En *The European Journal of Psychiatry* (Vol. 26, Número 2). *European Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Chambers, L. P. (1930). Does Consciousness Exist? *Monist*, 40(2), 256-280. <https://doi.org/10.5840/monist193040244>
- Chapman, A. L. (2006). Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 3(9), 62-68. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20975829>
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., y Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-

- harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Chapman, J., Jamil, R., y Fleisher, C. (2022). *Borderline Personality Disorder*. StatPearls [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/>
- Chaput, Y. J. A., y Lebel, M.-J. (2007). Demographic and Clinical Profiles of Patients Who Make Multiple Visits to Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services*, 58(3), 335-341. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.335>
- Chomsky, N. (1959). A Review of BF Skinner's Verbal Behavior. *Language*, 35(1), 26-58.
- Cirulli, F., Francia, N., Berry, A., Aloe, L., Alleva, E., y Suomi, S. J. (2009). Early life stress as a risk factor for mental health: Role of neurotrophins from rodents to non-human primates. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 33(4), 573-585. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.09.001>
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., y Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation Randomized Control Trial for Borderline Personality Disorder: Rationale, Methods, and Patient Characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 52-72. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.52.32769>
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., y Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
- Coid, J. W. (1993). An Affective Syndrome in Psychopaths with Borderline Personality Disorder? *British Journal of Psychiatry*, 162(5), 641-650.

<https://doi.org/10.1192/bjp.162.5.641>

Cruitt, P. J., Boudreaux, M. J., Jackson, J. J., y Oltmanns, T. F. (2018). Borderline personality pathology and physical health: The role of employment. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(1), 73-80.

<https://doi.org/10.1037/per0000211>

Cuijpers, P., van Straten, A., y Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318-326.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>

Damásio, A. (2010). Self comes to mind: Constructing the conscious brain. En *Self comes to mind: Constructing the conscious brain*. Pantheon/Random House.

Daros, A. R., y Williams, G. E. (2019). A Meta-analysis and Systematic Review of Emotion-Regulation Strategies in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 27(4), 217-232. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000212>

Darwin, C. (1872). La expresión de las emociones en los animales y en el hombre (Fernández, RTR trad.). *Madrid: Alianza.(Obra recuperada en 1984)*.

DATAtab Team. (2023). *Causalidad*. <https://datatab.es/tutorial/causality>.
<https://datatab.es/tutorial/causality>

Desbordes, G., Gard, T., Hoge, E. A., Hölzel, B. K., Kerr, C., Lazar, S. W., Olendzki, A., y Vago, D. R. (2015). Moving Beyond Mindfulness: Defining Equanimity as an Outcome Measure in Meditation and Contemplative Research. *Mindfulness*, 6(2), 356-372.
<https://doi.org/10.1007/s12671-013-0269-8>

Dimeff, L. A., Woodcock, E. A., Harned, M. S., y Beadnell, B. (2011). Can Dialectical

Behavior Therapy Be Learned in Highly Structured Learning Environments? Results From a Randomized Controlled Dissemination Trial¹[1]This research, as well as the development of the online training course, was funded by two Small Business I. *Behavior Therapy*, 42(2), 263-275. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.06.004>

Distel, M. A., Middeldorp, C. M., Trull, T. J., Derom, C. A., Willemsen, G., y Boomsma, D. I. (2011). Life events and borderline personality features: the influence of gene–environment interaction and gene–environment correlation. *Psychological Medicine*, 41(4), 849-860. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001297>

Distel, M. A., Trull, T. J., de Moor, M. M. H., Vink, J. M., Geels, L. M., van Beek, J. H. D. A., Bartels, M., Willemsen, G., Thiery, E., Derom, C. A., Neale, M. C., y Boomsma, D. I. (2012). Borderline Personality Traits and Substance Use: Genetic Factors Underlie the Association With Smoking and Ever Use of Cannabis, but Not With High Alcohol Consumption. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 867-879. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.6.867>

Distel, M. A., Trull, T. J., Willemsen, G., Vink, J. M., Derom, C. A., Lynskey, M., Martin, N. G., y Boomsma, D. I. (2009). The Five-Factor Model of Personality and Borderline Personality Disorder: A Genetic Analysis of Comorbidity. *Biological Psychiatry*, 66(12), 1131-1138. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.07.017>

Division 12 of the American Psychological Association. (2022). *Borderline Personality Disorder Psychological Treatments*. Society of Clinical Psychology. <https://div12.org/psychological-treatments/disorders/borderline-personality-disorder/>

Domínguez-Clavé, E., Soler, J., Pascual, J. C., Elices, M., Franquesa, A., Valle, M., Alvarez,

- E., y Riba, J. (2019). Ayahuasca improves emotion dysregulation in a community sample and in individuals with borderline-like traits. *Psychopharmacology*, 236(2), 573-580. <https://doi.org/10.1007/s00213-018-5085-3>
- Dougher, M. J., Augustson, E., Markham, M. R., Greenway, D. E., y Wulfert, E. (1994). The transfer of respondent eliciting and extinction functions through stimulus equivalence classes. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 62(3), 331-351. <https://doi.org/10.1901/jeab.1994.62-331>
- Dougher, M. J., Hamilton, D. A., Fink, B. C., y Harrington, J. (2007). Transformation of the discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 88(2), 179-197. <https://doi.org/10.1901/jeab.2007.45-05>
- Duan, W., y Li, J. (2016). Distinguishing Dispositional and Cultivated Forms of Mindfulness: Item-Level Factor Analysis of Five-Facet Mindfulness Questionnaire and Construction of Short Inventory of Mindfulness Capability. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01348>
- Ebner-Priemer, U. W., Mauchnik, J., Kleindienst, N., Schmahl, C., Peper, M., Rosenthal, M. Z., Flor, H., y Bohus, M. (2009). Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *Journal of psychiatry y neuroscience : JPN*, 34(3), 214-222. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19448852>
- Eifert, G. H., y Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3-4), 293-312. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2003.11.001>

- Eisenlohr-Moul, T. A., Peters, J. R., Chamberlain, K. D., y Rodriguez, M. A. (2016). Weekly Fluctuations in Nonjudging Predict Borderline Personality Disorder Feature Expression in Women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(1), 149-157. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9505-y>
- Eisner, L., Gironde, S., y Deckersbach, T. (2013). Enhancing emotion regulation in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 15, 97-98. <https://doi.org/10.1111/bdi.12083>
- Ekers, D., Richards, D., y Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38(5), 611-623. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001614>
- Ekman, P., y Davidson, R. J. (1994). The nature of emotion: Fundamental questions. En P. Ekman y R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford University Press.
- Ekman, P., y Friesen, W. V. (1975). Unmasking the face Englewood Cliffs. *Spectrum-Prentice Hall, New Jersey*.
- El-Gabalawy, R., Katz, L. Y., y Sareen, J. (2010). Comorbidity and Associated Severity of Borderline Personality Disorder and Physical Health Conditions in a Nationally Representative Sample. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 641-647. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e10c7b>
- Epstei, R., Lanza, R. P., y Skinner, B. F. (1981). «Self-Awareness» in the Pigeon. *Science*, 212(4495), 695-696. <https://doi.org/10.1126/science.212.4495.695>
- Errasti-Pérez, J., Al-Halabí, S., López-Navarro, E., y Pérez-Álvarez, M. (2022). Atención plena (mindfulness): por qué es posible que funcione y por qué es seguro que triunfe.

Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 30(1), 235-248.
<https://doi.org/10.51668/bp.8322112s>

Euler, S., Stalujanis, E., Allenbach, G., Kolly, S., de Roten, Y., Despland, J.-N., y Kramer, U. (2019). Dialectical behavior therapy skills training affects defense mechanisms in borderline personality disorder: An integrative approach of mechanisms in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 29(8), 1074-1085.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497214>

Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., y Watson, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(3), 198-213.
<https://doi.org/10.1002/cbm.542>

Fassbinder, E., Assmann, N., Schaich, A., Heinecke, K., Wagner, T., Sipos, V., Jauch-Chara, K., Hüppe, M., Arntz, A., y Schweiger, U. (2018). PRO*BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*, 18(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1905-6>

Feldman, G., Greeson, J., y Senville, J. (2010). Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 1002-1011. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.006>

Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Borràs, X., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., Armario, A.,

- Alvarez, E., Pérez, V., y Soler, J. (2014). Effects of Dialectical Behaviour Therapy-Mindfulness Training on Emotional Reactivity in Borderline Personality Disorder: Preliminary Results. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 21(4), 363-370. <https://doi.org/10.1002/cpp.1837>
- Feliu-Soler, A., Soler, J., Luciano, J. V., Cebolla, A., Elices, M., Demarzo, M., y García-Campayo, J. (2016). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Nonattachment Scale (NAS) and Its Relationship with Mindfulness, Decentering, and Mental Health. *Mindfulness*, 7(5), 1156-1169. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0558-0>
- Fernández-Gel, E. (2020). *Principios de Filosofía Imprescindibles*. Adictos a la Filosofía. <https://www.youtube.com/watch?v=CyJRDOT-ZLE>
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer. https://ebg.ec/wp-content/uploads/2020/05/Manual_de_Tecnicas_de_Intervencion_Cogni.pdf
- Ferrer, M., Andion, O., Bendeck, M., Calvo, N., Prat, M., Aragonés, E., Barral, C., Casas, M., y Salvador-Carulla, L. (2015). Regional analysis of health service utilisation by persons with borderline personality disorders: implications for evidence-informed policy. *The journal of mental health policy and economics*, 18(1), 17-25. <https://doi.org/25862205>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870. <https://doi.org/10.1037/h0035605>
- First, M. B., y Gibbon, M. (1997). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I

Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). En *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment*. (pp. 134-143). John Wiley y Sons, Inc.

Fitzpatrick, S., Ip, J., Krantz, L. H., Zeifman, R., y Kuo, J. R. (2019). Use your words: The role of emotion labeling in regulating emotion in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *120*, 103447. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103447>

Fitzpatrick, S., y Kuo, J. R. (2016). The impact of stimulus arousal level on emotion regulation effectiveness in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *241*, 242-248. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.004>

Fitzpatrick, S., Varma, S., y Kuo, J. R. (2022). Is borderline personality disorder really an emotion dysregulation disorder and, if so, how? A comprehensive experimental paradigm. *Psychological Medicine*, *52*(12), 2319-2331. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004225>

Fitzpatrick, S., Wagner, A. C., y Monson, C. M. (2019). Optimizing borderline personality disorder treatment by incorporating significant others: A review and synthesis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *10*(4), 297-308. <https://doi.org/10.1037/per0000328>

Fitzpatrick, S., Zeifman, R., Krantz, L. H., McMMain, S., y Kuo, J. R. (2020). Getting Specific about Emotion and Self-Inflicted Injury: An Examination Across Emotion Processes in Borderline Personality Disorder. *Archives of Suicide Research*, *24*(sup1), 102-123. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1586605>

- Fleming, A. P., McMahon, R. J., Moran, L. R., Peterson, A. P., y Dreesen, A. (2015). Pilot Randomized Controlled Trial of Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for ADHD Among College Students. *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 260-271. <https://doi.org/10.1177/1087054714535951>
- Frances, J. F., Clarkin, M., Gilmore, S., y Hurt, R. (1984). Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the Diagnostic Interview for Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 141(9), 1080-1084. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.9.1080>
- Francis, S. E. B., Shawyer, F., Cayoun, B., Enticott, J., y Meadows, G. N. (2022). Group Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy (MiCBT) Reduces Depression and Anxiety and Improves Flourishing in a Transdiagnostic Primary Care Sample Compared to Treatment-as-Usual: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.815170>
- 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. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n1211>
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., y Williams, J. M. G. (2007). Initial Psychometric Properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a Self-Report Measure of Decentering. *Behavior Therapy*, 38(3), 234-246. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.003>
- Fresco, D. M., Roy, A. K., Adelsberg, S., Seeley, S., García-Lesy, E., Liston, C., y Mennin,

- D. S. (2017). Distinct Functional Connectivities Predict Clinical Response with Emotion Regulation Therapy. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00086>
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.
- Gairin, I., House, A., y Owens, D. (2003). Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: Retrospective study. *British Journal of Psychiatry*, 183(1), 28-33. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.1.28>
- García-Campayo, J., y Demarzo, M. (2018). *¿Qué sabemos del mindfulness? (Kairos)*.
- García-Campayo, J., Hijar-Aguinaga, R., López-Del-Hoyo, Y., Magallón-Botaya, R., Fernández-Martínez, S., Barceló-Soler, A., Soler, J., y Montero-Marin, J. (2023). Effectiveness of four deconstructive meditative practices on well-being and self-deconstruction: study protocol for an exploratory randomized controlled trial. *Trials*, 24(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07151-0>
- Gayner, B., Esplen, M. J., DeRoche, P., Wong, J., Bishop, S. R., Kavanagh, L., y Butler, K. (2012). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(3), 272-285. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9350-8>
- Gecht, J., Kessel, R., Forkmann, T., Gauggel, S., Druke, B., Scherer, A., y Mainz, V. (2014). A mediation model of mindfulness and decentering: sequential psychological constructs or one and the same? *BMC Psychology*, 2(1), 18. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-18>
- Gloster, A. T., Haller, E., Villanueva, J., Block, V., Benoy, C., Meyer, A. H., Brogli, S.,

Kuhweide, V., Karekla, M., Bader, K., Walter, M., y Lang, U. (2023). Psychotherapy for Chronic In- and Outpatients with Common Mental Disorders: The “Choose Change” Effectiveness Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1-9.

<https://doi.org/10.1159/000529411>

Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., Silverman, J. M., y Siever, L. J. (2003). The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018-2024. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.2018>

Gómez-Beneyto, M., Villar, M., Renovell, M., Pérez, F., Hernandez, M., Leal, C., Cuquerella, M., Slok, C., y Asencio, A. (1994). The Diagnosis of Personality Disorder With a Modified Version of the SCID-II in A Spanish Clinical Sample. *Journal of Personality Disorders*, 8(2), 104-110. <https://doi.org/10.1521/pedi.1994.8.2.104>

Gómez-Martín, S., López-Ríos, F., y Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 491-507.

