



**Universidad
Europea** VALENCIA

Máster universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo de Fin de Máster

Influencia de la práctica de Mindfulness en pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad: revisión bibliográfica.

Presentado por: María Rosa Díaz García

Director: David Martínez Rubio

Curso:2022-23

Convocatoria: ordinaria

Campus de Valencia

Paseo de la Alameda, 7

46010 Valencia

universidadeuropea.com

ÍNDICE

Resumen general y palabras clave	1
Abstract and key words.....	1
1. Introducción.....	2
1.1 El TLP: características y prevalencia.....	2
1.2 Tratamientos para el TLP.....	5
1.3 Terapia Dialectico conductual	6
1.3.1 Origen y definición de Mindfulness.....	9
1.3.2 Mindfulness y la Terapia Dialectico conductual.....	10
1.4 Justificación.....	11
1.5 Objetivos.....	12
1.5.1 Objetivo general	12
1.5.2 Objetivos específicos.....	12
2. Método	12
2.1 Criterios de elegibilidad.....	13
2.2 Fuentes de información.....	14
2.3 Estrategias de búsqueda.....	14
2.4 Proceso de selección de estudios	15
2.5 Codificación.....	16
3. Resultados	16
3.1 Selección de estudios.....	16
3.2 Características de estudios incluidos.....	18
3.3 Resumen de los estudios.....	24
4. Discusión	26
4.1 Objetivos de investigación.....	26
4.2 Interpretación de los resultados	26
4.3 Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación	31
4.4 Limitaciones de los hallazgos	32
4.5 Conclusiones.....	33
Bibliografía	34

Índice de Figuras

Figura 1. PRISMA. Diagrama de flujo del estudio 17

Índice de Tablas

Tabla 1. Características de artículos seleccionados 18

LISTADO DE SIGLAS

ACT: Acceptance and Commitment Therapy

APA: American Psychiatric Association

AQQ: Acceptance and Action Questionnaire

BDI-II: Inventario de depresión de Beck

BIS-11: Barrantt impulsiveness Scale

BSL-23 : Borderline Symptom list 23

BDSI-IV: Diferencial Stress Inventory

CBT: Cognitive-Behavioral Therapy

DASS-21: Escala de estrés de depresión por ansiedad

DBT: Dialectical Behavior Therapy

DBT-IE: entrenamiento de efectividad interpersonal en el contexto de TDC

DBT-M: Dialectic Behavioral therapy-Mindfulness mosule

DBT-ST: entrenamiento en habilidades dentro de la TDC

DBT-WCCL: Dialectical Behavior Therapy Ways of Coping Checklist

DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale

DES II: Dissociative Experiences Scale

DIB-R: Diagnostic Interview for Borderlines-Revised

DSHI9: The 9-item Deliberate Self Harm Inventory

EH-TDC: Entrenamiento en habilidades de la TDC

EQ: Experiences Questionnaire

EST: Expressed sequence tag

FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire

GET: Grupo especial terapeutico

MBCT: MIndfulness-Based Cognitive Therapy

MBSi: Mindfulness-based interventions

MBSR: Mindfulness-based Stress Reduction program

MBT: Terapia basada en mentalización

PAI-BOR: Personality Assessment Inventory-BorderlineScale

PSI: Estimación mortalidad intrahospitalaria

TAU: Tratamiento habitual

TB: Trastorno Bipolar

TBM: Terapia Basada en la Mentalización

TBT: Terapia basada en la transferencia

TCA: Terapia Analítica conductual

TCC: Terapia cognitivo conductual

TCE: Terapia Centrada en esquemas

TDC: Terapia Dialéctica conductual

TDC-M: Entrenamiento en Mindfulness en el contexto de la TDC

TFT: Terapia Focalizada en la Transferencia

TH: Tratamiento habitual

TLP: Trastorno Límite de la personalidad

TMT: Trail Making Test

TP: Trastorno de personalidad

SCIDII: Structural Clinical Interview for DSM

SCL 90: Symptom Chclist-90

SHI-22: Self-Harm Inventory

STAI: State-Trait Anxiety Inventory

SUD: Tratamiento habitual para consumo de sustancias

WHOQOL-BRER: Worls Health Organization Quality of Life

RESUMEN GENERAL

Los efectos positivos de la práctica de Mindfulness ante múltiples problemas psicológicos han hecho que se incrementara su uso en los últimos años en el tratamiento de diversos trastornos. El presente trabajo tiene como objetivo realizar un estudio documental de los beneficios que puede producir la práctica del Mindfulness entre la población diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad, examinando literatura científica, incluyendo artículos referenciados en bases de datos especializadas, y método bibliográfico. Las personas diagnosticadas con este tipo de trastorno presentan a menudo miedo al abandono, ya sea real o imaginario, un patrón de relaciones interpersonales intensas, una percepción de sí mismos asociada a la inestabilidad, a la impulsividad, comportamientos intensos (amenazas suicidas y recurrentes, automutilación), inestabilidad afectiva, sentimiento de vacío, dificultades para controlar la ira, ideas paranoides relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. La técnica psicológica de Mindfulness permite el desarrollo de habilidades como prestar atención al momento presente de manera consciente, con interés, curiosidad y aceptación; esta técnica está orientada a las causas del sufrimiento humano y a la forma de aliviarlo. Por tanto, a través de su práctica, los individuos diagnosticados con este trastorno pueden mejorar su sintomatología y, por lo tanto, su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: mindfulness, trastorno límite de la personalidad, desregulación emocional, atención plena

ABSTRACT

The positive effects of Mindfulness practice in the face of multiple psychological problems have increased its use in recent years in the treatment of various disorders. The present work aims to carry out a documentary study of the benefits that the practice of Mindfulness can produce among the population diagnosed with Borderline Personality Disorder, examining scientific literature, including articles referenced in specialized databases, and bibliographic method. People diagnosed with this type of disorder often present fear of abandonment, whether real or imagined, a pattern of intense interpersonal relationships, a perception of themselves associated with instability, impulsiveness, intense behaviors (suicidal and recurrent threats, self-mutilation), emotional instability, feelings of emptiness, difficulties controlling anger, stress-related paranoid ideas or severe dissociative symptoms. The Mindfulness psychological technique allows the development of skills such as consciously paying attention to the present moment, with interest, curiosity and acceptance; This technique is oriented to the causes of human suffering and the way to alleviate it. Therefore, through its practice, individuals diagnosed with this disorder can improve their symptoms and, therefore, their quality of life.

KEYWORDS: mindfulness, borderline personality disorder, emotional dysregulation, full Attention

1. Introducción

1.1 El TLP: características y prevalencia

No existe unanimidad en cuanto a la proporción de población general que está afectada por algún tipo de trastorno de personalidad (TP). Existe una gran disparidad entre unos estudios y otros sobre la prevalencia de este tipo de trastorno. Entre la población general, según estudios realizados entre 1997-2007 y con muestras mayores de 250 personas, se estima la prevalencia de TP entre el 4,4% y el 19%. En cambio, si nos centramos en los datos obtenidos de la práctica asistencial con la población psiquiátrica, la prevalencia de los TP pasa a oscilar entre 10,8% y el 82% de dicha población (Chiclana, 2010). Y si nos basamos en los resultados de estudios realizados sobre población clínica española la prevalencia se sitúa entre 3,7% y 91% (Chiclana, 2010).

Esta disparidad obedece entre otras razones a la dificultad que presenta el diagnóstico de los trastornos de personalidad en la práctica cotidiana asistencial (Giner et al, 2015); dificultad que se relaciona con los siguientes factores (entre otros): basar el diagnóstico en la contratransferencia negativa que provoca el paciente, o en no aceptar la existencia de los TP como entidad clínica independiente, o debido a la falta de tiempo y la presión asistencial, o a la escasa fiabilidad que puedan presentar algunos instrumentos de medida asequibles al profesional.

Tal y como queda definido en el manual DSM-5, (Giner et al, 2015), el TP se presenta como un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de los impulsos.

El patrón perdurable es inflexible y causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta. Este patrón no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal).

El DSM-5, establece tres grupos dentro del conjunto de trastornos de personalidad (TP):

- Grupo A: Trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica: se caracterizan por ser raros o excéntricos
- Grupo B: Trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista: apariencia dramática, emocional o errática.
- Grupo C: Trastornos de la personalidad evasiva, dependiente y obsesivo-compulsiva: se caracteriza por la aparición de ansiedad y miedo.
- Otros trastornos de personalidad: debido a otra afección médica, especificado y no especificado

En el Grupo B se encuentra el Trastorno de personalidad límite, también llamado borderline, comúnmente conocido por las siglas TLP en el que se centrará este estudio.

Este se caracteriza por constituir un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, y una impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta. El TLP puede ser diagnosticado (siguiendo el DSM-5) cuando la persona presenta cinco (o más) de los hechos o síntomas 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
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.

En resumen, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un problema mental que se caracteriza por la dificultad en la regulación de las emociones. Los afectados por este trastorno sienten las emociones de manera intensa y de forma prolongada en el tiempo, lo que les dificulta recuperar la estabilidad emocional después de la explosión emocional típica de este trastorno.

Son bastantes comunes los intentos de suicidio y las autolesiones en forma de cortes o quemaduras¹.

Habría que tener muy en cuenta que el DSM-5 recoge estos criterios de una manera independiente con la intención de hacerlos explícitos, pero la realidad clínica indica que no se pueden tratar estos criterios de manera independiente. Si se consideran de forma independiente, se corre el riesgo de no llegar a entender el trastorno de una manera integral (Mosquera, 2011), dificultando un enfoque individualizado de cada caso, que permita llegar a entender el conjunto de problemas que ha desarrollado una persona diagnosticada con este tipo de trastorno.

En cuanto a la prevalencia, según el Portal del Trastorno Límite, un 1,6% de la población general padece el TLP; y de las personas diagnosticadas, el 75% son mujeres, aunque pudiera ser que el porcentaje de hombres diagnosticados con TLP fuera superior al constatado, ya que podrían haber sido mal diagnosticados con trastornos postraumático o depresión, en lugar de con Trastorno Límite de la Personalidad. Además, la comorbilidad con otro tipo de trastornos se considera muy alta, ya que entre el 40-80% cumple con criterios de depresión, entre el 10-20% con trastorno bipolar, el 60% con abuso de sustancias, entre el 40-50% con trastorno de estrés postraumático, entre el 30-48% con trastorno de pánico y entre el 30-53% con trastornos de la conducta alimentaria.

Se trata de pacientes muy demandantes de su entorno, tanto a nivel familiar y social como de servicios sanitarios. Su gran inestabilidad provoca que no midan sus actos, comportándose de manera impulsiva y extrema, sin medir las consecuencias de lo que hacen. La relación con los profesionales que los tratan puede llegar a ser muy complicada si no satisfacen sus demandas (Fortes et al., 2012) por lo que sería interesante encontrar tratamientos adecuados que logren aliviar el gran sufrimiento con el que viven este tipo de pacientes y, con ellos, también su entorno más cercano, que en muchas ocasiones no llegan a entenderlos.

En cuanto a los costes de los trastornos de personalidad limítrofe, anualmente los costes directos de atención médica y los costes indirectos en términos de pérdida de productividad fueron 16 veces mayores en los pacientes con TLP en comparación con población normativa (Hastrup et al., 2019); además este mismo estudio muestra que los cónyuges de pacientes con TLP tienen también mayores costes sociales en comparación con los controles emparejados. Incluso se observaron una elevación de los costes sociales 5 años antes de producirse el diagnóstico tanto para los pacientes como para los cónyuges.

El “volcán emocional” en el que viven estos pacientes, junto a la resistencia a tratamientos farmacológicos que no llegan a ser eficaces, hacen de la psicoterapia un elemento fundamental para mejorar los síntomas y por tanto la calidad de vida de estas personas.

¹ <https://www.trastornolimito.com/tlp/tlp-sintomas-causas-diagnostico-y-tratamiento>

1.2 Tratamientos para el TLP

Hasta ahora los tratamientos psicofarmacológicos han demostrado una eficacia moderada (Choi-Kain et al., 2016), sin embargo varios tratamientos psicológicos han demostrado su eficacia en población diagnosticada con TLP (Cristea et al., 2017), especialmente la Terapia Dialectico Conductual y los enfoques psicodinámicos. Aun así, hay que incidir en que todos estos tratamientos son muy especializados y de no muy fácil implantación, por el alto coste que implican tanto para los pacientes como para la formación de los profesionales.

Los tratamientos diseñados específicamente para TLP son:

La Terapia basada en la Mentalización (TBM), fue desarrollada principalmente por Anthony Bateman y Peter Fonagy; según esta teoría la mentalización es un proceso por el cual nos concebimos a nosotros mismos y a los demás en términos de estados subjetivos (deseos, pensamientos, sentimientos) y entendemos nuestras conductas en relación con estos estados. Según este modelo, los síntomas de TLP resurgen de “modos pre-mentalizadores de funcionamiento psíquico tras una supresión específica de la mentalización que ocurre en un contexto de hiperactivación del sistema de apego”. (Sánchez et al.2013). Se trata de una intervención de carácter psicodinámico, basada en la teoría del apego; consiste en un tratamiento tanto individual como grupal estructurado que dura entre 12 y 18 meses. Tiene como objetivo incrementar la mentalización en el paciente (Bateman et al., 2016). Además, esta terapia también tiene un programa de Apoyo y Entrenamiento para familiares y cuidadores.

La Terapia basada en la Transferencia (TBT) es una intervención de corte psicodinámico que define los problemas del TLP desde el punto de vista del vínculo y de las relaciones con su realidad circundante y que están a la base de las conductas observables de los pacientes con TLP. El objetivo de la intervención es reactivar las relaciones interiorizadas en un contexto en el que el terapeuta ostenta un papel central, ya que se interpretan en la relación con él/ella (López et al.2004),

La Terapia Basada en Esquemas parte de la terapia cognitiva, con un enfoque integrador, y añade aspectos del enfoque conductual, de la terapia Gestalt, del constructivismo, del psicoanálisis y de la teoría del apego. Hay tres aspectos cruciales que son: los *esquemas*, entendidos como aspectos psicológicos fundamentales de la persona, *el estilo de afrontamiento*, que son las respuestas conductuales que la persona tiene ante los esquemas y *los modos*, que son los esquemas de afrontamiento que se dan en un determinado momento (Torres et al, 2023). Esta intervención se centra en la modificación de esquemas y, para ello, utiliza técnicas cognitivas (como la reestructuración cognitiva), conductuales (como los role-playing) y experienciales (como el psicodrama) (Pérez et al., 2021)

La Terapia Cognitivo-Analítica (TCA) se basa en que hay elementos que no están disponibles para el sujeto de manera consciente y que a través de la terapia pueden llegar a

estar accesibles. El terapeuta tiene que ayudar al paciente a que identifique sus patrones disfuncionales para, una vez identificados, poder sustituirlos por otros más adaptativos que le generen mayor bienestar. Además, también es a la vez una terapia cognitiva que está centrada en la capacidad de los sujetos de pensar y reflexionar pudiendo de esta manera establecer un control sobre sus acciones (Rodríguez et al, 2013),

La Terapia Dialéctico-Conductual es un tratamiento para el TLP que tiene gran soporte empírico y está integrada por distintos modos de terapia y un gran abanico de técnicas y habilidades terapéuticas entre las que destaca la técnica de Mindfulness que tiene un papel central en el tratamiento (Linehan, 1993a, 1993b) y que vamos a desarrollar en el siguiente apartado.

1.3 Terapia Dialectico conductual

La Terapia dialectico conductual (TDC) es un tratamiento psicológico creado específicamente para el tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad y pertenece a las llamadas terapias de tercera generación, que suponen un paso más allá de la Terapia cognitivo-conductual; no se trata solo de trabajar en la modificación de la conducta y pensamientos del individuo sino que pretende trabajar sobre el bienestar global, incluyendo el contexto que rodea al individuo como un elemento muy importante, además de considerar primordial el diálogo con el paciente. Según Linehan (1993 a) la Terapia Dialectico Conductual persigue una mejora de la sintomatología de los problemas de salud mental que presentan este tipo de pacientes. Ofrece un tratamiento cognitivo conductual buscando generar conductas adaptativas que permitan a los pacientes resolver sus problemas inter e intrapersonales, profundizando en factores que puedan estar interfiriendo en el paciente y ayudándoles a aceptar sus propias experiencias. Precisamente es esta última parte de aceptación lo que la diferencia especialmente de la Terapia Cognitivo Conductual, ya que promueve tanto el cambio como la aceptación del entorno y de sí mismo, utilizando elementos como el Mindfulness, técnica psicológica basada en el budismo zen, a través de la filosofía dialéctica (de la Vega et al 2013) . De hecho, se trata de un programa terapéutico diseñado para tratar graves problemas de desregulación emocional, conductas suicidas y autolesivas. Marsha Linehan encontró que esta sintomatología se daba principalmente en pacientes depresivos y en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, y decidió trabajar con estos últimos (Vasquez-Dextre et al.2016).

La TDC integra elementos cognitivo-conductuales (se analizan las conductas desadaptativas para determinar los elementos que las refuerzan y mantienen) con elementos de aceptación del sufrimiento, (más propios de filosofías zen y budistas) y con una visión dialéctica de la realidad (en la que se hace hincapié en las interrelaciones complejas de las partes que la componen). Desde este punto de vista de la dialéctica, se acepta que las conductas del individuo no pueden entenderse de manera independiente y aislada, sino como partes dentro de un todo

complejo que es el mundo. El individuo no se concibe solo como parte de un conjunto, sino que interactúa con su entorno, estableciendo una relación dinámica de influencia mutua. Según el modelo etiológico propuesto por Linehan (1993^a) de tipo biopsicosocial la desregulación emocional que sufren los individuos diagnosticados con TLP son el resultado de una predisposición biológica y de las experiencias ambientales que resultan invalidantes para el individuo.

Según el enfoque de la TDC, los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen como principal problema la incapacidad para regular los afectos, y de esta incapacidad surgen la mayor parte de los síntomas. De manera específica, esta terapia se centra principalmente en la sintomatología derivada de la confusión, de la impulsividad, del caos interpersonal y de la inestabilidad emocional. Entre las técnicas que se utilizan estarían incluidas las técnicas de exposición, moldeamiento, aprendizaje por modelos, rol Playing, instrucciones y autoinstrucciones, refuerzos y feedback; y algo muy importante, la validación y aceptación de la experiencia emocional del paciente, desde una perspectiva no enjuiciadora (de la Vega et al. 2013).

La TDC es una terapia perfectamente estructurada que pretende que el paciente acabe incorporando a su vida diaria una serie de habilidades que al final conduzcan a disfrutar de una mayor calidad de vida, consiguiendo regular sus emociones y su conducta. Pero dadas las características de estos pacientes (altamente inestables), con habituales crisis, en las que el terapeuta tiene que ir adaptándose a sus vaivenes emocionales, originalmente este tipo de terapia incorpora la psicoterapia individual, el entrenamiento grupal en habilidades, la atención telefónica en las crisis y las reuniones periódicas de supervisión de casos por parte del equipo que las lleva a cabo (Linehan, 1993a, 1993b).

Por una parte, la psicoterapia individual resulta imprescindible en el desarrollo del tratamiento. El terapeuta debe conseguir del paciente la suficiente motivación para iniciarse y mantenerse en el tratamiento y también establecer un vínculo terapéutico en el que el paciente perciba al terapeuta como alguien con quien puede contar, con quien puede hablar tranquilamente, que no le va a juzgar y que no repite los patrones de respuesta que el paciente ha ido recibiendo a lo largo de su vida por parte de su entorno. Además, teniendo en cuenta que los pacientes con TLP presentan repertorios de conductas disfuncionales que ponen en peligro la continuidad del paciente en terapia, la TDC establece unos objetivos para intentar reducir este tipo de comportamientos y que el paciente siga la terapia:

1. Reducir conductas que hacen peligrar su vida: los intentos de suicidio, pensamientos suicidas y autolesiones
2. Reducir conductas que influyen negativamente en la adherencia al tratamiento: no acudir a la terapia o llegar tarde, no realizar las tareas propuestas o alejarse de las personas que le prestan ayuda

3. Reducir conductas que merman la calidad de vida: consumo de sustancias, trastornos de alimentación, descuido de enfermedades, absentismo laboral o escolar, no utilización de la red de apoyo

4. Incrementar estrategias para conseguir la regulación emocional: habilidades de conciencia, relación interpersonal, manejo emocional y tolerancia al malestar.