González, D., Cantillo, J., Pérez, I., Farré, M., Feilding, A., Obiols, J. E., y Bouso, J. C. (2020). Therapeutic potential of ayahuasca in grief: a prospective, observational study. *Psychopharmacology*, 237(4), 1171-1182. [https://doi.org/10.1007/s00213-019-05446-](https://doi.org/10.1007/s00213-019-05446-2)

2

Goodman, M., Roiff, T., Oakes, A. H., y Paris, J. (2012). Suicidal Risk and Management in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 79-85. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0249-4>

- Goodwin, J. (2006). *Historia de la Psicología Moderna* (Cultrix). Cultrix.
- Goodwin, J. (2009). *Historia de la Psicología Moderna*. Limusa Wiley.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., y Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 377-384. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.377>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. S., Pulay, A. J., Pickering, R. P., y Ruan, W. J. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 533-545. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., y Gunderson, J. G. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame. *Comprehensive Psychiatry, 51*(3), 275-285. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.08.005>
- Greco, L. A., y Hayes, S. C. (2008). *Acceptance y mindfulness treatments for children y adolescents: A practitioner's guide*. New Harbinger Publications.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: el proceso terapéutico punto por punto*. Paidós.

- Greenberg, L. S., y Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44(1), 19-29. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.1.19>
- Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Richards, W. A., Richards, B. D., Jesse, R., MacLean, K. A., Barrett, F. S., Cosimano, M. P., y Klinedinst, M. A. (2018). Psilocybin-occasioned mystical-type experience in combination with meditation and other spiritual practices produces enduring positive changes in psychological functioning and in trait measures of prosocial attitudes and behaviors. *Journal of Psychopharmacology*, 32(1), 49-69. <https://doi.org/10.1177/0269881117731279>
- Gross, J. J., y Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. En *Handbook of emotion regulation*. (pp. 3-24). The Guilford Press.
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R., y Weissman, M. M. (2002). Borderline Personality Disorder in Primary Care. *Archives of Internal Medicine*, 162(1), 53. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.1.53>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Guillén, V., Marco, H., Fonseca-Baeza, S., Fernández, I., Jorquera, M., Cebolla, A., y Baños, R. (2022). Mindfulness Component in a Dialectical Behavioural Therapy Group Intervention for Family Members of Borderline Personality Disorder Patients. *Psicothema*, 34(3), 392-401. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.411>
- Guinther, P. M., y Dougher, M. J. (2015). The clinical relevance of stimulus equivalence and relational frame theory in influencing the behavior of verbally competent adults.

- Current Opinion in Psychology*, 2, 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.015>
- Gunderson, J. G. (2011). Borderline Personality Disorder. *New England Journal of Medicine*, 364(21), 2037-2042. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1007358>
- Gunderson, J. G., Daversa, M. T., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Yen, S., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Dyck, I. R., Morey, L. C., y Stout, R. L. (2006). Predictors of 2-Year Outcome for Patients With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 822-826. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.822>
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., y Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., Mcglashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Ansell, E., Pinto, A., y Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 827-837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Hall, J., Caleo, S., Stevenson, J., y Meares, R. (2001). An Economic Analysis of Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Patients. *The journal of mental health policy and economics*, 4(1), 3-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11967460>
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., y Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric

Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Its Short Forms in Adults With Emotional Disorders. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00539>

Harland, P., Staats, H., y Wilke, H. A. M. (1999). Explaining Proenvironmental Intention and Behavior by Personal Norms and the Theory of Planned Behavior1. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(12), 2505-2528. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb00123.x>

Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., y Fava, M. (2008). Adaptation of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group for Treatment-Resistant Depression. *Journal of Nervous y Mental Disease*, 196(2), 136-143. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318162aa3f>

Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A. M., Comtois, K. A., y Linehan, M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1068-1075. <https://doi.org/10.1037/a0014044>

Harned, M. S., Fitzpatrick, S., y Schmidt, S. C. (2020). Identifying Change Targets for Posttraumatic Stress Disorder Among Suicidal and Self-Injuring Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 33(4), 610-616. <https://doi.org/10.1002/jts.22504>

Harned, M. S., Jackson, S. C., Comtois, K. A., y Linehan, M. (2010). Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with

borderline personality disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 421-429.
<https://doi.org/10.1002/jts.20553>

Harned, M. S., Korslund, K. E., y Linehan, M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7-17.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>

Harned, M. S., Rizvi, S. L., y Linehan, M. (2010). Impact of Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder on Suicidal Women With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(10), 1210-1217.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081213>

Harned, M. S., Wilks, C. R., Schmidt, S. C., y Coyle, T. N. (2018). Improving functional outcomes in women with borderline personality disorder and PTSD by changing PTSD severity and post-traumatic cognitions. *Behaviour Research and Therapy*, 103, 53-61.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.002>

Hayes-Skelton, S. A., Calloway, A., Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2015). Decentering as a potential common mechanism across two therapies for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 395-404.
<https://doi.org/10.1037/a0038305>

Hayes-Skelton, S. A., y Graham, J. (2013). Decentering as a Common Link among Mindfulness, Cognitive Reappraisal, and Social Anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 317-328. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000902>

- Hayes-Skelton, S. A., y Lee, C. S. (2018). Changes in Decentering Across Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 49(5), 809-822. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.01.005>
- Hayes-Skelton, S. A., y Marando-Blanck, S. (2019). Examining the Interrelation Among Change Processes: Decentering and Anticipatory Processing Across Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 50(6), 1075-1086. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.03.004>
- Hayes, S. C. (2015). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. En *The act in context* (pp. 126-142). Routledge.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Teoría del marco relacional: Un enfoque postskinneriano de la cognición y el lenguaje humanos*. ABA España.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., y Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., y Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford press New York.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M.

- J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., y McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hazlett, E. A., Zhang, J., New, A. S., Zelmanova, Y., Goldstein, K. E., Haznedar, M. M., Meyerson, D., Goodman, M., Siever, L. J., y Chu, K.-W. (2012). Potentiated Amygdala Response to Repeated Emotional Pictures in Borderline Personality Disorder. *Biological Psychiatry*, 72(6), 448-456. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.03.027>
- Heath, N., Midkiff, M. F., Gerhart, J., y Turow, R. G. (2021). Group-based DBT skills training modules are linked to independent and additive improvements in emotion regulation in a heterogeneous outpatient sample. *Psychotherapy Research*, 31(8), 1001-1011. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1878306>
- Helgeland, M. I., Kjelsberg, E., y Torgersen, S. (2005). Continuities Between Emotional and Disruptive Behavior Disorders in Adolescence and Personality Disorders in Adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1941-1947. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1941>
- Hengartner, M. P., Müller, M., Rodgers, S., Rössler, W., y Ajdacic-Gross, V. (2014). Occupational functioning and work impairment in association with personality disorder trait-scores. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 327-335. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0739-2>
- Henriksson, M., Aro, H., Marttunen, M., Heikkinen, E., Isometsä, T., Kuoppasalmi, J., y Klönnqvist, K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 935-940. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.935>

- Hepp, J., Lane, S. P., Carpenter, R. W., Niedtfeld, I., Brown, W. C., y Trull, T. J. (2017). Interpersonal Problems and Negative Affect in Borderline Personality and Depressive Disorders in Daily Life. *Clinical Psychological Science*, 5(3), 470-484. <https://doi.org/10.1177/2167702616677312>
- Hepp, J., Lane, S. P., Wycoff, A. M., Carpenter, R. W., y Trull, T. J. (2018). Interpersonal stressors and negative affect in individuals with borderline personality disorder and community adults in daily life: A replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(2), 183-189. <https://doi.org/10.1037/abn0000318>
- Hepp, J., Störkel, L. M., Kieslich, P. J., Schmahl, C., y Niedtfeld, I. (2018). Negative evaluation of individuals with borderline personality disorder at zero acquaintance. *Behaviour Research and Therapy*, 111, 84-91. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.09.009>
- Hernandez, A., Arntz, A., Gaviria, A. M., Labad, A., y Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Relationships Between Childhood Maltreatment, Parenting Style, and Borderline Personality Disorder Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 727-736. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.727>
- Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S. G., Willmes, K., Thron, A., y Sass, H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 50(4), 292-298. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01075-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01075-7)
- Hervás, G., Cebolla, A., y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-

124. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>

Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. [The Spanish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale.]. *Clínica y Salud, 19*, 139-156.

Hervás, G., y Vázquez, C. (2011). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion, 11*(4), 881-895.
<https://doi.org/10.1037/a0021770>

Hill, D. M., Craighead, L. W., y Safer, D. L. (2011). Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial. *International Journal of Eating Disorders, 44*(3), 249-261. <https://doi.org/10.1002/eat.20812>

Hirsh, J. B., Quilty, L. C., Bagby, R. M., y McMain, S. (2012). The Relationship Between Agreeableness and the Development of the Working Alliance in Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 26*(4), 616-627.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.616>

Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., Rück, J., Wiwe, C., Bothén, P., y Nordström, A.-L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*(3), 175-185.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.001>

Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and commitment therapy: New wave or Morita therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*(4), 280-285.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00138.x>

- Hofmann, S. G., y Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hoge, E. A., Bui, E., Goetter, E., Robinaugh, D. J., Ojserkis, R. A., Fresco, D. M., y Simon, N. M. (2015). Change in Decentering Mediates Improvement in Anxiety in Mindfulness-Based Stress Reduction for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 228-235. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9646-4>
- Hong, V. (2016). Borderline Personality Disorder in the Emergency Department: Good Psychiatric Management. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 357-366. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000112>
- Hull, C. L. (1943). Moore and Callahan's Law and Learning Theory: A Psychologist's Impressions. *Yale LJ*, 53, 330.
- Iverson, K. M., Shenk, C., y Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 242-248. <https://doi.org/10.1037/a0013476>
- Izard, C. E. (1977). Differential Emotions Theory. En *Human Emotions* (pp. 43-66). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2209-0_3
- Jacob, G. A., Guenzler, C., Zimmermann, S., Scheel, C. N., Rüscher, N., Leonhart, R., Nerb, J., y Lieb, K. (2008). Time course of anger and other emotions in women with

- borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(3), 391-402. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.009>
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. T., y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295>
- James, K., y Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus Pure Cognitive Behavioural Self-Help for Perfectionism: a Pilot Randomised Study. *Mindfulness*, 9(3), 801-814. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0817-8>
- James, W. (1904). A World of Pure Experience. *The Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods*, 1(20), 533. <https://doi.org/10.2307/2011912>
- Jeung, H., Schwieren, C., y Herpertz, S. C. (2016). Rationality and self-interest as economic-exchange strategy in borderline personality disorder: Game theory, social preferences, and interpersonal behavior. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 71, 849-864. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.10.030>
- Jiménez, S., Angeles-Valdez, D., Rodríguez-Delgado, A., Fresán, A., Miranda, E., Alcalá-Lozano, R., Duque-Alarcón, X., Arango de Montis, I., y Garza-Villarreal, E. A. (2022). Machine learning detects predictors of symptom severity and impulsivity after dialectical behavior therapy skills training group in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 151, 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.03.063>
- Jislin-Goldberg, T., Tanay, G., y Bernstein, A. (2012). *Mindfulness and positive affect:*

Cross-sectional, prospective intervention, and real-time relations (Vol. 7, Número 5).

<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0->

84865384112ypartnerID=40ymd5=cba3f15d8723407496b00ac5eb9e6700

Joss, D., Lazar, S. W., y Teicher, M. H. (2020). Nonattachment Predicts Empathy, Rejection Sensitivity, and Symptom Reduction After a Mindfulness-Based Intervention Among Young Adults with a History of Childhood Maltreatment. *Mindfulness*, *11*(4), 975-990. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01322-9>

Juurlink, T. T., ten Have, M., Lamers, F., van Marle, H. J. F., Anema, J. R., de Graaf, R., y Beekman, A. T. F. (2018). Borderline personality symptoms and work performance: a population-based survey. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 202. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1777-9>

Kabat-Zinn, J. (1992). Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. En 2005. Delacorte Press. <https://doi.org/10.1037/032287>

Kanter, J. W., Parker, C. R., y Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*(2), 198-211. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.198>

Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(9), 1301-1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>

Keesman, M., Aarts, H., Häfner, M., y Papies, E. K. (2017). Mindfulness Reduces Reactivity

to Food Cues: Underlying Mechanisms and Applications in Daily Life. *Current Addiction Reports*, 4(2), 151-157. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0134-2>

Kells, M., Joyce, M., Flynn, D., Spillane, A., y Hayes, A. (2020). Dialectical behaviour therapy skills reconsidered: applying skills training to emotionally dysregulated individuals who do not engage in suicidal and self-harming behaviours. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 7, 3. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-0119-y>

Keng, S.-L., Lee, C. S. L., y Eisenlohr-Moul, T. A. (2019). Effects of brief daily mindfulness practice on affective outcomes and correlates in a high BPD trait sample. *Psychiatry Research*, 280, 112485. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112485>

Keng, S.-L., Mohd Salleh Sahimi, H. B., Chan, L. F., Woon, L., Eu, C. L., Sim, S. H., y Wong, M. K. (2021). Implementation of brief dialectical behavior therapy skills training among borderline personality disorder patients in Malaysia: feasibility, acceptability, and preliminary outcomes. *BMC Psychiatry*, 21(1), 486. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03500-y>

Kessel, R., Gecht, J., Forkmann, T., Drueke, B., Gauggel, S., y Mainz, V. (2016). Exploring the relationship of decentering to health related concepts and cognitive and metacognitive processes in a student sample. *BMC Psychology*, 4(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0115-6>

Keuroghlian, A. S., Frankenburg, F. R., y Zanarini, M. C. (2013). The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *Journal*

of Psychiatric Research, 47(10), 1499-1506.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.012>

King, A. P., y Fresco, D. M. (2019). A neurobehavioral account for decentering as the salve for the distressed mind. *Current Opinion in Psychology*, 28, 285-293.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.02.009>

Klein, A. S., Skinner, J. B., y Hawley, K. M. (2013). Targeting binge eating through components of dialectical behavior therapy: Preliminary outcomes for individually supported diary card self-monitoring versus group-based DBT. *Psychotherapy*, 50(4), 543-552. <https://doi.org/10.1037/a0033130>

Kleindienst, N., Steil, R., Priebe, K., Müller-Engelmann, M., Biermann, M., Fydrich, T., Schmahl, C., y Bohus, M. (2021). Treating adults with a dual diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: Results from a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(11), 925-936. <https://doi.org/10.1037/ccp0000687>

Kobayashi, R., Shigematsu, J., Miyatani, M., y Nakao, T. (2020). Cognitive Reappraisal Facilitates Decentering: A Longitudinal Cross-Lagged Analysis Study. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00103>

Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Springer.

Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (2001). Hablo, luego existo: una aproximación conductual para entender los problemas del yo. *Escritos de Psicología-Psychological Writings*, 1(5), 58-62.

- Kohrt, B. A., Ottman, K., Panter-Brick, C., Konner, M., y Patel, V. (2020). Why we heal: The evolution of psychological healing and implications for global mental health. *Clinical Psychology Review*, 82, 101920. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101920>
- Korfine, L., y Hooley, J. M. (2000). Directed forgetting of emotional stimuli in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 109(2), 214-221. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10895559>
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., de Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., Despland, J.-N., y Page, D. (2016). Assertive Anger Mediates Effects of Dialectical Behaviour-informed Skills Training for Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 23(3), 189-202. <https://doi.org/10.1002/cpp.1956>
- Krantz, L. H., McMMain, S., y Kuo, J. R. (2018). The unique contribution of acceptance without judgment in predicting nonsuicidal self-injury after 20-weeks of dialectical behaviour therapy group skills training. *Behaviour Research and Therapy*, 104, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.006>
- Kring, A. M., y Sloan, D. M. (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- Kuo, J. R., Fitzpatrick, S., Metcalfe, R. K., y McMMain, S. (2016). A multi-method laboratory investigation of emotional reactivity and emotion regulation abilities in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.05.002>
- Kuo, J. R., y Linehan, M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality

- disorder: Physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 531-544. <https://doi.org/10.1037/a0016392>
- Lakeman, R., y Emeleus, M. (2020). The process of recovery and change in a dialectical behaviour therapy programme for youth. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1092-1100. <https://doi.org/10.1111/inm.12749>
- Lama, D. (2018). *Las cuatro nobles verdades*. DEBOLS! LLO.
- Lau, M., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., y Devins, G. (2006). The toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445-1467. <https://doi.org/10.1002/jclp.20326>
- Laursen, S. L., Helweg-Jørgensen, S., Langergaard, A., Søndergaard, J., Sørensen, S. S., Mathiasen, K., Lichtenstein, M. B., y Ehlers, L. H. (2021). Mobile Diary App Versus Paper-Based Diary Cards for Patients With Borderline Personality Disorder: Economic Evaluation. *Journal of Medical Internet Research*, 23(11), e28874. <https://doi.org/10.2196/28874>
- Lavender, J. M., Tull, M. T., DiLillo, D., Messman-Moore, T., y Gratz, K. L. (2017). Development and Validation of a State-Based Measure of Emotion Dysregulation. *Assessment*, 24(2), 197-209. <https://doi.org/10.1177/1073191115601218>
- Ledoux, J. E. (1989). Cognitive-Emotional Interactions in the Brain. *Cognition and Emotion*, 3(4), 267-289. <https://doi.org/10.1080/02699938908412709>
- Lee, R. K., Harms, C. A., y Jeffery, S. E. (2022). The contribution of skills to the

effectiveness of dialectical behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 78(12), 2396-2409. <https://doi.org/10.1002/jclp.23349>

Lesage, A., Boyer, R., Grunberg, C., Vanier, R., Morissette, C., Ménard-Buteau, S., y Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1063-1068. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.7.1063>

Levin, M. E., Luoma, J. B., Lillis, J., Hayes, S. C., y Vilaradaga, R. (2014). The Acceptance and Action Questionnaire – Stigma (AAQ-S): Developing a measure of psychological flexibility with stigmatizing thoughts. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.003>

Levine, D., Marziali, E., y Hood, J. (1997). Emotion Processing in Borderline Personality Disorders. *The Journal of Nervous yamp Mental Disease*, 185(4), 240-246. <https://doi.org/10.1097/00005053-199704000-00004>

Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., y Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35(4), 747-766. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80018-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80018-2)

Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., y Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>

Lewinsohn, P. M., Biglan, A., y Zeiss, A. M. (1976). Behavioral treatment of depression.

The behavioral management of anxiety, depression and pain, 91-146.

Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., Bohus, M., y Lis, S. (2017). Loneliness, social networks, and social functioning in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 349-356. <https://doi.org/10.1037/per0000208>

Lin, T.-J., Ko, H.-C., Wu, J. Y.-W., Oei, T. P., Lane, H.-Y., y Chen, C.-H. (2019). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group vs. Cognitive Therapy Group on Reducing Depression and Suicide Attempts for Borderline Personality Disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 82-99. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1436104>

Linehan, M. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>

Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. <http://psycnet.apa.org/record/1993-97864-000>

Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.

Linehan, M. (1993c). Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240055007>

Linehan, M. (2014). *DBT® Skills Training Manual (Second Edi)*. Guilford Press.

Linehan, M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L.,

- Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., y Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- Linehan, M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., y Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13-26. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00011-X)
- Linehan, M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., y Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Linehan, M., Schmidt, H., y Linda, A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>
- Linehan, M., Tutek, D. A., Heard, H. L., y Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1771-1776. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.12.1771>
- Little, R. J. A., y Rubin, D. B. (2002). *Statistical Analysis with Missing Data*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119013563>
- Lobbestael, J., y Arntz, A. (2010). Emotional, cognitive and physiological correlates of

- abuse-related stress in borderline and antisocial personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(2), 116-124. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.015>
- Longmore, R. J., y Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27(2), 173-187. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.001>
- Lorillard, S., Schmitt, L., y Andreoli, A. (2011). Comment traiter la tentative de suicide ? Seconde partie : une revue des traitements et de leur efficacité chez des patients borderline. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(4), 229-236. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.08.008>
- Lovibond, P. F., y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Low, P., Panksepp, J., Reiss, D., Edelman, D., Van Swinderen, B., y Koch, C. (2012). The Cambridge declaration on consciousness. *Francis crick memorial conference, Cambridge, England*, 1-2.
- Luciano, C. (2018). *Visión Contextual de la Conducta y ACT desde la raíz*. Curso Experto en Terapias Contextuales. <https://www.youtube.com/watch?v=qA9ZD8XHWOU>
- Luciano, C. (2021). *Sufrimiento y Lenguaje*. Psicoflix. <https://psicoflix.com/sufrimiento-y-lenguaje-con-carmen-luciano-episodio-125/>
- Luciano, C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109-157.

- Luciano, C., Ruiz, F. J., Gil Luciano, B., y Ruiz Sánchez, L. J. (2016). Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 357-373. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56049049010>
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., 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>
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., y Robins, C. (2003). Dialectical Behavior Therapy for Depressed Older Adults: A Randomized Pilot Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45. <https://doi.org/10.1097/00019442-200301000-00006>
- Macleane, J. C., Xu, H., French, M. T., y Ettner, S. L. (2014). Mental Health and High-Cost Health Care Utilization: New Evidence from Axis II Disorders. *Health Services Research*, 49(2), 683-704. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12107>
- Maddock, A., Hevey, D., D'Alton, P., y Kirby, B. (2019). A Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Psoriasis Patients. *Mindfulness*, 10(12), 2606-2619. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01242-3>
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40(1), 26-34.
- Marissen, M. A. E., Meuleman, L., y Franken, I. H. A. (2010). Altered emotional information processing in borderline personality disorder: An electrophysiological

study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 181(3), 226-232.
<https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2009.10.006>

Mather, J. (2021). The Case for Octopus Consciousness: Unity. *NeuroSci*, 2(4), 405-415.
<https://doi.org/10.3390/neurosci2040030>

McCracken, L. M., y Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 267-274. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.004>

McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., y Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256-264. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x>

McMain, S., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Guimond, T., Streiner, D. L., Dixon-Gordon, K. L., Isaranuwachai, W., y Hoch, J. S. (2018). The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: the feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. *BMC Psychiatry*, 18(1), 230. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1802-z>

McMain, S., Fitzpatrick, S., Boritz, T., Barnhart, R., Links, P. S., y Streiner, D. L. (2018). Outcome Trajectories and Prognostic Factors for Suicide and Self-Harm Behaviors in Patients With Borderline Personality Disorder Following One Year of Outpatient Psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 32(4), 497-512.
https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_309

- McMain, S., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., y Links, P. S. (2012). Dialectical Behavior Therapy Compared With General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder: Clinical Outcomes and Functioning Over a 2-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, *169*(6), 650-661. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11091416>
- McMain, S., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., y Streiner, D. L. (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *166*(12), 1365-1374. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
- Mehlum, L. (2021). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, *37*, 89-93. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.017>
- Mendes, A. L., Ferreira, C., y Marta-Simões, J. (2017). Experiential avoidance versus decentering abilities: the role of different emotional processes on disordered eating. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *22*(3), 467-474. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0291-7>
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., O'Toole, M. S., y Heimberg, R. G. (2018). A randomized controlled trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *86*(3), 268-281. <https://doi.org/10.1037/ccp0000289>
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Ritter, M., y Heimberg, R. G. (2015). An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression.

Depression and Anxiety, 32(8), 614-623. <https://doi.org/10.1002/da.22377>

Metcalfe, R. K., Fitzpatrick, S., y Kuo, J. R. (2017). A laboratory examination of emotion regulation skill strengthening in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(3), 237-246. <https://doi.org/10.1037/per0000156>

Minzenberg, M. J., Fan, J., New, A. S., Tang, C. Y., y Siever, L. J. (2008). Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 42(9), 727-733. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.07.015>

Mitchell, R., Roberts, R., Bartsch, D., y Sullivan, T. (2019). Changes in mindfulness facets in a dialectical behaviour therapy skills training group program for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 958-969. <https://doi.org/10.1002/jclp.22744>

Mochrie, K. D., Lothes, J., Quickel, E. J. W., John, J., y Carter, C. (2019). From the hospital to the clinic: The impact of mindfulness on symptom reduction in a DBT partial hospital program. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1169-1178. <https://doi.org/10.1002/jclp.22774>

Montserrat, J. (2003). Teoría de la mente en Antonio R. Damasio. *Pensamiento: Revista de investigación e Información filosófica*, 59(224), 177-213.

Montero-Marin, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., Cebolla, A., Soler, J., Demarzo, M., Vazquez, C., Rodríguez-Bornaetxea, F., y García-Campayo, J. (2016). Psychological Effects of a 1-Month Meditation Retreat on Experienced Meditators: The Role of Non-attachment. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01935>

- Moore, J. (2013). Methodological behaviorism from the standpoint of a radical behaviorist. *The Behavior Analyst*, 36(2), 197-208. <https://doi.org/10.1007/BF03392306>
- Moran, O., Almada, P., y McHugh, L. (2018). An investigation into the relationship between the three selves (Self-as-Content, Self-as-Process and Self-as-Context) and mental health in adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.01.002>
- Moreno, E., y García-Torres, F. (2017). Metodología para la elaboración de guías de intervención basadas en la evidencia en psicología y salud mental: procedimientos del NICE. *Universidad de Córdoba España*. <http://hdl.handle.net/10396/15173>
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., Auciello, P., y Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 493-499. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.3.493>
- Munch, S. (2002). Chicken or the egg? The biological–psychological controversy surrounding hyperemesis gravidarum. *Social Science y Medicine*, 55(7), 1267-1278. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00239-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00239-8)
- Muñiz-Fernández, J. (2013). *La Norma ISO 10667 y su aplicación*. <https://www.youtube.com/watch?v=LbXw62Q1Tpk>
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., Strowger, M., Lackner, R. J., Seah, T. H. S., Moore, M. T., y Fresco, D. M. (2020). A comparison of decentering across demographic groups and meditation experience: Support for the measurement invariance of the Experiences Questionnaire. *Psychological Assessment*, 32(2), 197-204.

<https://doi.org/10.1037/pas0000767>

Nararro-Haro, M. V., Hoffman, H. G., Garcia-Palacios, A., Sampaio, M., Alhalabi, W., Hall, K., y Linehan, M. (2016). The Use of Virtual Reality to Facilitate Mindfulness Skills Training in Dialectical Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder: A Case Study. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01573>

Natividad, A., Huxley, E., Townsend, M. L., Grenyer, B. F. S., y Pickard, J. A. (2023). What aspects of mindfulness and emotion regulation underpin self-harm in individuals with borderline personality disorder? *Journal of Mental Health*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/09638237.2023.2182425>

Neacsiu, A. D., Bohus, M., y Linehan, M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. En *Handbook of emotion regulation*, 2nd ed. (pp. 491-507). The Guilford Press.

Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., y Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. En *Behaviour Research and Therapy* (Vol. 59). Elsevier Science. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>

Neacsiu, A. D., Lungu, A., Harned, M. S., Rizvi, S. L., y Linehan, M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.12.004>

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., y Linehan, M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour*

Research and Therapy, 48(9), 832-839. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>

Nedungottil, C., Agrawal, J., Sharma, M., y Murthy, P. (2022). Men with and without alcohol dependence: A comparative study of Triguna, nonattachment, personality and subjective well-being. *International Journal of Yoga*, 15(3), 222. https://doi.org/10.4103/ijoy.ijoy_128_22

Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

Neumann, E. (2015). *The origins and history of consciousness*. Routledge.