Por otra parte, la terapia grupal se compone de cuatro módulos de habilidades específicas:

- Habilidades básicas de la conciencia, de atención plena o mindfulness. Con ellas se pretende combatir la confusión acerca del yo, confusión de la propia identidad y el sentimiento de vacío. Además, hay que señalar que el entrenamiento en las técnicas de mindfulness es fundamental para fomentar el aprendizaje de las demás habilidades.

- Habilidades de efectividad interpersonal. En este módulo se trabaja el caos interpersonal y la inestabilidad en las relaciones. Las personas afectadas por TLP tienden a establecer expectativas muy altas sobre lo que esperan de los demás y de sí mismos en las relaciones interpersonales, pasando de la idealización a la decepción rápidamente. El principal objetivo de este entrenamiento es conseguir que estos individuos consigan modificar las expectativas erróneas, que suelen estar a la base de sus problemas en las relaciones personales. La preparación se realiza utilizando ensayos de conducta y técnicas de solución de problemas.

- Habilidades de regulación emocional. Se trabaja sobre la inestabilidad emocional y el estado de ánimo. Los pacientes aprenden diversas habilidades que les ayudan a identificar y etiquetar las emociones, a identificar obstáculos para el cambio emocional y aprenden a identificar los elementos que refuerzan las emociones desadaptativas. También se fomenta la práctica de hábitos de vida saludables que ayudan a disminuir la vulnerabilidad emocional: higiene del sueño, conducta de enfermedad, alimentación sana, ocio, práctica del deporte etc. Por último, busca incrementar los acontecimientos emocionalmente positivos, incrementar la realización de actividades placenteras, estableciendo a su vez objetivos a corto, medio y largo plazo.

- Habilidades de tolerancia al malestar. Las personas con TLP utilizan estrategias desadaptativas para aliviar su malestar emocional tales como conductas autolesivas, consumo de sustancias, conductas alimentarias no saludables, etc. Todas estas conductas les producen un alivio emocional inmediato que a su vez refuerza la posibilidad de que la conducta se vuelva a repetir. Uno de los objetivos de la TDC es que el paciente aprenda a tolerar el malestar en momentos de crisis sin reproducir este tipo de conductas. (García-Palacios, 2006).

1.3.1 Orígenes y definición de Mindfulness

El término Mindfulness, es una traducción de la palabra “sati”, que proviene de la lengua pali, que es uno de los idiomas en los que fueron escritos los discursos de buda, hace en torno a 2.500 años. Se trata de un concepto muy amplio, que tiene una traducción compleja. Fundamentalmente significa “poner atención en el momento presente”. Aunque habitualmente se traduce como “atención plena, observación clara o conciencia plena”, abarca muchos más aspectos. Otra posible forma de traducir el término es “memoria o recordar”, ya que para que algo sea recordado o exista en nuestra mente, tiene que haberse vivido con atención o conciencia plena (Boldhi, 2000).

El origen del Mindfulness en Occidente viene de la mano de Jon Kabat-Zinn. Es un médico estadounidense que tras estudiar budismo en la India regresó a Estados Unidos, y fundó en 1979 The Center for Mindfulness en la Universidad de Massachusets, donde se desarrolló el programa de reducción del stress basada en la atención plena (Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) (kabat-Zinn, 1982). Desde entonces, se han desarrollado otros programas e intervenciones terapéuticos basados en la práctica de Mindfulness para tratamiento de distintas patologías.

Además de referirnos a Mindfulness como una técnica psicología que permite desarrollar determinadas habilidades, algunos autores han definido el Mindfulness como un rasgo disposicional que todos los individuos tenemos en mayor o menor medida (Baer et al., 2006). Y desde esta perspectiva, parece que los sujetos con TLP presentan una disminución en la capacidad de Mindfulness (Baer, Smith & Allen, 2004). Según algunos autores, existiría una asociación significativa entre déficits en Mindfulness y algunas características del TLP; en concreto, las dificultades en la atención, en la conciencia y en la aceptación de la experiencia interna y externa, parece que explican la patología límite incluso cuando se controlan problemas de afectividad negativa, conductas disfuncionales y desregulación emocional e interpersonal que se han descrito como características fundamentales en este trastorno; por lo que la mejora de la atención plena puede según estos autores mejorar considerablemente la sintomatología de estos pacientes (Wupperman et al.,2008). De hecho, algunos estudios sugieren que la atención plena podría ser un predictor único para la patología del TLP y, por tanto, el incidir en el estudio de la atención plena podría mejorar la formulación, el diagnóstico y el tratamiento de este tipo de trastorno. (Wupperman et al., 2009).

Como aclaración previa, Mindfulness no significa dejar la mente en blanco, no es buscar la iluminación o apartarse de la vida, no es suprimir las emociones, no es escapar del dolor, no es autoconciencia enjuiciadora, y no es una práctica egoísta. Mindfulness permite observar tu mente para no dejarte llevar por el estrés y para que tus pensamientos no te dominen. Tampoco significa meditación; se puede llegar a un alto nivel de práctica de Mindfulness sin hacer una

meditación formal, y de la misma manera, podríamos practicar algunos tipos de meditación que no desarrollaran el Mindfulness (Demarzo, et al,2018)

Jon Kabat-Zinn definió Mindfulness como “conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional a la experiencia tal y como es en el momento presente sin juzgarla, sin evaluarla y sin reaccionar a ella” (kabat-Zinn 1994; pag 4). También lo define de forma más sencilla como “simplemente parar y estar presente, eso es todo” (Kabat-Zinn, 2005). No obstante, hay que tener en cuenta que cualquier definición de esta técnica debe incorporar los siguientes aspectos:

- Capacidad de estar atento: la persona tiene que estar centrada en lo que está viviendo.
- En el presente: la persona tiene que estar en el momento actual (ni por el pasado ni por el futuro)
- Intencional: se trata de un ejercicio de la voluntad sobre todo al principio. Con la práctica digamos que la intencionalidad se produce de manera natural.
- Con aceptación: sin juzgar, sin criticar o estar a disgusto en el momento presente. Se acepta, el momento presente con apertura y curiosidad; cualquier elemento de no aceptación es no estar mindfulness.

1.3.2 Mindfulness y la Terapia Dialéctica Conductual

La Terapia Dialéctica Conductual incide en que las habilidades de Mindfulness son imprescindibles, considerándose la base de esta terapia, siendo condición necesaria para la posterior adquisición de la auto-regulación emocional. La razón es que se consideran una condición necesaria para poder adquirir el resto de habilidades. Los pacientes TLP tienden a evitar las experiencias emocionales por lo que tienen dificultades para identificar las emociones que están sintiendo. Para poder auto-regular las emociones primero tienen que saber reconocerlas. La técnica de Mindfulness ayuda a los pacientes a observar, describir y participar de sus experiencias emocionales aprendiendo a aceptarlas sin juzgarlas (Palacios, 2016) (pag.121-132).

Las técnicas de Mindfulness tienen que ver con el concepto de “mente sabia” que es la integración de la “mente emocional” y la “mente racional”. Los pacientes TLP se identifican con la mente emocional, siendo las emociones las que controla el comportamiento y el pensamiento. La mente racional es cuando la lógica y la razón son las que dominan comportamiento y pensamiento. La mente sabia es la integración de la mente emocional y la mente racional, es el conocimiento profundo e intuitivo de algo y esta es la esencia de la atención plena y Mindfulness.

Las técnicas Mindfulness para alcanzar esta mente sabia se dividen en habilidades que se estructuran en dos categorías: las habilidades “qué” y las habilidades “cómo”.

Las habilidades “qué” se refieren a observar tanto las experiencias internas como externas, describirlas sin juzgarlas, participando de la experiencia en el momento presente con consciencia. Por una parte el no juzgar promovería un incremento de la regulación emocional, por otra el participar con consciencia de dicha participación contribuiría a reducir las conductas impulsivas (la participación sin consciencia es la que se utiliza en comportamientos impulsivos y estados de ánimo dependientes).

Las habilidades “cómo” tienen que ver con la actitud del individuo en la práctica del Mindfulness y cómo llevarla a cabo; cómo observar, cómo describir y cómo participar. Es importante focalizar la atención en una sola cosa, simplemente observando, sin juzgar y priorizando las actuaciones eficaces. La atención en el momento no debe ser enjuiciadora, simplemente descriptiva; se cambian los juicios negativos por la simple descripción de las consecuencias que pueden ser tanto positivas como negativas. De esta manera, la experiencia deja de ser buena o mala, simplemente se describe como es, sin juzgarla, tal y como es y de esta manera se puede transformar sin ser necesario realizar reestructuraciones cognitivas utilizadas en otro tipo de terapias. La aceptación radical de la realidad tal y como es resulta primordial para vincularnos con la experiencia y ayudarnos a asumir los acontecimientos, aunque sean dolorosos, haciendo que se dejen de utilizar estrategias de evitación, que son habituales en individuos diagnosticados con TLP (Linehan, 2014).

1.4 Justificación

El Trastorno Límite de la Personalidad es una enfermedad mental severa que provoca un elevado sufrimiento a las personas que lo padecen. La desregulación emocional y la impulsividad son características básicas de esta patología que conducen a los individuos a tener conductas de alto riesgo que constituyen un grave problema para su salud.

Las personas diagnosticadas con este tipo de trastorno presentan a menudo miedo al abandono, ya sea real o imaginario, un patrón de relaciones interpersonales intensas, una percepción de sí mismos asociada a la inestabilidad, a la impulsividad, comportamientos intensos (amenazas suicidas y recurrentes, automutilación), inestabilidad afectiva, sentimiento de vacío, dificultad para controlar la ira, ideas paranoides relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Por una parte, la técnica psicológica de Mindfulness permite el desarrollo de habilidades como prestar atención al momento presente de manera consciente, con interés, curiosidad y aceptación; esta técnica está orientada a las causas del sufrimiento humano y a la forma de aliviarlo.