New, A. S., Hazlett, E. A., Buchsbaum, M. S., Goodman, M., Mitelman, S. A., Newmark, R., Trisdorfer, R., Haznedar, M. M., Koenigsberg, H. W., Flory, J., y Siever, L. J. (2007). Amygdala–Prefrontal Disconnection in Borderline Personality Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 32(7), 1629-1640. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301283>

Ng, F. Y. Y., Townsend, M. L., Miller, C. E., Jewell, M., y Grenyer, B. F. S. (2019). The lived experience of recovery in borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0107-2>

Niedtfeld, I., Kirsch, P., Schulze, L., Herpertz, S. C., Bohus, M., y Schmahl, C. (2012). Functional Connectivity of Pain-Mediated Affect Regulation in Borderline Personality Disorder. *PLoS ONE*, 7(3), e33293. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033293>

Nunes, P. M., Wenzel, A., Borges, K. T., Porto, C. R., Caminha, R. M., y de Oliveira, I. R. (2009). Volumes of the Hippocampus and Amygdala in Patients With Borderline

- Personality Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 23(4), 333-345. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.4.333>
- O'Toole, M. S., Mennin, D. S., Applebaum, A., Fresco, D. M., y Zachariae, R. (2021). Moderators and mediators of emotion regulation therapy for psychologically distressed caregivers of cancer patients: secondary analyses from a randomized controlled trial. *Acta Oncologica*, 60(8), 992-999. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2021.1924400>
- O'Toole, M. S., Mennin, D. S., Applebaum, A., Weber, B., Rose, H., Fresco, D. M., y Zachariae, R. (2020). A Randomized Controlled Trial of Emotion Regulation Therapy for Psychologically Distressed Caregivers of Cancer Patients. *JNCI Cancer Spectrum*, 4(1). <https://doi.org/10.1093/jncics/pkz074>
- O'Toole, M. S., Renna, M. E., Mennin, D. S., y Fresco, D. M. (2019). Changes in Decentering and Reappraisal Temporally Precede Symptom Reduction During Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder With and Without Co-Occurring Depression. *Behavior Therapy*, 50(6), 1042-1052. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.12.005>
- O'Toole, S. K., Diddy, E., y Kent, M. (2012). Mindfulness and Emotional Well-being in Women with Borderline Personality Disorder. *Mindfulness*, 3(2), 117-123. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0085-y>
- Østby, K. A., Czajkowski, N., Knudsen, G. P., Ystrom, E., Gjerde, L. C., Kendler, K. S., Ørstavik, R. E., y Reichborn-Kjennerud, T. (2014). Personality disorders are important risk factors for disability pensioning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(12), 2003-2011. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0878-0>

- Ott, M. J., Norris, R. L., y Bauer-Wu, S. M. (2006). Mindfulness Meditation for Oncology Patients: A Discussion and Critical Review. *Integrative Cancer Therapies*, 5(2), 98-108. <https://doi.org/10.1177/1534735406288083>
- Overmier, J. B., y Seligman, M. E. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63(1), 28-33. <https://doi.org/10.1037/h0024166>
- Palmer, S., Davidson, K., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Norrie, J., Murray, H., y Seivewright, H. (2006). The Cost-Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Results from the BOSCOT Trial. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 466-481. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.5.466>
- Panksepp, J. (1989). The neurobiology of emotions: Of animal brains and human feelings. En *Handbook of social psychophysiology*. (pp. 5-26). John Wiley y Sons.
- Papies, E. K., van Winckel, M., y Keesman, M. (2016). Food-Specific Decentering Experiences Are Associated with Reduced Food Cravings in Meditators: A Preliminary Investigation. *Mindfulness*, 7(5), 1123-1131. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0554-4>
- Paris, J., y Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>
- Park, R. J., Goodyer, I. M., y Teasdale, J. D. (2005). Self-devaluative dysphoric experience and the prediction of persistent first-episode major depressive disorder in adolescents. *Psychological Medicine*, 35(4), 539-548. <https://doi.org/10.1017/S003329170400371X>

- Park, T., Reilly-Spong, M., y Gross, C. R. (2013). Mindfulness: a systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome (PRO). *Quality of Life Research*, 22(10), 2639-2659. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0395-8>
- Parker, C. R., Beitz, K., y Kohlenberg, R. J. (1996). The Experience of Self Scale (EOSS): A measure of private and public stimulus control of the experience of self. *Poster presented at the annual meeting of the Association for Behavior Analysis, Orlando, FL.*
- Pascual-Leone, J., y Johnson, J. (2013). The psychological unit and its role in task analysis: A reinterpretation of object permanence. En *Criteria for competence* (pp. 165-200). Psychology Press.
- Pàvlov, I. P. (1928). *Lectures on conditioned reflexes: Twenty-five years of objective study of the higher nervous activity (behaviour) of animals*. Liverwright Publishing Corporation. <https://doi.org/10.1037/11081-000>
- Penberthy, J. K., Konig, A., Gioia, C. J., Rodríguez, V. M., Starr, J. A., Meese, W., Worthington-Stoneman, D., Kersting, K., y Natanya, E. (2015). Mindfulness-Based Relapse Prevention: History, Mechanisms of Action, and Effects. *Mindfulness*, 6(2), 151-158. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0239-1>
- Perroud, N., Nicastro, R., Jermann, F., y Huguelet, P. (2012). Mindfulness skills in borderline personality disorder patients during dialectical behavior therapy: Preliminary results. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(3), 189-196. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.674531>
- Perseius, K.-I., Ekdahl, S., Åsberg, M., y Samuelsson, M. (2005). To Tame a Volcano: Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering.

- Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4), 160-168.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2005.05.001>
- Peter, M. (2019). *Emotions and borderline personality disorder*.
https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/30401138/Peter_Emotions_14_06_2019.pdf
- Petrushin, A., Ferrara, L., Liberale, C., y Blau, A. W. (2014). Towards an Electro-optical Emulation of the *C. elegans* Connectome. *NEUROTECHNIX*, 184-188.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., y Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324.
<https://doi.org/10.1080/08039480500320025>
- Pope, H. G. (1983). The Validity of DSM-III Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40(1), 23. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790010025003>
- Pryce, C. R., y Feldon, J. (2003). Long-term neurobehavioural impact of the postnatal environment in rats: manipulations, effects and mediating mechanisms. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 27(1-2), 57-71. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(03\)00009-5](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)00009-5)
- Racey, D. N., Fox, J., Berry, V. L., Blockley, K. V., Longridge, R. A., Simmons, J. L., Janssens, A., Kuyken, W., y Ford, T. J. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Young People and Their Carers: a Mixed-Method Feasibility Study. *Mindfulness*, 9(4), 1063-1075. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0842-7>
- Ramos-Vega, Z. (2018). *Psicometría Básica* (E. M. Bejarano (Ed.); Areandina). Fundación Universitaria del Área Andina.
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1491/75> PSICOMETRÍA

BÁSICA.pdf?sequence=1

Rao, S., y Broadbear, J. (2019). Borderline personality disorder and depressive disorder.

Australasian Psychiatry, 27(6), 573-577. <https://doi.org/10.1177/1039856219878643>

Ray, W. J., Odenwald, M., Neuner, F., Schauer, M., Ruf, M., Wienbruch, C., Rockstroh, B., y Elbert, T. (2006). Decoupling Neural Networks From Reality. *Psychological Science*,

17(10), 825-829. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01788.x>

Rayan, A. H. R. (2017). Mindfulness, Quality of Life, and Severity of Depressive Symptoms Among Patients With Schizophrenia and Patients With Major Depressive Disorder.

Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 55(5), 40-50.

<https://doi.org/10.3928/02793695-20170420-05>

Real Academia Española. (2021). *Axioma*. <https://dle.rae.es/axioma>

Reitz, S., Krause-Utz, A., Pogatzki-Zahn, E. M., Ebner-Priemer, U. W., Bohus, M., y Schmahl, C. (2012). Stress Regulation and Incision in Borderline Personality

Disorder—A Pilot Study Modeling Cutting Behavior. *Journal of Personality Disorders*,

26(4), 605-615. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.605>

Renna, M. E., Quintero, J. M., Soffer, A., Pino, M., Ader, L., Fresco, D. M., y Mennin, D.

S. (2018). A Pilot Study of Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety and Depression: Findings From a Diverse Sample of Young Adults. *Behavior Therapy*,

49(3), 403-418. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.09.001>

Reyes-Ortega, M. A. (2016). *Contextualismo Funcional*. Instituto de Terapia Contextual en México. https://www.youtube.com/watch?v=ix3Csp_BrII

Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P., y Dejanova, B.

- (2015). Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(4), 727-731.
<https://doi.org/10.3889/oamjms.2015.128>
- Robins, C., Ivanoff, A. M., y Linehan, M. (2001). Dialectical behavior therapy. En *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. (pp. 437-459). The Guilford Press.
- Roca, P., Diez, G. G., Castellanos, N., y Vazquez, C. (2019). Does mindfulness change the mind? A novel psychoneurotome perspective based on Network Analysis. *PLOS ONE*, 14(7), e0219793. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219793>
- Rodante, D. E., Grendas, L. N., Puppo, S., Vidjen, P., Portela, A., Rojas, S. M., Chiapella, L. C., y Daray, F. M. (2019). Predictors of short- and long-term recurrence of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(2), 158-168. <https://doi.org/10.1111/acps.13058>
- Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., y Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 75-91.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.001>
- Ruocco, A. C. (2005). The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Research*, 137(3), 191-202.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.07.004>
- Russell, J. J., Moskowitz, D. S., Zuroff, D. C., Sookman, D., y Paris, J. (2007). Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality

disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 578-588.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.578>

Rutherford, A. (2000). Radical behaviorism and psychology's public: B. F. Skinner in the popular press, 1934–1990. *History of Psychology*, 3(4), 371-395.
<https://doi.org/10.1037/1093-4510.3.4.371>

Safer, D. L., y Jo, B. (2010). Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to an Active Comparison Group Therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106-120. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.006>

Safer, D. L., Telch, C. F., y Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>

Safran, J. D., y Segal, Z. V. (1990). Interpersonal process in cognitive therapy. En *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson.

Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., Parker, P. D., Marshall, S., y Heaven, P. (2015). Empathy and nonattachment independently predict peer nominations of prosocial behavior of adolescents. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00263>

Sahdra, B. K., Shaver, P. R., y Brown, K. W. (2010). A Scale to Measure Nonattachment: A Buddhist Complement to Western Research on Attachment and Adaptive Functioning. *Journal of Personality Assessment*, 92(2), 116-127.
<https://doi.org/10.1080/00223890903425960>

Sahin, Z., Vinnars, B., Gorman, B. S., Wilczek, A., Åsberg, M., y Barber, J. P. (2018).

- Clinical severity as a moderator of outcome in psychodynamic and dialectical behavior therapies for borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(5), 437-446. <https://doi.org/10.1037/per0000276>
- Saldivia, Z. (2006). El positivismo lógico: su derrotero y su legado. *Trilogía*, 21.
- Salgó, E., Szeghalmi, L., Bajzát, B., Berán, E., y Unoka, Z. (2021). Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. *PLOS ONE*, 16(3), e0248409. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248409>
- Salvador-Carulla, L., Bendeck, M., Ferrer, M., Andion, O., Aragones, E., y Casas, M. (2014). Cost of borderline personality disorder in Catalonia (Spain). *European Psychiatry*, 29(8), 490-497. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.07.001>
- Santaolalla, J. (2023). *Ciencia: ¿Qué es la Consciencia?*
<https://www.youtube.com/watch?v=8-bSHuiTSoM>
- Sauer, S. E., y Baer, R. A. (2012). Ruminative and mindful self-focused attention in borderline personality disorder. *Personality disorders*, 3(4), 433-441. <https://doi.org/10.1037/a0025465>
- Schmidt, C., Soler, J., Carmona, C., Elices, M., Domínguez-Clavé, E., Vega, D., y Pascual, J. C. (2021). Mindfulness in Borderline Personality Disorder: Decentering Mediates the Effectiveness. *Psicothema*, 33(3), 407-414. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.437>
- Schmidt, M., Ekstrand, J., y Bengtsson Tops, A. (2018). Clinical profiles and temporal patterns of psychiatric emergency room visitors in Sweden. *Nordic Journal of*

Psychiatry, 72(3), 197-204. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1417477>

Schredl, M., Paul, F., Reinhard, I., Ebner-Priemer, U. W., Schmahl, C., y Bohus, M. (2012).

Sleep and dreaming in patients with borderline personality disorder: A polysomnographic study. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 430-436. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.036>

Schulze, L., Domes, G., Krüger, A., Berger, C., Fleischer, M., Prehn, K., Schmahl, C.,

Grossmann, A., Hauenstein, K., y Herpertz, S. C. (2011). Neuronal Correlates of Cognitive Reappraisal in Borderline Patients with Affective Instability. *Biological Psychiatry*, 69(6), 564-573. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.10.025>

Scocco, P., Zerbinati, L., Preti, A., Ferrari, A., y Totaro, S. (2019). Mindfulness-based

weekend retreats for people bereaved by suicide (Panta Rhei): A pilot feasibility study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(1), 39-56. <https://doi.org/10.1111/papt.12175>

Scott, W., Hann, K. E. J., y McCracken, L. M. (2016). A Comprehensive Examination of

Changes in Psychological Flexibility Following Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(3), 139-148. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9328-5>

Scult, M. A., Fresco, D. M., Gunning, F. M., Liston, C., Seeley, S., García, E., y Mennin, D.

S. (2019). Changes in Functional Connectivity Following Treatment With Emotion Regulation Therapy. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00010>

Segal, Z. V., Williams, M., y Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy*

- for depression*. Guilford Publications. <https://www.letraskairos.com/mbct-terapia-cognitiva-mindfulness-depresion-2>
- Selby, E. A., y Joiner, T. E. (2009). Cascades of Emotion: The Emergence of Borderline Personality Disorder from Emotional and Behavioral Dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3), 219-229. <https://doi.org/10.1037/a0015687>
- Shah, R., y Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583-593. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Shaikh, U., Qamar, I., Jafry, F., Hassan, M., Shagufta, S., Odhejo, Y. I., y Ahmed, S. (2017). Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Frontiers in Psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00136>
- Shearer, S. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1324-1328. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.9.1324>
- Sicorello, M., y Schmahl, C. (2021). Emotion dysregulation in borderline personality disorder: A fronto-limbic imbalance? *Current opinion in psychology*, 37, 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.12.002>
- Sidman, M. (1971). Reading and Auditory-Visual Equivalences. *Journal of Speech and Hearing Research*, 14(1), 5-13. <https://doi.org/10.1044/jshr.1401.05>
- Sidman, M., y Cresson, O. (1973). Reading and crossmodal transfer of stimulus equivalences in severe retardation. En *American Journal of Mental Deficiency* (Vol. 77, pp. 515-523). American Assn on Mental Retardation.

- Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., y Zanarini, M. C. (2012). The Course of Anxiety Disorders Other Than PTSD in Patients with Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 10-Year Follow-Up Study. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 804-814. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.804>
- Simonsen, S., Bateman, A., Bohus, M., Dalewijk, H. J., Doering, S., Kaera, A., Moran, P., Renneberg, B., Soler, J., Taubner, S., Wilberg, T., y Mehlum, L. (2019). European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0106-3>
- Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52(5), 270-277. <https://doi.org/10.1037/h0062535>
- Skinner, B. F. (1953). Science and human behavior. En *Science and human behavior*. Macmillan.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciencia y conducta humana: una psicología científica*. Fontanella.
- Skinner, B. F. (1974). About behaviorism. En *About behaviorism*. Alfred A. Knopf.
- Skinner, B. F. (1981). *Conducta verbal*. Trillas México.
- Snow, M. B., Balling, C., y Zimmerman, M. (2020). Re-examining borderline personality disorder and substance use disorder: The role of emotion dysregulation. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 32(3), 170-175. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32343289>
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J., y Rehnberg, C. (2006). Cost of Depression in Europe.

En *Journal of Mental Health Policy and Economics* (Vol. 9, pp. 87-98). ICMPE.