Y aunque, como hemos explicado en la introducción de este trabajo, está ampliamente demostrado que la TDC es una terapia altamente eficaz como tratamiento para el TLP y la técnica de Mindfulness está perfectamente integrada en él, se trata de un tratamiento muy costoso a nivel de recursos necesarios y que al final no llega a la población de manera universal.

Teniendo en cuenta esto, he considerado interesante realizar una investigación que explore tratamientos en los que se incluya la técnica de Mindfulness comprobando su efectividad con respecto a los síntomas de TLP así como en cuanto a la reducción de los recursos necesarios para su puesta en práctica en una población diversa cultural y socialmente.

1.5 Objetivos

1.5.1. Objetivo general

El objetivo general de esta revisión bibliográfica es presentar de manera estructurada y clara evidencia actualizada sobre la efectividad del Mindfulness como tratamiento independiente o integrado dentro de la Terapia Dialectico Conductual en pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad o con síntomas límite.

1.5.2 Objetivos específicos

Objetivo 1: Identificar la sintomatología y conductas específicas que se han trabajado a través de Mindfulness en población con Trastorno Límite de la personalidad o síntomas límite en contextos socio-culturales diversos.

Objetivo 2: Comparar la metodología y resultados de los distintos estudios incluidos en el trabajo tratando de clarificar qué tratamientos resultan más eficaces a la luz de la evidencia mostrada, teniendo en cuenta las adaptaciones que se han realizado en cada caso para su aplicación, y también teniendo en cuenta las limitaciones que tienen las investigaciones.

Objetivo 3: Describir la eficacia de las intervenciones y poner en valor las aportaciones sobre el aprovechamiento de los recursos y mejoras en su aplicación.

2 Método

Para llevar a cabo este trabajo se ha utilizado un enfoque cualitativo, a nivel descriptivo y con método bibliográfico, que tiene como objetivo investigar, recopilar, organizar, analizar e

interpretar la información más reciente que se ha publicado sobre la efectividad de Mindfulness en pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad.

2.1 Criterios de elegibilidad

Utilizando la estructura PICO, obtenemos las siguientes premisas que nos llevan al planteamiento de la pregunta de revisión, que es la eficacia de la técnica de Mindfulness (bien como tratamiento único o como tratamiento integrado en la terapia DBT) en la mejora de la sintomatología en pacientes con TLP, poniendo en valor las variaciones en la aplicación que ayudan a aumentar su eficacia bien como tratamiento único, o como tratamiento integrado en la Terapia DBT, en cuanto a mejora en la sintomatología en pacientes con TLP.

Problema: Estudios con pacientes que cuentan con un diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad, realizado a través de entrevista diagnóstica u otros métodos de evaluación (como cuestionarios) suficientemente validados. Se establece edades entre 18 y 65 años

Intervención: estudios que utilicen como tratamiento mindfulness, ya sea como tratamiento único o bien que mindfulness aparezca integrado dentro del tratamiento.

Comparación: Se eligen aquellos estudios donde se realiza una comparación con el tratamiento habitual, lista de espera o con otro tratamiento alternativo.

Outcomes: Se distinguen medidas tanto para efectuar el diagnóstico del TLP como para comprobar los resultados de la terapia aplicada en cuanto a sintomatología de la población con la que se ha trabajado.

A partir de aquí, se han establecido los siguientes criterios de inclusión:

- Terapias aplicadas a población diagnosticada con TLP o con síntomas límite según DSM-IV TR Y DSM V
- Que los participantes tuvieran un rango de edad entre 18 y 65 años
- Que se utilice en el estudio una intervención con prácticas, componentes y elementos nucleares de Mindfulness
- En la búsqueda se han tenido en cuenta artículos publicados entre el año 2010 y el año 2023
- Se han incluido investigaciones tanto de ensayos controlados como no controlados
- Publicados en inglés

Los criterios de exclusión serían:

- Que el programa sujeto a estudio se haya aplicado sobre una población específica (adolescentes, militares, embarazadas).

- Estudios de caso único
- Revisiones teóricas, estudios teóricos o revisiones bibliográficas
- Falta de acceso a la publicación completa
- Que la terapia se haya aplicado únicamente sobre familiares de población diagnosticada

2.2 Fuentes de información:

Para efectuar el trabajo se realizó una primera búsqueda para explorar el estado del conocimiento científico actual, investigando sobre los artículos que se habían publicado hasta ese momento y sobre la efectividad de Mindfulness para población diagnosticada con trastorno límite.

Se han realizado búsquedas en varias bases de datos: Pumbed, Scielo, Web of Science, Scopus y Google Academic, esta última como complemento de las anteriores. Estas búsquedas se han realizado en el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2022 y el 20 de febrero de 2023.

2.3. Estrategia de búsqueda

En cuanto a la estrategia de búsqueda, se han utilizado distintos términos para realizar la selección de artículos, ya que en un primer momento aparecían un número muy poco significativo de artículos. En una primera búsqueda, en Pumbed, Scielo, Web of Science y Scopus se utilizaron como términos de búsqueda BORDERLINE, MBCT, MBSR, MBIs, utilizando los operadores booleanos AND y OR para acotar la búsqueda de resultados; se introdujeron los términos "BORDERLINE AND MBCT OR MBET OR MESR OR MBIs", obteniéndose un número muy pequeño de artículos, en concreto, 2 artículos en Pumbed , ninguno en Scielo, 20 artículos en Web of Science y 12 artículos en Scopus.

A la vista de estos resultados, se realizó una segunda búsqueda donde se utilizaron los términos "MINDFULNESS AND BORDERLINE" para intentar incrementar el número de artículos sobre el que se realizaría la selección. Aun así, en Scielo por ejemplo solo se obtuvieron en la búsqueda inicial cinco artículos a pesar de la amplitud de los términos.

Además, para complementar las búsquedas anteriores, se realizó una última búsqueda en Google Academic; al introducir los términos "MINDFULNESS AND BORDERLINE" se

obtuvieron más de 54.000 referencias; por ello se decidió modificar los términos de búsqueda en esta base de datos para reducir el número de referencias y así delimitar la búsqueda. Por ello los términos de búsqueda elegidos fueron “mindfulness (IBMs), borderline personality disorder, emotional dysregulation”

2.4 Proceso de selección de los estudios

De todos los artículos encontrados en las distintas bases de datos, en una primera vuelta se analizaron a partir del título y del resumen; de esta manera se hizo un primer cribado en el que se comprobó en cada uno de ellos si los criterios de inclusión y exclusión expuestos se cumplían y si, por tanto, eran candidatos a formar parte del estudio.

A partir de las palabras utilizadas como criterio de búsqueda en cada una de las bases de datos el número de artículos que se seleccionó fue el siguiente:

- PubMed, se encontraron 173 artículos en una primera vuelta de los que se seleccionaron 14 que en principio cumplían los criterios para formar parte del estudio.
- Scielo, solo se encontraron 5 artículos de los que al final no se ha seleccionado ninguno porque no se ajustaba al objeto de estudio
- Scopus, en una primera vuelta se encontraron 268 artículos de los que al final se han escogido 10 en base a las características que deben cumplir para incluirse en el estudio.
- Web of Science, se obtuvieron 134 artículos de los que al final se han seleccionado 8 que cumplían con los criterios de inclusión.
- Google Academic: se utilizó a nivel orientativo por si aparecía algún artículo adicional que no se hubiera encontrado en el resto de las bases de datos. Al final, de 1.200 referencias que aparecieron se seleccionaron únicamente 9 artículos.

Una vez seleccionados los que cumplían los criterios de inclusión, se obtuvieron los textos completos de dichos artículos para realizar un examen más exhaustivo.

Además, hay que destacar que aunque en principio en base al título y resumen se encontraron artículos que podrían haber formado parte del estudio, finalmente quedaron excluidos por falta de acceso a su contenido completo.

4.5 Codificación

La codificación de la información incluida en los estudios se realizó a través de la lectura del abstract en un primer momento, seguida de la información que aparecía en el método y los resultados.

En primer lugar se codificaron los sujetos que participaron en el estudio en base al trastorno que padecían, edad, género y si tenían o no algún trastorno comorbido. Posteriormente, se han codificado las intervenciones aplicadas y las adaptaciones hechas de las terapias aplicadas a cada población sujeta a estudio. Además, también se ha codificado el tipo de estudio realizado, si eran experimentales, cuasi-experimentales, longitudinales, controlados, no controlados, si fueron estudios cualitativos y el tipo de diseño empleado en cada uno de ellos. Por otra parte, también se codificaron las variables dependientes que se midieron en cada uno de los estudios.

Hay que destacar también, que en la selección de los estudios sujetos a revisión no existe uniformidad en cuanto a tratamientos aplicados, tipo de estudio realizado y tamaño y características socioculturales de la muestra.