Solem, S., Thunes, S. S., Hjemdal, O., Hagen, R., y Wells, A. (2015). A Metacognitive Perspective on Mindfulness: An Empirical Investigation. *BMC Psychology*, 3(1), 24.

<https://doi.org/10.1186/s40359-015-0081-4>

Soler, J. (2020). «Defusión, Apego y Aceptación». Singlantana Editorial.

<https://www.youtube.com/watch?v=ccDBdk1OlnI>

Soler, J. (2022). *Manual para soltar* (L. Borao y M. Elices (Eds.)). Psara Ediciones.

<https://psaraediciones.es/libros/libro/manual-para-soltar-libro/>

Soler, J., Cebolla, A., Feliu-Soler, A., Demarzo, M., Pascual, J. C., Baños, R., y García-Campayo, J. (2014). Relationship between Meditative Practice and Self-Reported Mindfulness: The MINDSENS Composite Index. *PLoS ONE*, 9(1), e86622.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086622>

Soler, J., Elices, M., Domínguez-Clavé, E., Pascual, J. C., Feilding, A., Navarro-Gil, M., García-Campayo, J., y Riba, J. (2018). Four Weekly Ayahuasca Sessions Lead to Increases in “Acceptance” Capacities: A Comparison Study With a Standard 8-Week Mindfulness Training Program. *Frontiers in Pharmacology*, 9.

<https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00224>

Soler, J., Elices, M., Franquesa, A., Barker, S., Friedlander, P., Feilding, A., Pascual, J. C., y Riba, J. (2016). Exploring the therapeutic potential of Ayahuasca: acute intake increases mindfulness-related capacities. *Psychopharmacology*, 233(5), 823-829.

<https://doi.org/10.1007/s00213-015-4162-0>

Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., García-Campayo, J., Tejedor, R.,

- Demarzo, M., Baños, R., Pascual, J. C., y Portella, M. J. (2014). Assessing Decentering: Validation, Psychometric Properties, and Clinical Usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish Sample. En *Behavior Therapy* (Vol. 45, Número 6). <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.05.004>
- Soler, J., Montero-Marin, J., Domínguez-Clavé, E., González, S., Pascual, J. C., Cebolla, A., Demarzo, M., Analayo, B., y García-Campayo, J. (2021). Decentering, Acceptance, and Non-Attachment: Challenging the Question “Is It Me?” *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.659835>
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Gich, I., Alvarez, E., y Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353-358. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013>
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M., y Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry*, 13(1), 1317. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-139>
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M., y Pascual, J. C. (2016). Erratum to: Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry*, 16(1), 429. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1144-7>
- Soloff, P. H., y Chiappetta, L. (2019). 10-Year Outcome of Suicidal Behavior in Borderline

- Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 33(1), 82-100.
https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_332
- Staats, A. W. (1999). Valuable, but not maximal: It's time behavior therapy attend to its behaviorism. *Behaviour Research and Therapy*, 37(4), 369-378.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00143-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00143-0)
- Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C., y Renneberg, B. (2011). Rejection sensitivity and borderline personality disorder. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 18(4), 275-283.
<https://doi.org/10.1002/cpp.705>
- Stange, J. P., Hamilton, J. L., Fresco, D. M., y Alloy, L. B. (2017). Perseverate or decenter? Differential effects of metacognition on the relationship between parasympathetic inflexibility and symptoms of depression in a multi-wave study. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 123-133. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.07.007>
- Stepp, S. D., Burke, J. D., Hipwell, A. E., y Loeber, R. (2012). Trajectories of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms as Precursors of Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescent Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 7-20. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9530-6>
- Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S., y Trull, T. J. (2008). The Effect of Dialectical Behavior Therapy Skills Use on Borderline Personality Disorder Features. *Journal of Personality Disorders*, 22(6), 549-563. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.6.549>
- Stepp, S. D., Hallquist, M. N., Morse, J. Q., y Pilkonis, P. A. (2011). Multimethod investigation of interpersonal functioning in borderline personality disorder. *Personality*

Disorders: Theory, Research, and Treatment, 2(3), 175-192.
<https://doi.org/10.1037/a0020572>

Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A., Stieglitz, R.-D., Limberger, M. F., y Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder — a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35(2), 111-118. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(01\)00012-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(01)00012-7)

Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>

Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., y Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>

Stratton, N., Mendoza Alvarez, M., Labrish, C., Barnhart, R., y McMain, S. (2020). Predictors of Dropout From a 20-Week Dialectical Behavior Therapy Skills Group for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34(2), 216-230. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_391

Suyi, Y., Meredith, P., y Khan, A. (2017). Effectiveness of Mindfulness Intervention in Reducing Stress and Burnout for Mental Health Professionals in Singapore. *EXPLORE*, 13(5), 319-326. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2017.06.001>

- Swales, M. a. (2009). Dialectical Behaviour Therapy: Description, Research and Future Directions. En *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* (Vol. 5, Número 2). Joseph D. Cautilli. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JSyPAGE=referenceyD=psyc6yNEWS=NyAN=2010-18457-001>
- Swartz, M., Blazer, D., George, L. K., Winfield, I., Zakri, J., y Dye, E. (1989). Identification of borderline personality disorder with the NIMH Diagnostic Interview Schedule. *American Journal of Psychiatry*, 146(2), 200-205. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.2.200>
- Tandon, S. D., Ward, E. A., Hamil, J. L., Jimenez, C., y Carter, M. (2018). Perinatal depression prevention through home visitation: a cluster randomized trial of mothers and babies 1-on-1. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(5), 641-652. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9934-7>
- Teasdale, J. D., y Chaskalson (Kulananda), M. (2011). How does mindfulness transform suffering? I: the nature and origins of dukkha. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 89-102. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564824>
- Teasdale, J. D., y Chaskalson, M. (2011). How does mindfulness transform suffering? I: the nature and origins of dukkha. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 89-102. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564824>
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., y Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.275>

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., y Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 25-39. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)E0011-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)E0011-7)

Tebartz van Elst, L., Hesslinger, B., Thiel, T., Geiger, E., Haegele, K., Lemieux, L., Lieb, K., Bohus, M., Hennig, J., y Ebert, D. (2003). Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 54(2), 163-171. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01743-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01743-2)

Telch, C. F., Agras, W. S., y Linehan, M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061-1065. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1061>

Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G., y Zanarini, M. C. (2019). Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(1). <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12436>

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2009). *Borderline personality disorder: recognition and management*. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>

Titchener, E. B. (1898). The Postulates of a Structural Psychology. *The Philosophical Review*, 7(5), 449-465. https://www.pdcnet.org/pdc/bvdb.nsf/purchase?openformyfp=phryid=phr_1898_000

7_0005_0449_0465

Tobin, S. A. (1982). Self-disorders, Gestalt therapy and self psychology. En *Gestalt Journal* (Vol. 5, Número 2, pp. 3-44). Ctr for Gestalt Development.

Tolman, E. C., Hall, C. S., y Bretnall, E. P. (1932). A disproof of the law of effect and a substitution of the laws of emphasis, motivation and disruption. *Journal of Experimental Psychology*, 15(6), 601-614. <https://doi.org/10.1037/h0073609>

Tolman, E. C., y Honzik, C. H. (1930). Introduction and removal of reward, and maze performance in rats. *University of California Publications in Psychology*, 4, 257-275.

Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., y Sher, K. J. (2014). Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734-750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093

Tooby, J., y Cosmides, L. (1990). The past explains the present. *Ethology and Sociobiology*, 11(4-5), 375-424. [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(90\)90017-Z](https://doi.org/10.1016/0162-3095(90)90017-Z)

Törneke, N. (2016). *Aprendiendo TMR: una introducción a la Teoría del Marco Relacional y sus aplicaciones clínicas*. Didacbook.

Tortosa-Gil, F. M. (1998). *Una historia de la psicología moderna* (F. M. Tortosa-Gil (Ed.)). McGraw-Hill.

Tran, U. S., Cebolla, A., Glück, T. M., Soler, J., García-Campayo, J., y von Moy, T. (2014). The Serenity of the Meditating Mind: A Cross-Cultural Psychometric Study on a Two-Factor Higher Order Structure of Mindfulness, Its Effects, and Mechanisms Related to Mental Health among Experienced Meditators. *PLoS ONE*, 9(10), e110192.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110192>

Travers-Hill, E., Dunn, B., Hoppitt, L., Hitchcock, C., y Dalglish, T. (2017). Beneficial effects of training in self-distancing and perspective broadening for people with a history of recurrent depression. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 19-28.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.008>

Treanor, M., Erisman, S. M., Salters-Pedneault, K., Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2011). Acceptance-based behavioral therapy for GAD: effects on outcomes from three theoretical models. *Depression and Anxiety*, 28(2), 127-136.
<https://doi.org/10.1002/da.20766>

Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., y Sher, K. J. (2010). Revised NESARC Personality Disorder Diagnoses: Gender, Prevalence, and Comorbidity with Substance Dependence Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 412-426.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.412>

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., y Callaghan, G. M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy*. Springer US.
<https://doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9>

Tsoi, E. W. S., Tong, A. C. Y., y Mak, W. W. S. (2022). Nonattachment at Work on Well-being Among Working Adults in Hong Kong. *Mindfulness*, 13(10), 2461-2472.
<https://doi.org/10.1007/s12671-022-01971-y>

Uliaszek, A. A., Rashid, T., Williams, G. E., y Gulamani, T. (2016). Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 78-85.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.003>

Ussher, M., Spatz, A., Copland, C., Nicolaou, A., Cargill, A., Amini-Tabrizi, N., y McCracken, L. M. (2014). Immediate effects of a brief mindfulness-based body scan on patients with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(1), 127-134. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9466-5>

Valdivia-Salas, S., y Luciano, C. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, Características y Evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91. <http://www.redalyc.org/html/778/77827203/>

Valdivia-Salas, S., y Páez, M. (2019). *Aceptación psicológica. Qué es y por qué se fomenta en terapia* (Pirámide). Ediciones Pirámide.

Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., Lopez-Bermudez, M. A., y de Hualde, M. A. S.-L. (2012). Reliability and validity of the Spanish adaptation of EOSS, comparing normal and clinical samples. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 151-158. <https://doi.org/10.1037/h0100951>

Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., López-Bermúdez, M. Á., y Selva-López de Hualde, M. de los Á. (2014). Psychometric properties of the Spanish version of the Experiencing of Self Scale (EOSS) for assessment in Functional Analytic Psychotherapy. *Psicothema*, 26(3), 415-422. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.15>

van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., y Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22(6), 354-361. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.04.001>

Van Bockstaele, B., Atticciati, L., Hiekkaranta, A. P., Larsen, H., y Verschuere, B. (2020).

- Choose change: Situation modification, distraction, and reappraisal in mild versus intense negative situations. *Motivation and Emotion*, 44(4), 583-596.
<https://doi.org/10.1007/s11031-019-09811-8>
- van den Bosch, L. M. C., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., y van Furth, E. F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 152. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-152>
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., y Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 386-393.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.054>
- Van Gordon, W., Shonin, E., Dunn, T. J., Sheffield, D., García-Campayo, J., y Griffiths, M. D. (2018). Meditation-Induced Near-Death Experiences: a 3-Year Longitudinal Study. *Mindfulness*, 9(6), 1794-1806. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0922-3>
- Van Gordon, W., Shonin, E., y Griffiths, M. D. (2016). Meditation Awareness Training for the Treatment of Sex Addiction: A Case Study. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 363-372. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.034>
- Van Swearingen, K. M., y Lothes, J. (2022). Symptom reduction in DBT-informed partial hospital, intensive outpatient, and step-down programs: Mindfulness matters. *Psychotherapy Research*, 32(5), 640-651.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2001602>
- Vandyk, A., Bentz, A., Bissonette, S., y Cater, C. (2019). Why go to the emergency

department? Perspectives from persons with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(3), 757-765. <https://doi.org/10.1111/inm.12580>

Vargas, J. A. P. (2018). Contextualismo funcional. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/micrositios/001-358/story.html>.

<https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/358#.YDZFW2hQbEl.mendeley>

Veale, D. (2008). Behavioural activation for depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(1), 29-36. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004051>

Verhaeghen, P. (2017). *Presence*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199395606.001.0001>

Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., y Bjørndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. En *BMC medical education* (Vol. 13, p. 107). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-107>

Victor, S. E., y Klonsky, E. D. (2016). Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18) in Five Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 582-589. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9547-9>

Villanueva, J., Meyer, A. H., Rinner, M. T. B., Firsching, V. J., Benoy, C., Brogli, S., Walter, M., Bader, K., y Gloster, A. T. (2019). "Choose change": design and methods of an acceptance and commitment therapy effectiveness trial for transdiagnostic treatment-resistant patients. *BMC Psychiatry*, 19(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12888-019->

- Virués-Ortega, J., Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., Fernández Parra, A., Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33750209>
- Wagner, T., Assmann, N., Köhne, S., Schaich, A., Alvarez-Fischer, D., Borgwardt, S., Arntz, A., Schweiger, U., y Fassbinder, E. (2022). The societal cost of treatment-seeking patients with borderline personality disorder in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(4), 741-752. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01332-1>
- Walton, C. J., Bendit, N., Baker, A. L., Carter, G. L., y Lewin, T. J. (2020). A randomised trial of dialectical behaviour therapy and the conversational model for the treatment of borderline personality disorder with recent suicidal and/or non-suicidal self-injury: An effectiveness study in an Australian public mental health service. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(10), 1020-1034. <https://doi.org/10.1177/0004867420931164>
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviourist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158-177. <https://doi.org/10.1037/h0074428>
- Watson, J. B., y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/h0069608>
- Wilks, C. R., Korslund, K. E., Harned, M. S., y Linehan, M. (2016). Dialectical behavior

therapy and domains of functioning over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.013>

Williams, J. M. G., y Swales, M. (2004). The Use of Mindfulness-Based Approaches for Suicidal Patients. *Archives of Suicide Research*, 8(4), 315-329. <https://doi.org/10.1080/13811110490476671>

Wnuk, S., McMain, S., Links, P. S., Habinski, L., Murray, J., y Guimond, T. (2013). Factors Related to Dropout From Treatment in Two Outpatient Treatments for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 716-726. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_106

World Medical Association Declaration of Helsinki. (2013). *JAMA*, 310(20), 2191. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Wupperman, P., Neumann, C. S., y Axelrod, S. R. (2008). Do Deficits in Mindfulness Underlie Borderline Personality Features and Core Difficulties? *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 466-482. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.5.466>