3. Resultados

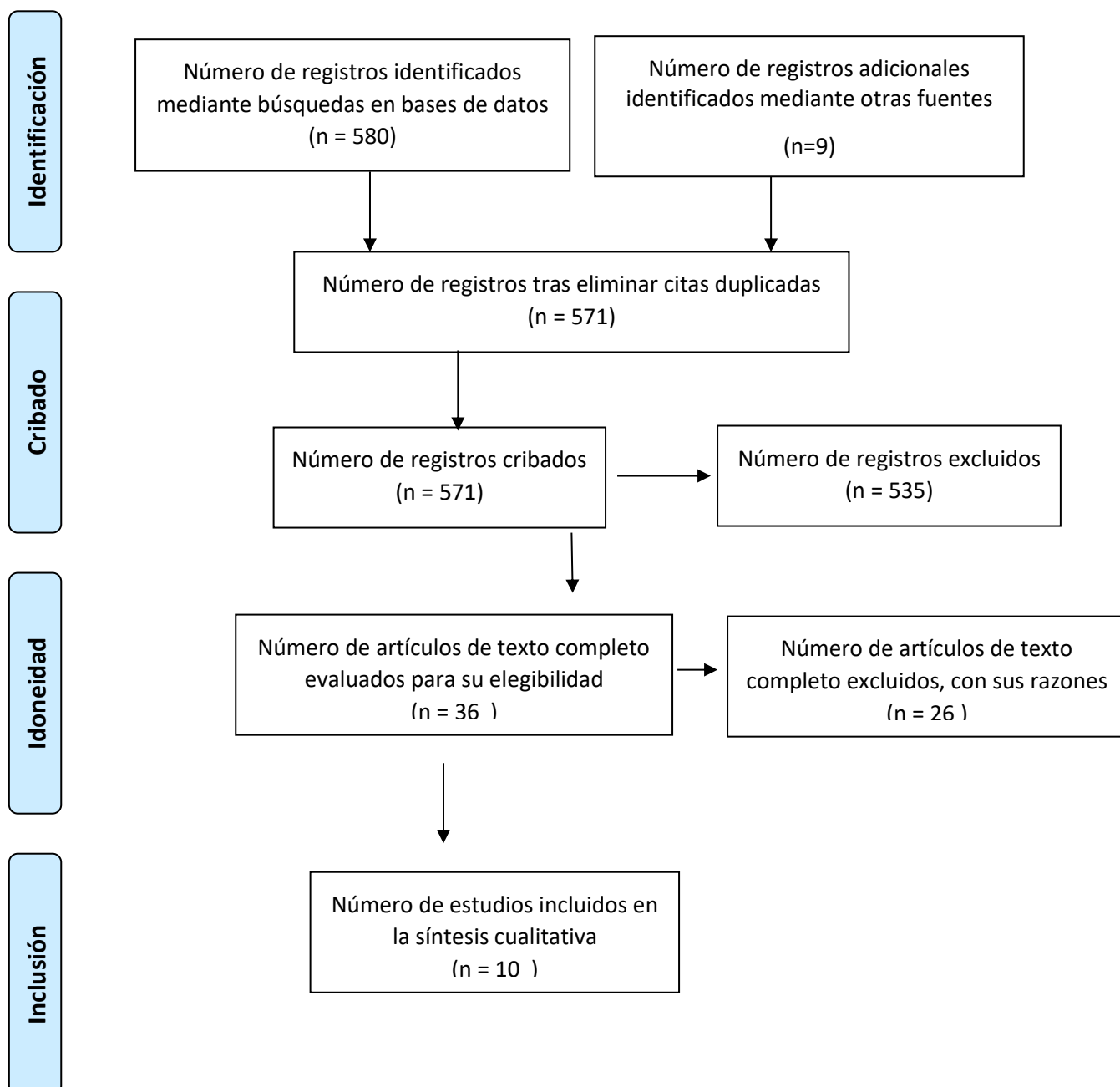
3.1 Selección de estudios

La búsqueda bibliográfica dio como resultado 580 artículos de investigación. Después de eliminar las duplicidades quedaron 415 artículos para analizar. Tras la selección inicial a partir de títulos y resúmenes quedaron 39 artículos. De las 39 referencias seleccionadas se realizó una lectura completa y exhaustiva de todos ellos, valorando si cumplían los criterios de inclusión, descartándose en un primer momento 25 artículos por no cumplir dichos criterios. El cribado de artículos fue realizado por un investigador.

Por último, de los 14 artículos que resultaron de esta selección, posteriormente se descartaron 4 artículos más ya que a pesar de haber accedido a su contenido, este no era completo, por lo que no se podía realizar un estudio en profundidad, ya que faltaban datos esenciales como por ejemplo el tipo de estudio realizado, el número de sujetos y el tiempo durante el que se había aplicado tratamiento.

La figura 1 aporta, mediante diagrama, los resultados obtenidos tras haber realizado el proceso de búsqueda en las bases de datos elegidas, la selección, el estudio e inclusión de las investigaciones:

Figura 1: Diagrama de selección de artículos



3.2 Características de los estudios incluidos

Tras haber efectuado la selección de artículos, se procedió a realizar una lectura en profundidad de estos, analizándolos y seleccionando datos clave como son: año de publicación, autores, país, tipo de estudio, tamaño de la muestra, objetivo del estudio, programa aplicado, pruebas utilizadas para las mediciones, resultados y limitaciones.

Los artículos seleccionados se han sintetizado a continuación en la Tabla 1 incluyendo las características más importantes de cada uno de ellos.

TABLA 1: Características de artículos seleccionados

Autores	Participantes con TLP	País	Diseño del Estudio	Entrega
Sachse, et al., (2011)	22	Reino Unido	cuasi experimental de medidas repetidas	Formato grupal
Elices, et al., (2016)	64	España	Ensayo aleatorizado, Unicentro, con grupo control	Formato grupo compuesto por 8 participantes
Sousa-Ferreira et al., (2017)	10	Portugal	Longitudinal, prospectivo y de intervención clínica	Formato individual , en grupo, asesoramiento telefónico, entrevistas con familiares, reuniones de equipo
Philips et al., (2018)	46	Suecia	Ensayo aleatorizado controlado con dos brazos paralelos	Formato individual y en grupo
Carmona i Farres et al., (2018)	70	España	Ensayo aleatorizado, unicentro	Formato de grupo de 9 a 12 participantes
Kells et al., (2020)	100	Irlanda	Estudio cuantitativo	Formato grupal

Visintini, et al., (2020)	95	Italia	Estudio longitudinal , simple ciego, con un diseño paralelo de dos brazos	GGRUPO DBT y GRUPO GET: Sesiones grupales, individuales y llamadas telefónicas para asistencia en crisis
Keng et al., (2021)	20	Malasia	“Estudio cuantitativo” sin grupo de control	Formato de grupo de 10 participantes
Rady et al., (2021)	40	Egipto	Estudio de cohorte prospectivo	Grupo DBT: sesiones individuales y grupales y llamadas telefónicas. Tau: terapia grupal
Vasiljevic et al., (2023)	9	Suecia		Formato online DBT abreviada

TABLA 1 (CONTINUACIÓN 1)

Autores	Intervenciones	Duración de las intervenciones	Medidas y escalas/Resultados	Limitaciones
Sachse al., (2011)	MBCT (n=22)	8 semanas	FFMQ, STAI, BDI-II, DES-II, SQD-20, BIS-11, TMT, AQQ	-Pequeño tamaño de la muestra -falta de grupo de control -Sujetos de la muestra con tratamientos concurrentes
Elices et al., (2016)	MT (n=32) IET (n=32)	10 sesiones semanales de 150 minutos cada una	BSL23 FFMQ EQ	-Elevada tasa de abandonos puede sesgar el estudio -Tamaño pequeño de la muestra -Ausencia de medida de adherencia al tratamiento

				<p>-No se tuvo en cuenta las preferencias de los pacientes en cuanto al tratamiento</p> <p>-Los terapeutas no estaban ciegos a la hipótesis del estudio</p> <p>-Ausencia de evaluaciones de seguimiento</p>
Sousa-Ferreira et al., (2017)	Programa de tratamiento portugués basado en DBT	Individuales: 1 sesión mensual de 60 minutos durante 12 meses Grupales : 1 sesión quincenal de 150 minutos durante 12 meses	SCL-90 PSI SCI	-Pequeño tamaño de la muestra Alta tasa de abandonos
Philips et al., (2018)	MBT complemento de tratamiento SUD (24) Tratamiento SUD (22)	Terapia individual y terapia de grupo durante 18 meses	BPDSI-IV, TLFB,DSHI-9, Lista de verificación de síntomas-90revisada, IIP y RF	-Tamaño de la muestra pequeño, alta deserción. -Bajo rendimiento MBT de los terapeutas. -Pacientes con alta heterogeneidad
Carmona i Farres et al., (2018)	DBT-M (n=35) DBT-IE (n=35)	DBT-M: 10 sesiones semanales de 150 minutos DBT-IE: 10 sesiones semanales de 150 minutos	SCIDII, DIB-R DERS, EST, BIS-11, BSL-23, FFMQ, EQ	-Elevada tasa de deserción puede sesgar el estudio -Tasa de deserción del doble en el grupo DBT-M -No supervisión de práctica de atención plena en el hogar Tamaño pequeño de la muestra
Kells et al., (2020)	DBT-ST	DBT-ST: sesiones grupales semanales de 150 minutos semanales durante 24 meses	DERS, FFMQ, DBT-WCCL	-Elevada tasa de abandono -No hubo grupo de control -No hubo medidas de síntomas limite (BSL-23) -Falta de datos de seguimiento

				-Ausencia de codificación de adherencia para los terapeutas de DBT
Visintini et al., (2020)	DBT (41) GET (54)	DBT y GET: sesiones grupales, individuales durante 1 año	SHI-22, DERS, BIS-11, FFMQ, WHOQoL-BRER	-Muestra homogénea edad y los sujetos eran predominantemente mujeres. -Heterogeneidad de la muestra en cuanto a TP Instrumentos de autoinforme sujetos a sesgo de respuesta. -Falta añadir variables al estudio como: visitas a emergencias, hospitalizaciones, sintomatología psiquiátrica y asistencia a actividades de tratamiento. -Incluir medidas de seguimiento
Keng et al., (2021)	Efectividad de un programa de DBT abreviado	DBT: sesiones semanales de 120 minutos de duración durante 14 semanas	PAI-BOR, DSHI, PHQ-9, DASS-21, DERS-SF, SCS, PWI, SCIDII,C-SSRS	-Tamaño pequeño de la muestras y falta de grupo de control -Los pacientes estaban recibiendo otros tratamientos durante la intervención -Se utilizan medidas de autoinforme que son susceptibles de sesgo. -No existen evaluaciones de seguimiento
Rady et al., (2021)	DBT (20) TAU (20)	DBT: sesiones grupales semanales de 120 minutos y sesiones individuales de 60 minutos	DERS	-No aleatorización de la muestra -Pequeño tamaño de la muestra -No se pudieron calcular correlaciones entre

		semanales durante 1 año. TAU: sesiones grupales 3 veces por semana durante 3 meses y 1 vez por semana los siguientes 9 meses		diferentes variables DERS y SUD -Uso de grupo de control mixto
Vasiljevic et al., (2023)	DBT (9)	Terapia online durante 8 semanas	BSL-23, NSSI	-Bajo tamaño de la muestra -Algunos pacientes tuvieron contacto con su clínica habitual durante el tratamiento lo que limita establecer conclusiones -Todos los sujetos de la muestra eran mujeres

TABLA 1 (CONTINUACIÓN 2)

Autores	Objetivo	Resultados
Sachse et al., (2011)	Viabilidad de MBCT en pacientes con TLP	-Exceptuando la ansiedad todas las medidas clínicas mostraron síntomas de mejora. -La medida de Atención (TMT) mostró una diferencia significativa
Elices et al., (2016)	Comparar los efectos de una intervención de atención plena y una intervención en entrenamiento IE en los síntomas de TLP	-Síntomas generales de TLP presentan diferencias mejora significativa el grupo de mindfulness (BSL-23) -Aumento en el descentramiento en el grupo mindfulness (EQ) La atención plena mejoró significativamente más en el grupo mindfulness (FFMQ)
Sousa-Ferreira et al., (2017)	Efecto de un programa de DBT modificado en pacientes con TLP	Mejora en todas las escalas
Philips et al., (2018)	Examinar la eficacia de MBT para TLP y SUD	Se redujeron el número de intentos de suicidios en el grupo sud
Carmona et al., (2018)	Examinar el impacto de la atención plena en la desregulación de las emociones y la impulsividad	-No se encontraron diferencias significativas en los grupos para regulación de las emociones (DERS)

		<ul style="list-style-type: none"> -Diferencias significativas en Impulsividad (Escala bis-11), presentando el grupo DBT-M una disminución significativa -Síntomas generales de TLP no presentan diferencias significativas (BSL-23) -Aumento en el descentramiento en el grupo DBT-M (EQ) -La atención plena mejoró significativamente más en el grupo DBT-M (FFMQ)
Kells et al., (2020)	Evaluar efectos de la DBT-ST en pacientes TLP o con rasgos TLP	<ul style="list-style-type: none"> -Disminución significativa de la desregulación emocional (DERS) -Mejora de la atención plena y la mejora fue mayor en las subescalas de no aceptación e impulso
Visintini et al., (2020)	Evaluar GET en comparación con DBT para pacientes con características de TLP	<ul style="list-style-type: none"> -Ambos programas mejoran los intentos de suicidio y la NSSI. -Atención plena (FFMQ, Desregulación emocional (DERS)) mejora más en GET que en DBT
Keng et al., (2021)	Evaluar DBT de 14 semanas en pacientes con TLP	<ul style="list-style-type: none"> -Disminuciones significativas en síntomas de TLP, síntomas de depresión, estrés, dificultades de regulación de las emociones y aumentos significativos en autocompasión y bienestar personal
Rady et al., (2021)	Evaluar la eficacia de DBT en pacientes diagnosticados con TLP y trastorno de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> -Mejora en la escala DERS significativamente mayor en el grupo de DBT -Mejora en Subescala de control de impulsos significativamente mayor en grupo DBT -Grupo DBT mostraron una disminución significativa en consumo de sustancias y aumento en la duración de la abstinencia con respecto al grupo SUD.
Vasiljevic et al., (2023)	Evaluar la posible eficacia de un programa DBT breve a través de internet	La intervención parece ser aceptable

3.3 Resumen de los estudios

Con el estudio de Satche et al., (2011) se intentó comprobar la efectividad de la terapia cognitiva basada en atención plena (MBCT) a pacientes con TLP. Teniendo en cuenta que esta terapia había resultado muy efectiva en el tratamiento de pacientes que sufren depresión y ansiedad, pacientes psiquiátricos hospitalizados y con alto riesgo de suicidio parecía probable que podría resultar beneficiosa a pacientes con TLP. Los resultados mostraron un incremento en la atención plena después de la intervención, sin embargo, en el resto de variables se observa una tendencia a la mejora, aunque no de manera significativa.

En el estudio de Elice et al., (2016) se examinó la efectividad de un programa de atención plena con respecto a un programa de eficacia interpersonal, ambos incluidos en la DBT. Los pacientes sometidos al repertorio de atención plena experimentaron mayor reducción en los síntomas de TLP, incrementos en atención plena e incrementos en la capacidad de descentramiento con respecto al grupo sobre el que se aplicó el programa de habilidades interpersonales. De hecho, se especifica que los individuos que participaron en el programa interpersonal no experimentaron ningún tipo de mejora.

Sousa-Ferreira et al., (2017) realizan un estudio en el que se aplica un programa que es una adaptación del programa original de DBT creado por la profesora Marsha Linehan, más reducido en tiempo, en el que se trata de comprobar los resultados a nivel de síntomas de TLP, autoconcepto y habilidades de resolución de problemas después de la aplicación. El impacto fue muy positivo, llegando a mejorar síntomas, habilidades, autoconcepto e incluso síntomas somáticos.

Philips et al., (2018) llevaron a cabo un estudio en el que querían comprobar la efectividad de un tratamiento combinado MBCT y SUD en pacientes diagnosticados con TLP y consumo de sustancias, en comparación con un grupo de pacientes con el mismo diagnóstico comórbido y que solo fueron tratados con SUD. Los resultados no mostraron diferencias en los resultados de las variables medidas entre los dos grupos, salvo que en el grupo de MBCT con SUD hubo menos intentos de suicidio.

Carmona et al., (2018) realizan una comparación del efecto de la aplicación de dos módulos de DBT por separado: aplicaron a un grupo el módulo de atención plena (DBT-M) y a otro grupo el módulo de entrenamiento en habilidades de efectividad interpersonal (DBT-IE). Los síntomas límite mejoraron en los dos grupos, pero solo en el grupo de atención plena disminuyó la impulsividad, aumentó el descentramiento y también aumentaron capacidades relacionadas con la atención plena como son la no reactividad y no juzgar.

Kells et al., (2020) plantearon la aplicación de un solo módulo de DBT, el de entrenamiento en habilidades (DBT-ST) para pacientes con síntomas de TLP. Los resultados

mostraron reducciones en la desregulación emocional, afrontamiento disfuncional además de incremento en uso de habilidades y atención plena.

Visintini et al., (2020) compararon la efectividad de GET con respecto al tratamiento tradicional para pacientes con TLP. Los resultados del estudio mostraron que las tendencias suicidas, las autolesiones y la desregulación emocional mejoraron en ambos grupos por igual, sin embargo, las habilidades de atención plena y la regulación de emociones intensas obtuvieron mejores resultados en el grupo GET.

Keng et al., (2021) aplicaron en un grupo de población de Malasia un programa de DBT abreviado de 14 semanas a individuos diagnosticados con trastorno de TLP. En los resultados se observaron mejoras en síntomas de depresión, ansiedad, estrés y dificultades de regulación emocional, así como aumentos en el bienestar y la compasión, disminuciones de autolesiones e ideación suicida.

Rady et al., (2021) compararon la eficacia de la aplicación de la DBT con respecto al tratamiento habitual (TAU) en pacientes con diagnóstico dual de TLP y trastorno por consumo de sustancias. Los resultados mostraron mejoras más significativas en el grupo DBT en cuanto a regulación emocional. Se demostró que los resultados se mantuvieron hasta 4 meses después del tratamiento.

Vasiljevic et al., (2023) estudiaron los efectos de la aplicación de un breve programa de DBT impartido por internet en pacientes con TLP. Los pacientes informaron al acabar la terapia de la adquisición de habilidades para enfrentarse a situaciones e incluso una disminución de las autolesiones, no obstante, los resultados no fueron concluyentes.

4. Discusión

4.1 Reafirmar los objetivos de la revisión y las preguntas de investigación

La finalidad de este trabajo ha sido llevar a cabo una revisión bibliográfica de literatura existente en cuanto a la eficacia de la aplicación de programas en los que se incluya Mindfulness a población diagnosticada con TLP o con síntomas límite.

A partir de la búsqueda bibliográfica efectuada (salvando las dificultades, dada la restricción en el acceso a numerosos artículos), se ha realizado una selección de estudios en base a los criterios de inclusión y exclusión, eligiendo los que se han considerado de mayor relevancia y significación en relación al tema por su aportación a la presente investigación.

A continuación se van a presentar de forma narrativa los resultados, ya que existe una disparidad en los estudios incluidos en cuanto a las muestras sobre las que se realizan, las variables estudiadas y medidas y los tratamientos aplicados. La comparación cuantitativa resulta imposible ante la disparidad de los parámetros incluidos.

Los estudios se basaron en los efectos de Mindfulness en pacientes diagnosticados con Trastorno límite de la personalidad, ya sea aplicando programas de atención plena o programas que incluyen atención plena además de otros módulos como la DBT, que se considera el tratamiento más eficaz para pacientes con TLP. La versión manualizada de DBT utiliza una combinación de modalidades terapéuticas que incluyen entrenamiento en habilidades grupales, terapia individual, entrenamiento telefónico y consulta terapéutica (Linehan, 1993). En los artículos que se analizan, se exponen distintas versiones de programas de DBT, que presentan considerables diferencias con el manual de DBT en cuanto al tiempo de aplicación, los módulos que se trabajan en terapia e incluso en la manera de impartir la terapia (presencial y online), y que se han adaptado a distintos grupos de pacientes. Además, dentro de los estudios seleccionados, y que se han incluido en esta revisión, se han comparado los efectos de la aplicación por separado de distintos módulos de la DBT sobre la sintomatología de TLP.

4.2 Interpretación de los resultados

Dos de los estudios seleccionados están realizados en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Santa Creu de Barcelona y hacen referencia impacto de tratamientos basados en la Atención Plena en pacientes TLP (Elice et al., 2016; Carmona et al., 2018). En ambos estudios se realiza una comparación dentro del marco de la Terapia Dialéctica Conductual del módulo destinado a trabajar la atención plena con respecto al módulo de entrenamiento en habilidades interpersonales, llegando en ambos casos a la conclusión de que hubo mejoras significativas en la Atención plena con respecto a puntuaciones de descentramiento e impulsividad; estas tendencias de reducción de la impulsividad son especialmente interesantes cuando se consideran junto con la mejora en la falta de reactividad y de juicio, definiendo la no reactividad como la tendencia a dejar que los sentimientos y pensamientos transiten, sin dejarse atrapar por ellos ni dejarse llevar por ellos y sin juzgar. Estas dos capacidades son los dos aspectos actitudinales de la atención plena, y ambos están asociados con la aceptación y la no oposición a la experiencia interior. Sin embargo, ambos estudios presentan diferencias en los resultados de los síntomas generales de TLP; mientras que en el estudio del 2016 los síntomas clínicos generales mejoraron mucho más en el tratamiento de atención plena, en el estudio del 2018 las mejoras de los síntomas generales en ambos tratamientos (módulo de atención plena y módulo de habilidades interpersonales) se producen de manera similar sin existir diferencias significativas, y únicamente existen diferencias cuando medimos la atención plena, efectividad

y descentramiento, en las que el grupo de atención plena presenta mejoras significativas con respecto al de habilidades interpersonales.