Wupperman, P., Neumann, C. S., Whitman, J. B., y Axelrod, S. R. (2009). The Role of Mindfulness in Borderline Personality Disorder Features. *Journal of Nervous y Mental Disease*, 197(10), 766-771. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b97343>

Yang, X., Garcia, K. M., Jung, Y., Whitlow, C. T., McRae, K., y Waugh, C. E. (2018). vmPFC activation during a stressor predicts positive emotions during stress recovery. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 13(3), 256-268. <https://doi.org/10.1093/scan/nsy012>

Yang, Y., Fletcher, K., Whitehead, R., y Murray, G. (2018). Toward New Therapeutic

Mechanisms in Bipolar Disorder: Analog Investigation of Self-Compassion and Nonattachment to Self. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01848>

Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A. E., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D. S., Rettew, J. B., y Mcglashan, T. H. (2002). Traumatic Exposure And Posttraumatic Stress Disorder In Borderline, Schizotypal, Avoidant, And Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Findings From The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(8), 510-518. <https://doi.org/10.1097/00005053-200208000-00003>

Yu, L., Norton, S., y McCracken, L. M. (2017). Change in “Self-as-Context” (“Perspective-Taking”) Occurs in Acceptance and Commitment Therapy for People With Chronic Pain and Is Associated With Improved Functioning. *The Journal of Pain*, 18(6), 664-672. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.01.005>

Zaheer, J., Links, P. S., y Liu, E. (2008). Assessment and Emergency Management of Suicidality in Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 527-543. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.007>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E., Sickel, A., Trikha, A., Levin, A., y Reynolds, V. (1998). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., y Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *American Journal of*

Psychiatry, 163(5), 827-832. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.827>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., y Fitzmaurice, G. (2016). Fluidity of the Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder Over 16 Years of Prospective Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, 173(7), 688-694. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15081045>

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., y Chauncey, D. L. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10-18. <https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.1.10>

Zanarini, M. C., Hörz, S., Frankenburg, F. R., Weingeroff, J., Reich, D. B., y Fitzmaurice, G. (2011). The 10-year course of PTSD in borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 349-356. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01717.x>

Zeifman, R., Boritz, T., Barnhart, R., Labrish, C., y McMMain, S. (2020). The independent roles of mindfulness and distress tolerance in treatment outcomes in dialectical behavior therapy skills training. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(3), 181-190. <https://doi.org/10.1037/per0000368>

Zhang, Z. J., Lo, H. H. M., Ng, S. M., Mak, W. W. S., Wong, S. Y. S., Hung, K. S. Y., Lo, C. S. L., Wong, J. O. Y., Lui, S. S. Y., Lin, E., Siu, C. M. W., Yan, E. W. C., Chan, S. H. W., Yip, A., Poon, M. F., Wong, G. O. C., Mak, J. W. H., Tam, H. S. W., Tse, I. H. H., y Leung, B. F. H. (2023). The Effects of a Mindfulness-Based Family Psychoeducation Intervention for the Caregivers of Young Adults with First-Episode

Psychosis: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1018. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021018>

Zimmerman, M. (2015). Borderline Personality Disorder. *Journal of Nervous y Mental Disease*, 203(1), 8-12. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000226>

Zimmerman, M., y Gazarian, D. (2014). Is research on borderline personality disorder underfunded by the National Institute of Health? *Psychiatry Research*, 220(3), 941-944. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.09.021>

Anexos

Cuestionarios (DoM [FFMQ-NoJuzgar, EQ, NAS], BSL-23 DASS-21, EOPS)

Delusion of Me (DoM)

FFMQ No Juzgar	Nunca o muy rara vez es verdad	Rara vez es verdad	Algunas veces es verdad	A menudo es verdad	Muy a menudo o siempre es verdad
1. Me critico por tener emociones irracionales o inadecuadas.	1	2	3	4	5
2. Me digo que no debería sentirme de la manera en que me siento.	1	2	3	4	5
3. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o que son malos y no debería pensar de esta manera.	1	2	3	4	5
4. Puedo hacer juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
5. Me digo que no debería estar pensando de la forma en que lo estoy haciendo.	1	2	3	4	5
6. Pienso que algunas de mis emociones son malas o inadecuadas y que no debería sentir las.	1	2	3	4	5
7. Cuando tengo pensamientos angustiosos o imágenes dolorosas, me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del contenido de estos pensamientos o imágenes.	1	2	3	4	5
8. Me desapruedo cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

Formado del FFMQ-39 de los ítems: 3 + 10 + 14 + 17 + 25 + 30 + 35 + 39

EQ	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre
1- Soy más capaz de aceptarme a mí mismo como soy	1	2	3	4	5
2- Me doy cuenta de que no me tomo las dificultades de forma tan personal.	1	2	3	4	5
3- Puedo separar mis pensamientos y sentimientos de mí mismo.	1	2	3	4	5
4- Puedo tomarme tiempo para responder a las dificultades.	1	2	3	4	5
5- Puedo observar sentimientos desagradables sin ser arrastrado hacia ellos.	1	2	3	4	5
6- Tengo la sensación de que soy completamente consciente de lo que está sucediendo a mi alrededor y dentro de mí.	1	2	3	4	5
7- Veo que, en realidad, no soy mis pensamientos.	1	2	3	4	5
8- Soy consciente de sentir mi cuerpo como un todo.	1	2	3	4	5
9- Veo las cosas desde una perspectiva más amplia.	1	2	3	4	5

Eliminados del EQ de 11 ítems los ítems 2 y 6 por ser de compasión

NAS

	Completamente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Fuertemente de acuerdo
1. Puedo dejar ir los sentimientos de resentimiento e insatisfacción sobre el pasado.	1	2	3	4	5	6
2. Puedo disfrutar de experiencias agradables sin necesitar que duren siempre	1	2	3	4	5	6
3. Considero los problemas que me afectan como cosas en las que trabajar, en lugar de como razones para desmoralizarme o desmoroarme	1	2	3	4	5	6
4. Puedo disfrutar de mi familia y amigos sin sentir la necesidad de aferrarme a ellos.	1	2	3	4	5	6
5. Puedo alegrarme de los éxitos de los demás sin sentir envidia.	1	2	3	4	5	6
6. No me quedo enganchado en desear una vida “ideal” o “perfecta”.	1	2	3	4	5	6
7. Cuando una buena experiencia termina me quedo bien pasando a lo que venga luego	1	2	3	4	5	6

NAS-7 construida a partir de los ítems 2, 6, 7, 12, 15, 19, 23 de la NAS-30

Delusion of Me (DoM) = FFMQ No Juzgar + EQ + NAS

DERS

DERS-18	Casi nunca (0-10 %)	A veces (11-35 %)	Casi la mitad de las veces (36-65 %)	La mayoría de veces (66-90 %)	Casi siempre (91-100 %)
1. Pongo atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
2. No tengo ni idea de cómo me siento	1	2	3	4	5
3. Me cuesta entender mis sentimientos	1	2	3	4	5
4. Estoy atento/a a mis sentimientos	1	2	3	4	5
5. Estoy confuso/a sobre lo que siento	1	2	3	4	5
6. Cuando estoy disgustado/a, entiendo mis emociones	1	2	3	4	5
7. Cuando estoy disgustado/a, me avergüenza sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
8. Cuando estoy disgustado/a, me cuesta completar las tareas	1	2	3	4	5
9. Cuando estoy disgustado/a, pierdo el control	1	2	3	4	5
10. Cuando estoy disgustado/a, creo que estaré así durante mucho tiempo	1	2	3	4	5
11. Cuando estoy disgustado/a, creo que acabaré estando muy deprimido	1	2	3	4	5
12. Cuando estoy disgustado/a, me cuesta estar centrado en otras cosas	1	2	3	4	5
13. Cuando estoy disgustado/a, siento vergüenza por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
14. Cuando estoy disgustado/a, siento culpa por sentirme de esta manera	1	2	3	4	5
15. Cuando estoy disgustado/a, me cuesta concentrarme	1	2	3	4	5
16. Cuando estoy disgustado/a, tengo dificultades para controlar mi comportamiento	1	2	3	4	5
17. Cuando estoy disgustado/a, creo que regodearme y recrearme en ello es lo único que puedo hacer	1	2	3	4	5
18. Cuando estoy disgustado/a, pierdo el control sobre mis comportamientos	1	2	3	4	5

Corrección: Ítems Inversos: 1, 4 y 6. Subescalas: Consciencia (1, 4 y 6); Claridad (2, 3 y 5); Metas (8, 12 y 15); Impulsividad (9, 6 y 18); No Aceptación (7, 13 y 14) y Estrategias (10, 11 y 17)

BSL

BSL-23	Durante la última semana...	Nunca	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1	Me resultaba difícil concentrarme	0	1	2	3	4
2	Me sentí indefenso	0	1	2	3	4
3	Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	0	1	2	3	4
4	Sentí asco	0	1	2	3	4
5	Pensé en hacerme daño	0	1	2	3	4
6	Desconfié de los demás	0	1	2	3	4
7	No creía que tuviera derecho a vivir	0	1	2	3	4
8	Me sentía solo	0	1	2	3	4
9	Sentí una tensión interna estresante	0	1	2	3	4
10	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	0	1	2	3	4
11	Me odié a mí mismo	0	1	2	3	4
12	Quise castigarme	0	1	2	3	4
13	Sufrí de vergüenza	0	1	2	3	4
14	Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión	0	1	2	3	4
15	Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	0	1	2	3	4
16	Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí	0	1	2	3	4
17	Me sentí vulnerable	0	1	2	3	4
18	La idea de morirme me causó una cierta fascinación	0	1	2	3	4
19	Nada parecía tener sentido para mí	0	1	2	3	4
20	Tuve miedo de perder el control	0	1	2	3	4
21	Me di asco a mí mismo	0	1	2	3	4
22	Tuve la sensación de salir de mí mismo	0	1	2	3	4
23	Sentí que no valía nada	0	1	2	3	4

DASS

DASS-21	No me ha ocurrido	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo
1. Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No he podido sentir ninguna emoción positiva.	0	1	2	3
4. He tenido dificultades para respirar (p. ej., respiración excesivamente rápida, falta de aliento sin haber hecho esfuerzo físico.	0	1	2	3
5. Me ha resultado difícil tener iniciativa para hacer cosas.	0	1	2	3
6. He tendido a reaccionar exageradamente ante las situaciones.	0	1	2	3
7. He tenido temblores (p. ej., en las manos).	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.	0	1	2	3
9. He estado preocupado/a por situaciones en las que pudiera ser presa del pánico y hacer el ridículo.	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara.	0	1	2	3
11. Me he sentido agitado/a.	0	1	2	3
12. Me ha resultado difícil relajarme.	0	1	2	3
13. Me he sentido desanimado/a y triste.	0	1	2	3
14. No he tolerado nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15. He sentido que estaba al borde del pánico.	0	1	2	3
16. He sido capaz de entusiasmarme por nada.	0	1	2	3
17. He sentido que no valía mucho como persona.	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado/a con facilidad.	0	1	2	3
19. He notado mi corazón sin hacer esfuerzo físico (p. ej., aumento del ritmo cardíaco, ausencia de algún latido).	0	1	2	3
20. Me he sentido asustado/a sin una razón de peso.	0	1	2	3
21. He sentido que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Modo de corrección: 3 subescalas, **Depresión** (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), **Ansiedad** (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y **Estrés** (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18)

EOPS

EOPS	Nunca				Siempre
Frustración	1	2	3	4	5
Desesperanza	1	2	3	4	5
Cabreo	1	2	3	4	5
Decepción conmigo mismo	1	2	3	4	5
Aislamiento	1	2	3	4	5
Pesimismo	1	2	3	4	5
Temor	1	2	3	4	5
Vergüenza	1	2	3	4	5
Irritación conmigo mismo	1	2	3	4	5
Abatimiento	1	2	3	4	5
Inseguridad	1	2	3	4	5
Desconfianza	1	2	3	4	5
Abandono	1	2	3	4	5

Tablas

Tabla 1. Criterios Diagnósticos del TLP según el DSM-5 (2013)

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:	
1.	Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado
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)
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

Tabla 2. Comorbilidad del TLP con los principales Trastornos Mentales

Categoría Trastorno	Trastorno	Prevalencia
Trastornos Estado de Ánimo		(80-96%)
	Depresión	(32-86%)
Trastornos de Ansiedad		
	Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	(0-35%)
	Trastorno de Pánico	(2-48%)
	Fobia Social	(3-46%)
	Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	(0-20%)
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)		(25-56%)
Abuso de Sustancias		(23-84%)
	Abuso de Alcohol	(11,9-66%)
	Abuso/Dependencia de Drogas	(3,4-87 %)
Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)		(14-53%)
	Anorexia Nerviosa	(0-21%)
	Bulimia Nerviosa	(3-26%)
	TCA no Especificado	(14-26%)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad		10% -30%
Trastorno bipolar		15%
Trastornos somatomorfos		10%

Tabla 3. Resumen de las recomendaciones de las GPC para el manejo con personas diagnosticadas con TLP (Simonsen y cols., 2019; The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2009)

<p>Para Trabajar con personas que padecen el TLP</p>	<p>Se ofrecerá acceso a los servicios sin excluir ni por diagnóstico ni por autolesiones. Los jóvenes deben tener acceso desde servicios especializados en jóvenes. Se garantizará la inclusión de grupos étnicos minoritarios, aun cuando el idioma sea una barrera, ofreciendo información e intervenciones en el idioma e intérpretes</p>
	<p>Si existen problemas de aprendizaje se atenderán con un especialista en servicios de discapacidad de aprendizaje, siguiendo el <i>Care Programme Approach</i> (CPA) si los problemas son leves y eliminando la etiqueta de TLP si el problema de aprendizaje es moderado o grave</p>
	<p>Se buscará desarrollar y favorecer la autonomía, entrenándolos en la búsqueda de soluciones incluso en las crisis y animándolos a considerar diferentes tratamientos</p>
	<p>Se fomentará una relación optimista y de confianza, explicando que la recuperación es posible y alcanzable, trabajando de manera abierta, atractiva y sin prejuicios, teniendo en cuenta la frecuencia de un contexto previo en el que han experimentado rechazo, abuso o trauma</p>

Se involucrará a las familias o cuidadores si ellos quieren, animándolos a participar, garantizando que su participación no excluye de ningún servicio y brindando a los familiares grupos de apoyo. En el caso de Jóvenes deben equilibrar el desarrollo de la autonomía y las responsabilidades vinculadas en el entorno de sus cuidadores, así como los profesionales deben familiarizarse con la Ley de Capacidad Mental, las Leyes de Niños y la Ley de Salud Mental