Por otra parte, hemos incluido en la revisión 4 estudios realizados en Portugal, Malasia, Irlanda y Suecia, en los que se aplica una Terapia DBT adaptada al tipo de población sobre la que se imparte y modificada en cuanto a la reducción en tiempo del programa que se aplica (Sousa-Ferreira et al., 2017, Kells et al., 2020, Keng et al., 2021, Vasiljevic et al., 2023). Teniendo en cuenta que numerosos estudios especifican que uno de los grandes problemas de la DBT con respecto a pacientes de Trastorno Límite de Personalidad es la tasa de abandono, se ha considerado relevante incluir estos 4 estudios que han aplicado un programa de DBT reducido en cuanto a tiempo de duración, adaptado a la diversidad cultural de las distintas poblaciones. Además también se ha considerado interesante comprobar los resultados de esta terapia en poblaciones con distintas condiciones sociales y sobre todo en entornos culturales diferentes entre sí.

El programa portugués, reconvierte el programa original de DBT en un programa con una duración de 12 meses en los que se incluyen terapia grupal de manera quincenal, terapia individual una vez al mes, coaching telefónico en situaciones de crisis y sesiones con familiares (Sousa-Ferreira et al., 2017). Aunque los resultados son prometedores, en cuanto a que los pacientes que recibieron tratamiento mostraron una disminución en los niveles de psicopatología, además de un aumento en las habilidades de resolución de problemas y el autoconcepto, hay que tener en cuenta que este estudio tiene limitaciones como son el pequeño tamaño de la muestra (solo 10 pacientes) y la elevada tasa de abandono que fue en torno a un 40%.

El estudio de Malasia aplicó también un programa modificado de DBT pero de una duración mucho más reducida (14 semanas) a una muestra de pacientes musulmanes; se incluyeron 4 módulos básicos de DBT: 3 sesiones de atención plena, 4 sesiones de regulación emocional, 3 sesiones de tolerancia a la angustia y 4 sesiones más de efectividad interpersonal (Keng et al., 2021). Además, resulta interesante destacar en este estudio que en el entrenamiento de habilidades se utilizaron ejemplos específicos y culturalmente relevantes para explicar el significado y la importancia de las actividades; y como la mayor parte de la muestra era población musulmana, se destacó la convergencia del concepto de “atención plena” con las “oraciones” en el Islam. Se utilizó, por ejemplo, en concreto el concepto de “kuysu”, que refleja la idea de oración de todo corazón para aclarar la idea de presencia de ánimo, que es lo opuesto a “piloto automático”. Los resultados mostraron que hubo disminuciones significativas en síntomas depresivos, estrés y dificultades en la regulación de las emociones, así como aumentos en el bienestar y la autocompasión desde antes de la intervención hasta después de la misma, con efectos entre moderados y grandes; los efectos del programa van más allá de una disminución de los síntomas psicopatológicos, proporcionando a los individuos un incremento en su sensación de bienestar. Además hubo una tendencia no significativa a la reducción de los comportamientos de autolesión no suicida, la ideación suicida y la ansiedad antes y después de la intervención. No obstante, aunque se trata de resultados positivos, hay que tener en cuenta

que el estudio presenta varias limitaciones como son, por un lado, el pequeño tamaño de la muestra y la falta de grupo de control; y, por otro, que los pacientes que formaron parte del estudio no dejaron sus tratamientos habituales (terapia individual con sus psiquiatras, medicación) por lo que los efectos observados no pueden atribuirse completamente al grupo de habilidades DBT. También habría que medir el efecto expectativa y el apoyo del grupo que pueden influir en los efectos del tratamiento, además de la inclusión de medidas de autoinforme para medir el resultado que son susceptibles de sesgo.

En Irlanda se realizó también un estudio sobre el efecto de un programa DBT modificado para una muestra de 100 pacientes (Kells et al., 2020). Se trataba de una intervención en DBT-ST, de entrenamiento de habilidades durante 24 semanas, en las que las habilidades se trabajaban semanalmente y que, a diferencia del programa original de DBT, se realizaba una única entrega de cada módulo de habilidades en lugar de repetir cada uno de los módulos. El programa se impartió en 3 módulos y constaba de atención plena, tolerancia a la angustia, regulación emocional y habilidades de efectividad interpersonal. Hay que destacar que después de la aplicación del tratamiento se produjeron diferencias significativas en cuanto al afrontamiento disfuncional, la regulación emocional, el uso de habilidades DBT y la atención plena. Los cambios más relevantes se produjeron en la subescala “no reaccionar” del FFMQ y en las subescalas de “no aceptación” e “impulso” de la escala de desregulación emocional. El cambio más pequeño se produjo en la subescala “observar” del FFMQ. Al igual que en los estudios anteriores, aunque los resultados fueron buenos, y los participantes mostraron mejoras significativas tal y como hemos relatado, hay que tener en cuenta que el estudio presenta limitaciones importantes; la tasa de abandonos fue muy elevada; casi la mitad de los sujetos, 49%, no completaron el programa; además no hubo grupo de control. Por otra parte, los sujetos que formaron parte del estudio pudieron participar de manera simultánea en otro tipo de terapias y programas, hecho que hace que los resultados obtenidos no fueran resultado únicamente de la aplicación del programa DBT-ST. Tampoco se realizó una medición de síntomas límite específicamente y además, aunque se intentaron obtener datos de seguimiento, no se consiguieron datos suficientes para llevarlo a cabo. También existe una limitación en el estudio en cuanto a que no existe medición de la adherencia.

En Suecia, se realizó un estudio aplicando un programa modificado basado en la DBT, impartido a través de internet (Vasiljevic et al., 2023); se trata de una versión abreviada con una intervención de 8 semanas de duración (en la DBT original la duración sería de 6 meses pudiendo alargarse hasta 1 año para personas que son nuevas en el programa y realizado de manera presencial). Durante este tiempo se incluyen 4 módulos de 2 semanas de duración cada uno de ellos, en los que se enseñan atención plena, tolerancia a la angustia, regulación emocional y efectividad interpersonal y con un apoyo mínimo del terapeuta. Todos los sujetos incluidos en el estudio completaron al menos dos tercios del material en línea y la mayor parte remitió sus tareas semanales, a pesar de que informaban impulsos para abandonar el programa. Además, no se incrementó después de la intervención el comportamiento suicida y autolesivo En las entrevistas

que se realizaron al finalizar la intervención, los participantes informaron que habían adquirido conocimientos y habilidades para manejar determinadas situaciones de una forma nueva e informaron de niveles reducidos de autolesiones, y explicitaron sentimientos de esperanza. También hay que destacar que algunos pacientes relataron experiencias negativas al realizar las actividades, sobre todo al comienzo de la terapia ya que no estaban familiarizados con ellas y no les resultaban eficaces, llegando a indicar algunos de ellos haber sentido algún tipo de estrés o presión. Además, los pacientes participantes en el programa indicaron que el apoyo que habían recibido del terapeuta había sido insuficiente y esto se entiende teniendo en cuenta que el tiempo medio dedicado del terapeuta por paciente y semana fue de 16,2 minutos, que es extraordinariamente menor que la DBT estándar, que ofrece sesiones individuales semanales de 1 hora de duración, sesiones grupales semanales de 2,5 horas semanales, además de apoyo telefónico. Entre las limitaciones que muestra este estudio está el pequeño tamaño de la muestra, en el que las medidas que se obtienen de manera cuantitativa deben interpretarse con cautela. Además, algunos de los pacientes incluidos en el programa siguieron con sus tratamientos habituales, por lo que los resultados no son consecuencia únicamente de los efectos de la aplicación del programa. De los 20 pacientes que fueron invitados a participar en el programa, únicamente accedieron a realizarlo 9 y no se investigaron las diferencias entre los sujetos que declinaron la invitación y los que accedieron a participar. Además, todos los sujetos eran mujeres. En cuanto al análisis cualitativo de las entrevistas al finalizar el programa, aunque se realizaron por dos investigadores independientes, de manera anónima y mediante triangulación, en las últimas entrevistas el contenido no se incluyó en nuevas categorías, lo que sugiere una saturación de los datos. Otro dato importante que limita el estudio es que no se compara el efecto del tratamiento con un grupo de control.

En el siguiente estudio, realizado en Milán, se compara en un grupo de pacientes el efecto de un programas DBT con uno de Experiencia Grupal (GET), que es un tratamiento estructurado para pacientes con características o diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Visintini et al., 2020). Ambos tratamientos tratan de sustituir estrategias de comportamiento disfuncionales en los pacientes con TLP (intentos de suicidio, conductas autolesivas), por conductas y habilidades que resulten funcionales y beneficiosas para la persona. El resultado de la aplicación de ambos programas durante un año tiene efectos significativos sobre el suicidio y la NSSI, sin diferencias en ambos programas. En ambos programas se utiliza Mindfulness como un elemento base de la terapia; sin embargo, existen diferencias significativas en los resultados de los dos programas en cuanto a la atención plena, produciéndose un efecto mayor en el grupo que trabaja el programa GET con respecto al grupo DBT. Esta diferencia probablemente se deba a que en GET la práctica de atención plena ocupa más tiempo (mientras en GET la dedicación a trabajar la atención plena es de 60 minutos semanales en DBT el tiempo dedicado es únicamente de 15 minutos). También en el grupo GET parece haber una mejora en la impulsividad, la no aceptación de DERS, con respecto a DBT, debido probablemente a una práctica más densa de este tipo de estrategias. En ambos programas se produce una mejora en la calidad de vida de los individuos; sin embargo, en cuanto

al bienestar físico hubo diferencias significativas entre ambas terapias, siendo el efecto de GET mayor. No obstante, este estudio presenta limitaciones en cuanto a la muestra, no tanto por su tamaño si no porque era bastante homogénea en edad y la mayoría eran mujeres. Además, la mayor parte de resultados se midieron con instrumentos de autoinforme que podrían estar sujetos a sesgo de respuesta. Aun así, en GET la práctica intensiva de atención plena, junto con manejo de crisis y el trabajo en distintos entornos grupales, hace que por un lado se incremente la conciencia corporal y por otro se produzca un descenso en la desregulación de las emociones.