Para evaluar el TLP se debe explicar claramente el diagnóstico, el uso y significado del término TLP y el proceso de evaluación, evitando lenguaje técnico y ofreciendo apoyo posterior a la evaluación, especialmente si se han discutido temas delicados, como el trauma

A la llegada de transiciones o del final en la intervención, se buscará prevenir emociones y reacciones fuertes, discutiendo los cambios de antemano, ofreciendo un plan de atención, especialmente para los tiempos de crisis. Los especializados en adolescentes, deben trabajar en colaboración con los de adultos durante el proceso de cambio, programando el traslado si es necesario tras cumplir la mayoría de edad, o pudiendo mantenerlos en la unidad de jóvenes

	<p>Para las Autolesiones e Intentos de Suicidio se propone seguir la directriz clínica NICE 16 (The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2004)</p> <p>Aquellos profesionales que trabajen en servicios especializados deben estar capacitados para realizar la diagnosis, evaluar el riesgo y la necesidad, y brindar tratamiento y manejo de acuerdo con la guía. En Atención Primaria se debe brindar la formación a través de especialistas en el trastorno. Los trabajadores deben tener acceso rutinario a supervisión y apoyo del personal</p>
<p>En Atención Primaria (AP)</p>	<p>Especial atención si aparecen autolesiones repetidas o comportamientos de riesgo persistente o inestabilidad emocional marcada para la derivación especializada</p> <p>Cuando se presente una crisis se evaluará el nivel actual de riesgo para uno mismo o para los demás, se preguntará sobre episodios anteriores y estrategias de manejo efectivas utilizadas en el pasado, se ayudará a controlar la ansiedad con habilidades de tolerancia y se dirigirá a resolver los problemas actuales y ofrecerá una cita de seguimiento a una hora acordada</p> <p>Se derivará en las crisis a un servicio de salud mental cuando sus niveles de angustia y/o el riesgo para sí mismo o para los demás aumenten o no han disminuido tras utilizar herramientas de afrontamiento, o si solicitan la ayuda</p>

Servicio de Psiquiatría	<p>La evaluación, tratamiento y el manejo de rutina es su responsabilidad</p>
	<p>Se debe evaluar completamente funcionamiento psicosocial y ocupacional, estrategias de afrontamiento, fortalezas y vulnerabilidades; trastornos mentales comórbidos y problemas sociales. También si existe necesidad de tratamiento psicológico, atención y apoyo social, y rehabilitación o desarrollo ocupacional, así como si se hallan necesidades de los hijos a cargo</p>
	<p>Los planes de cuidados deberán: identificar las funciones y responsabilidades de todos los profesionales; identificar objetivos manejables de tratamiento a corto plazo y especificar los pasos para alcanzarlos; identificar objetivos a largo plazo que sustentarán la estrategia general de tratamiento, siendo objetivos realistas y vinculados con los de a corto plazo; desarrollar un plan de crisis que identifique los desencadenantes potenciales que podrían conducir a una crisis, especificando las estrategias de autogestión que probablemente sean efectivas y estableciendo cómo acceder a los servicios</p>
	<p>La evaluación del riesgo debe: incluir las necesidades de la persona; diferenciar entre los riesgos a largo plazo e inmediatos; identificar los riesgos que se presentan para sí mismo y para los demás</p>

Para el tratamiento psicológico se debe tener en cuenta la preferencia del usuario; el grado de deterioro y la gravedad del trastorno; la disposición; la capacidad de permanecer dentro de los límites de una relación terapéutica; la disponibilidad de apoyo personal y profesional. Previo al tratamiento se proporcionará material escrito, pudiéndolo discutir. No se harán intervenciones de menos de 3 meses. Si aparecen mujeres con autolesiones recurrentes se priorizará la Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

El tratamiento farmacológico: no debe usarse exclusivamente; no usará antipsicóticos ni a medio ni largo plazo; se puede aplicar para las comorbilidades; los sedantes pueden aparecer con una duración siempre menor a una semana; se debe dar la información por escrito del fármaco, con su evidencia científica

Las comorbilidades: deben observarse previamente al tratamiento, sobre todo tras una crisis; se deben interrumpir los tratamientos ineficaces; se debe tratar la depresión comórbida, el trastorno de estrés postraumático o la ansiedad; se debe derivar si tienen psicosis mayor, dependencia de alcohol o drogas de clase A o trastorno alimentario grave

En el manejo de crisis se deberá: mantener una actitud tranquila y no amenazante; tratar de entender la crisis desde el punto de vista de la persona; explorar las razones de la angustia de la persona;

	<p>validar a la persona y sus preocupaciones; estimular la resolución de problemas; evitar invalidar; abstenerse de ofrecer soluciones antes de recibir una aclaración completa de los problemas; explorar otras opciones antes de considerar la admisión a una unidad de crisis; ofrecer un seguimiento; se puede barajar la opción de un fármaco durante la crisis, de perfil bajo de efectos secundarios, propiedades adictivas bajas, potencial mínimo de uso indebido y relativa seguridad en caso de sobredosis, dando la dosis mínima</p>
	<p>En caso de insomnio se pueden dar consejos generales sobre la higiene del sueño</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Previamente a la hospitalización, deberá remitirse a un equipo de resolución de crisis y tratamiento en el hogar u otra alternativa, y se debe realizar la hospitalización si la crisis puede suponer algún riesgo o si ha habido una detención en virtud de la Ley de Salud Mental</p> <p>Habrá que involucrarlos activamente en la decisión y asegurarse de que entienden los beneficios potenciales y los daños probables que pueden resultar. También acordar la duración y el propósito de la admisión por adelantado, garantizando que cuando, en circunstancias extremas se recurra al tratamiento obligatorio, se reanude la gestión de forma voluntaria lo antes posible</p>

	Deberá realizarse una revisión formal si han sido ingresados más de dos veces en los 6 meses anteriores
--	---

Tabla 4. Resumen del déficit de habilidades (Boggiano y Gagliessi, 2021)

Conductas que aumentar	Conductas que disminuir
Habilidades de Mindfulness	Confusión de la identidad
	Vacío
	Desregulación Cognitiva
	Ausencia de flexibilidad
	Dificultades con el cambio
Habilidades Interpersonales	Caos Interpersonal
	Miedo al Abandono
Habilidades de Regulación Emocional	Labilidad Afectiva
	Ira excesiva
Habilidades de Tolerancia al Malestar	Conductas Impulsivas
	Amenazas de Suicidio
	CASIS

Tabla 5. Resumen del origen verbal y experiencial del Yo (Kohlenberg y Tsai, 1991)

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Yo quiero un helado Yo quiero a mama Yo quiero irme Yo quiero X	Yo quiero	Yo
Yo siento alegría Yo siento malestar Yo siento hambre Yo siento X	Yo siento	
Yo tengo hambre Yo tengo sueño Yo tengo casa Yo tengo X	Yo tengo	
Yo veo papi Yo veo coche Yo veo perro Yo veo X	Yo veo	
Yo veo X Yo toco X Yo huelo X Yo “verbo” X	Yo X	

Tabla 6. Datos Sociodemográficos

Variables	Muestra (n=127)			Submuestra Intervención (n=65)		Submuestra EI (n=31)		Submuestra MF (n=32)	
	Categoría	Frec. (n)	%	Frec. (n)	%	Frec. (n)	%	Frec. (n)	%
Sexo	<i>Femenino</i>	118	93	61	96,8	29	93,5	32	100
	<i>Masculino</i>	9	7	2	3,2	2	6,5	0	0
Estudios	<i>Primaria</i>	13	10,2	5	6,7	3	9,7	2	6,2
	<i>Secundarios</i>	57	44,9	30	48,3	16	51,6	14	43,8
	<i>Bachillerato</i>	29	22,8	8	12,9	2	6,4	6	18,7
	<i>Universidad</i>	21	16,6	18	28,9	9	29,1	9	28,1
	<i>Máster</i>	7	5,5	2	3,2	1	3,2	1	3,2
	<i>Trabaja (T)</i>	50	39,4	22	35	6	19,4	16	50
Laboral	<i>Estudia (E)</i>	22	17,3	10	15,8	6	19,4	4	12,5
	<i>Ni T ni E</i>	35	27,6	23	36,5	15	48,4	8	25
	<i>Baja</i>	11	8,6	8	12,7	4	12,8	4	12,5
	<i>Paro</i>	9	7,1	0	0	0	0	0	0

	Rango	Media	DS	Rango	Media	DS	Rango	Media	DS	Rango	Media	DS
Edad	18-61	30,01	9,53	18-52	28,9	9,2	19-51	29,65	8,79	18-52	28,22	9,67

Nota: EI=Efectividad Interpersonal; MF=Mindfulness; Frec=Frecuencia; DS=Desviación Estándar

Tabla 7. Estadísticos Descriptivos DoM

	No Clínica n=608 (Error estándar)	TLP n=127 (Error estándar)
Media	85,01 (0,35)	60,65 (1,38)
95% de intervalo de confianza para media	Límite inferior Límite superior	
	84,32	57,92
	85,70	63,39
Media recortada al 5%	85,19	59,97
Mediana	86,00	58,00
Varianza	75,02	243,16
Desviación estándar	8,66	15,59
Mínimo	56,00	30,00
Máximo	116,00	111,00
Rango	60,00	81,00
Rango intercuartil	11,00	20,00
Asimetría	-0,37 (0,10)	0,66 (0,21)
Curtosis	0,62 (0,20)	0,41 (0,43)

Tabla 8. Descriptivos y Correlaciones del DoM con variables clínicas

	Media	DS	Mediana	Mínimo	Máximo
	60,65	15,59	58	30	111
Correlación DoM	BSL-23	EOPS	DASS-21	DERS	
Bivariada	-0,589**	-0,534**	-0,511**	-0,528**	
Parcial. Control DERS	-0,361**	-0,346**	-0,054 (p=0,68)		

*Nota: **= $p < 0,01$; $n = 127$*

Tabla 9. Análisis de Regresión Lineal Jerárquica Múltiple

Modelo	BSL-23				DASS-21				EOPS				
	B	SE	β	Valor p	B	SE	β	Valor p	B	SE	β	Valor p	
1					2					3			
Paso 1	R² = 0,001				R² = 0,003				R² = 0,026				
Sexo	0,31	7,57	0,03	0,70	3,15	4,96	0,05	0,59	2,15	5,24	0,05	0,68	
Edad	0,07	0,19	0,03	0,96	-0,003	0,12	-0,002	0,91	0,11	0,09	0,15	0,23	
Paso 2	R² = 0,379				R² = 0,248				R² = 0,421				
Sexo	-0,14	5,99	-0,002	0,98	2,88	4,33	0,05	0,50	-0,39	4,10	-0,01	0,92	
Edad	0,18	0,15	0,08	0,23	0,05	0,11	0,04	0,61	0,16	0,07	0,23	< 0,05	
DERS	1,01	0,12	0,61	< 0,001	0,53	0,08	0,49	< 0,001	0,36	0,05	0,63	< 0,001	
Paso 3	R² = 0,4573				R² = 0,334				R² = 0,494				
Sexo	-2,04	5,56	-0,02	0,71	1,77	4,10	0,03	0,66	-1,05	3,87	-0,02	0,78	
Edad	0,15	0,14	0,07	0,28	0,03	0,10	0,02	0,72	0,15	0,07	0,21	< 0,05	
DERS	0,69	0,13	0,42	< 0,001	0,34	0,09	0,31	< 0,01	0,27	0,06	0,48	< 0,001	
DoM	-0,46	0,10	-0,36	< 0,001	-0,29	0,07	-0,34	< 0,001	-0,14	0,05	-0,31	< 0,01	

Nota. BSL-23 = Lista de síntomas límites; DASS-21 = Síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés; EOP = Escala de Sobreproducción Emocional; DERS = Escala de Dificultades en regulación emocional; DoM = Escala Ilusión del Yo.

Tabla 10. ANOVA de medidas repetidas con análisis de intención de tratar

	DBT-MFN (N = 32)				DBT-EI (N = 31)				Interacción Tiempo x Grupo		
	PRE		POST		PRE		POST				
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	η^2
DoM	60,38	18,37	73,10	16,17	59,74	12,64	63,97	11,12	6,21	0,05	0,09

Nota. DBT-MFN = entrenamiento en Mindfulness basado en la Terapia dialéctica comportamental; DBT-IE = entrenamiento de efectividad interpersonal basado en la Terapia dialéctica comportamental. DoM = Medida de Ilusión del Yo.

Tabla 11. Principales Variables utilizadas en los Estudios Controlados Aleatorizados para el Trastorno Límite de Personalidad que utilizan la Terapia Dialéctico Conductual

Variable Genérica	Variable Concreta	Instrumentos	Abreviatura	Uso
TLP	Sintomatología TLP	Structured Clinical Interview for DSM Disorders; Treatment History Interview; Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder; The Borderline Symptom List-23; Brief Symptom Inventory; The BSL-23; Borderline Personality Disorder Severity Index; otros	SCID, THI, ZRSBDP, BSI, BPDSI	30
	Sintomatología Suicida	Suicide Attempt Self-Injury Interview; Parasuicide History Interview; The Suicidal Behaviors Questionnaire; Beck's Suicide Intent Scale; The self-report form of the Scale for Suicide Ideators; y Otros	SASII; PHI; SBQ; SIS; SSI (SR)	23
Sintomatología Psicopatológica	Sintomatología Médica	International Personality Disorder Examination; the Symptom Checklist-90-Revised; Medical Outcomes Study; Patient Health Questionnaire-9 y Otros	IPDE; SC-90-R; SF-36; PHQ-9	18
	Depresión	Beck Depression Inventory; The Beck Hopelessness Scale; Hamilton Rating Scale for Depression y Otros	BDI/BDI-II; BHS; HRSD	17
	Ira	State-Trait Anger Scale/Inventory y Otros	STAXI/ STAI	14
	Trauma	The PTSD Symptom Scale-Interview; Trauma Related Guilt Inventory; The Post-Traumatic Cognitions Inventory; y Otros	PSS-I; TRGI; PTCI	7
	Impulsividad	Barratt Impulsiveness Scale	BIS	5
	Disociación	Dissociative Experiences Scale-Taxon y Otro	DES-T	5
	Ansiedad	Hamilton Rating Scale for Anxiety y Otros	HRSA	4
	Alcohol/Drogas	Medidas de Alcohol y Drogas		3
	Vergüenza	Experience of Shame Scale	ESS	2
	Autoestima	Rosenberg's Self-Esteem scale	RSE	2
Salud y Bienestar	Calidad de Vida	EuroQol-5D; The Reasons for Living Inventory, Survival and Coping Scale y Otros	EuroQol-5D; RLI SCS	12
	Funcionamiento Global y Ajuste	Global Adjustment/Assessment Scale y DSM-IV Global Assessment of Functioning Scale	GAS y GAFs	9
	Cognitivas	The Cognitive error questionnaire y Otros	CEQ	4
Desarrollo Habilidades	Habilidades Interpersonales	Inventory of Interpersonal Problems; Global Social Adjustment; Interview and Social Adjustment Scale; Working Alliance Inventory; Social History Interview; y Otro	IIP; GSA; ISAS; WAI; SHI	14
	Tol. Malestar	DBT Ways of Coping Checklist y Otros	DBT-WCCL	8
	Regulación Emocional	Difficulties Emotion Regulation Scale y Otro	DERS	7
	Mindfulness	The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills	KIMS	4
	Aceptación	Acceptance and action questionnaire	AAQ	2

Figuras

Figura 1. Proceso de Regulación Emocional (Neacsiu, Bohus, et al., 2014)

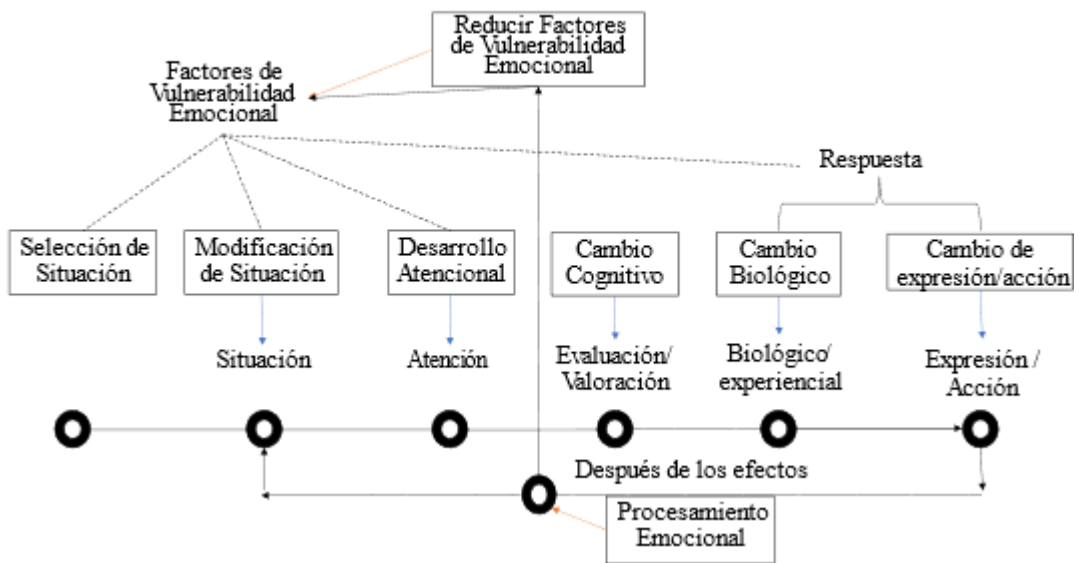


Figura 2. Diagrama de flujo de los participantes de los estudios

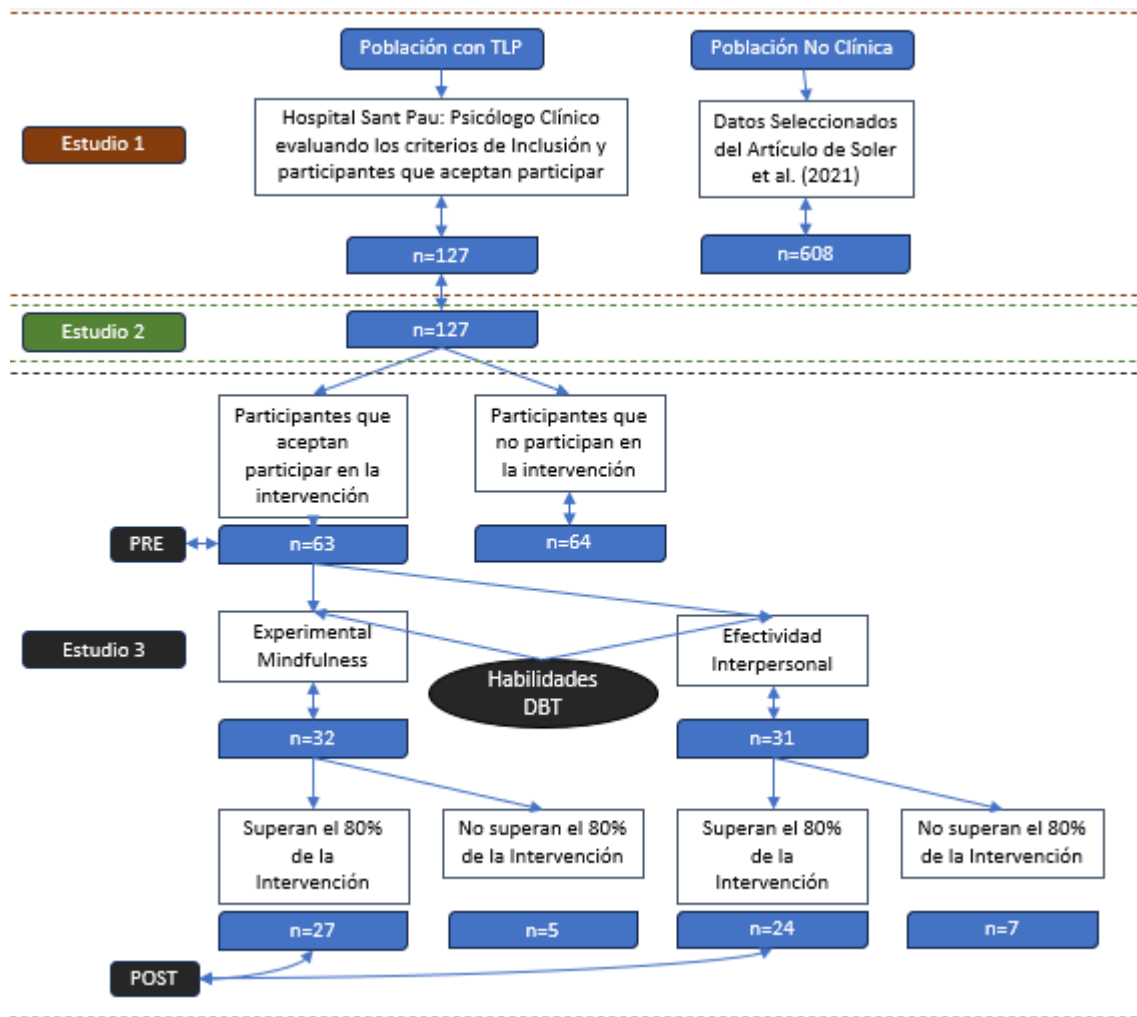


Figura 3. Histograma y gráfico de Tallos y Hojas del DoM

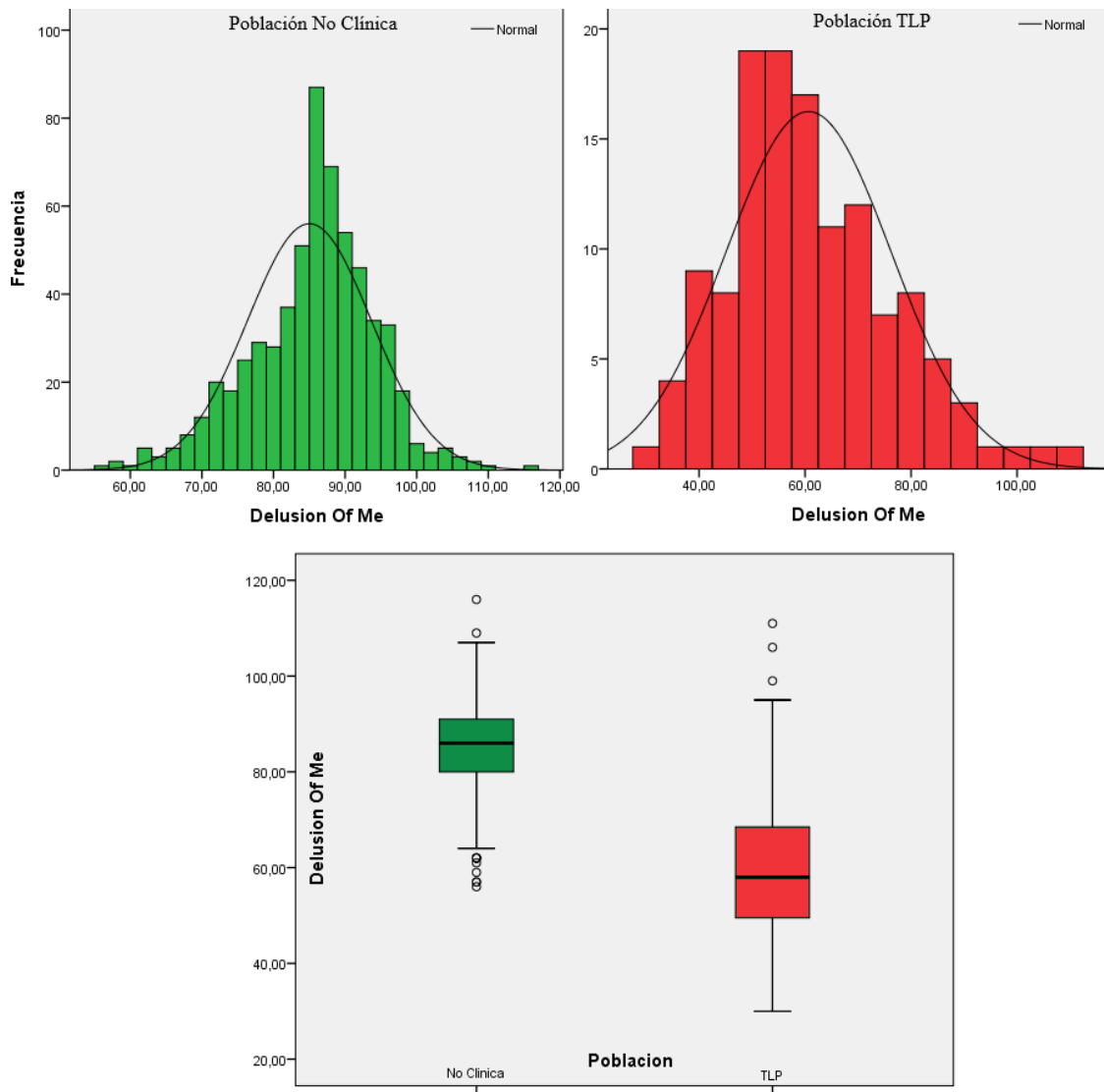


Figura 4. Variación del DoM por Grupos

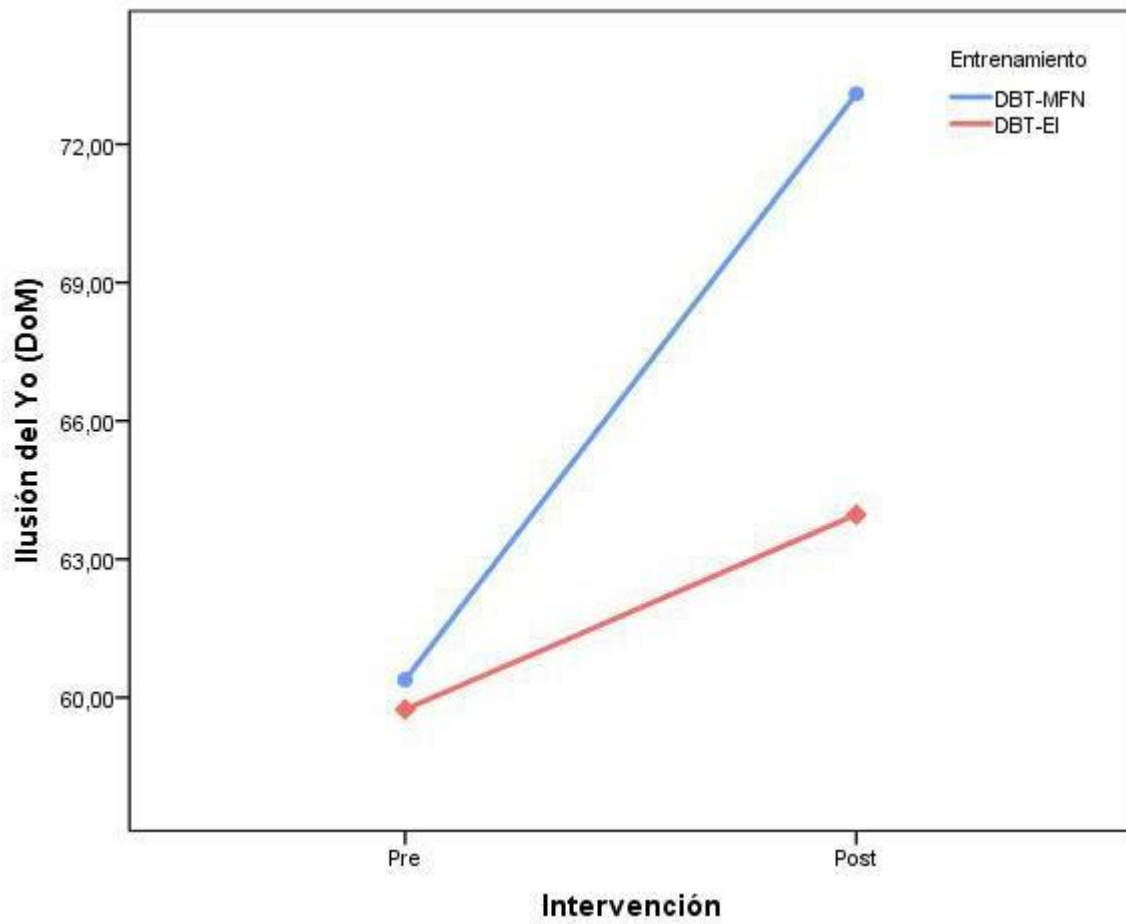


Figura 5. Triángulo de la Gestalt