En el siguiente estudio, que también se ha considerado interesante incluir en la presente revisión, se consideró la viabilidad de aplicar un tratamiento de terapia cognitiva basada en atención plena (MBCT) que tradicionalmente se había utilizado para prevenir la recaída de la depresión recurrente a pacientes diagnosticados con TLP (Sachse., 2011). Se utilizó un programa MBCT con modificaciones en cuanto a la duración de las sesiones grupales semanales, que pasaron a ser de 2 horas, cambios en los contenidos de alguna sesión (la sesión número cuatro, que en el programa original es “psicoeducación para la depresión”, aquí se amplía para hablar también de ansiedad y angustia emocional). Además, también se producen cambios en la gama de CDs de Mindfulness que se proporcionaban con respecto al programa original. En cuanto a los resultados obtenidos de la aplicación del programa, no se obtuvieron mejoras significativas en las variables clínicas medidas antes y después de la intervención en cuanto ansiedad, depresión, disociación e impulsividad. Sin embargo, sí se observaron pequeñas mejoras que sugieren que si el tamaño de la muestra fuera más grande, estos efectos podrían haber resultado relevantes. Sin embargo, sí se obtuvieron mejoras en evitación experiencial y atención plena. Una de las limitaciones principales del estudio es el tamaño de la muestra (únicamente 22 sujetos) y la falta de grupo de control. Además, una parte importante de los sujetos que se sometieron al programa (18 de los 22) estaban recibiendo tratamientos como CBT o DBT.

Por último, los dos últimos estudios que hemos incluido hacen referencia a tratamientos aplicados a pacientes con diagnóstico dual de trastorno límite de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias (Philips et al., 2018, Rady et al., 2021). En el primero de ellos, realizado en Estocolmo, se realizó un estudio en el que se comparó la aplicación de un tratamiento basado en mentalización (MBT) en combinación con tratamiento para consumo de sustancias (SUD) con un tratamiento en el que solo se aplicó SUD. En los resultados de la implementación de ambos programas se comprobó que no había diferencias significativas entre el grupo MBT con SUD y el grupo de control; sin embargo, sí que hubo diferencias en cuanto a los intentos de suicidio: mientras que en el grupo MBT no hubo ningún intento de suicidio, sí que se produjeron varios intentos de suicidio en el grupo de control (4 intentos de suicidio en 22 sujetos que formaron parte de este grupo) (Philips et al., 2018). Las limitaciones del estudio fueron principalmente el tamaño de la muestra, el nivel de deserción en la terapia por parte de los sujetos que formaban parte del estudio y un rendimiento insuficiente por parte de los terapeutas en DBT. Además, más

de la mitad de los sujetos que formaban parte del grupo control estaban recibiendo terapias a la vez que participaban en el programa.

El segundo estudio que hace referencia al tratamiento para pacientes con diagnóstico dual de trastorno límite con consumo de sustancias se realizó en Alejandría (Rady et al., 2021). Se intentó comparar la eficacia de la DBT con el tratamiento habitual (TAU), en un grupo de pacientes TLP comórbidos con consumo de sustancias, en cuanto a la efectividad en la desregulación emocional, mejorando significativamente los resultados en la desregulación emocional con respecto a TAU. Además, los pacientes del grupo DBT tuvieron tasas de abandono significativamente más pequeñas que el grupo control, periodos más largos de abstinencia y disminución de las cantidades consumidas.

4.3 Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación

Los estudios muestran la efectividad de Mindfulness y la terapia DBT en individuos diagnosticados con TLP; aun así, las investigaciones muestran altas tasas de abandono de los tratamientos, hecho este que habría que reducir. La adherencia al tratamiento resulta esencial para que las terapias sean realmente efectivas y habría que seguir investigando en este sentido; las propias características de este grupo de población, con una gran inestabilidad emocional dificultan esta adherencia. Habría que seguir estudiando e investigando formatos que hicieran que incrementara esta adherencia.

Además, en el presente trabajo se han mostrado varias modificaciones de programas de DBT adaptados a poblaciones con características culturales y sociales distintas con resultados positivos en cuanto a mejora de los síntomas de TLP. En este sentido la investigación tendría que seguir avanzando para ampliar las posibilidades de aplicación de este tipo de programas a poblaciones de distintos entornos socioculturales.

Por otra parte, a la vista de los artículos estudiados parece evidente que los programas de capacitación de habilidades DBT han tenido buenos resultados. La terapia DBT es un programa muy costoso de aplicar tanto en tiempo, ya que es un tratamiento muy largo, como en recursos económicos. En este trabajo se ha comprobado que programas más reducidos en el tiempo y que, por lo tanto, necesitan menos recursos, pueden resultar efectivos para reducir la sintomatología límite. Habría que seguir explorando en este sentido, investigando también sobre la implantación de programas con formatos “novedosos” en cuanto a la forma de impartirse; podrían plantearse estudios que exploraran la combinación de formatos presenciales y online tanto en terapias grupales como individuales ya que podrían resultar por una parte más económicos y por otra parte también más cómodos y accesibles para los pacientes.

En este trabajo ha quedado claro la efectividad de programas de Mindfulness en sujetos con TLP, pero no se ha encontrado literatura en la que se investigue si hay una diferencia de

efecto en las terapias en cuanto al género de la población. Futuras investigaciones podrían explorar la posible diferencia o no del efecto de este tipo de terapias en cuanto a género.

4.4 Limitaciones de los hallazgos.

La presente revisión bibliográfica presenta varias limitaciones a tener en cuenta a la hora de analizar los resultados.

Por una parte el tamaño de la muestra de algunos de los estudios incluidos era demasiado pequeño como para obtener resultados concluyentes.

Además, en los estudios seleccionados la población sujeta a estudio son en su mayoría mujeres, incluso en uno de ellos el total de la muestra eran mujeres.

Otro punto a tener en cuenta es que algunos de los estudios no contaban con grupo de control y además muchas de las medidas eran autoinformes que pueden estar sujetos a sesgos de respuesta.

Excepto en uno de los estudios, en el resto no se han realizado medidas intermedias durante la aplicación de los tratamientos y después de su finalización en la mayoría de casos no se llevaba a cabo un seguimiento de los pacientes en los meses posteriores para comprobar el efecto a lo largo del tiempo.

Otra gran limitación de los estudios es la tasa de abandono; esto supone un gran problema en este tipo de terapias. Habría que buscar fórmulas que consiguieran un incremento en la tasa de adherencia al tratamiento.

Además, en alguno de los estudios se informa de baja adherencia por parte de los terapeutas.

Esta revisión bibliográfica no es un metaanálisis por lo que no queda establecido en los artículos el tamaño del efecto de los programas aplicados en la población clínica.

En el trabajo no se ha evaluado formalmente la calidad de los artículos seleccionados en cuanto a que sean más o menos valiosos.

Aunque se ha intentado identificar toda la literatura relevante con respecto al tema estudiado, han existido impedimentos en cuanto al acceso de numerosos artículos que han limitado la investigación.

4.5 Conclusiones

Como conclusión del estudio, podemos afirmar que la técnica de Mindfulness resulta efectiva para pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la personalidad, ya sea integrada en la terapia DBT, en una terapia DBT modificada o como tratamiento único.

No obstante, sería conveniente para futuras investigaciones la realización de estudios en los que se emplearan únicamente técnicas de Mindfulness como tratamiento único, pudiendo comprobar su efectividad al margen de otros tratamientos.

En cuanto a los objetivos específicos del trabajo, ha quedado demostrado que tratamientos basados en Mindfulness que necesiten menos dotación de recursos muestran resultados positivos; es más, se han escogido estudios implantados en distintos entornos socioculturales analizándose su efecto así como los resultados obtenidos. No obstante, dadas las limitaciones que presentan, sería interesante continuar con este tipo investigaciones desarrollando nuevos estudios que subsanen las limitaciones que se han expuesto anteriormente.

Sería importante hacer llegar tratamientos efectivos a población diagnosticada con TLP o síntomas límite de manera más universal.

Bibliografía.

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *13*(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Bodhi, B. (2000). Facing the Future. *The Corporate Body of the Buddha Educational Foundation*
- Carmona i Farrés, C., Elices, M., Soler, J., Domínguez-Clavé, E., Pomarol-Clotet, E., Salvador, R., & Pascual, J. C. (2019). Effects of Mindfulness Training on Borderline Personality Disorder: Impulsivity Versus Emotional Dysregulation. *Mindfulness*, *10*(7), 1243–1254. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1071-4>
- Chiclana-Actis, C. (Carlos). (2010). *Trastornos de la personalidad: expresión dimensional del diagnóstico categorial*. (Doctoral dissertation, Universidad de Navarra). <https://dadun.unav.edu/handle/10171/62648>
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder: Implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, *24*(5), 342-356.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, *74*(4), 319-328.
- De la Vega-Rodríguez, I., & Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, *10*(1), 45–56. <https://doi.org/10.5944/AP.10.1.7032>
- Demarzo, M., & Garcia-Campayo, J. (2018). ¿Qué sabemos del Mindfulness? *Barcelona: Kairos*.
- Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., & Turner, B. J. (2015). A Preliminary Pilot Study Comparing Dialectical Behavior Therapy Emotion Regulation Skills with Interpersonal Effectiveness Skills and a Control Group Treatment. *Journal of Experimental Psychopathology*, *6*(4), 369–388. <https://doi.org/10.5127/JEP.041714>
- Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. (2016). Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A randomized trial. *Mindfulness*, *7*(3), 584-595. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0492-1>
- Fortes, J., Sánchez, A., & Antequera, J. (2012). Trastorno Límite de la Personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando Cómo reconocerlo. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, *16*(12), 1-9.
- García-Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: terapia individual. *Psicología Conductual*, *14*(3), 453-466. Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report. <http://Dx.Doi.Org/10.1177/1073191104268029>, *11*(3), 191–206. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>

- Giner Zaragoza, F., Lera Calatayud, G., Vidal Sánchez, M. L., Puchades Muñoz, M. P., Rodenes Pérez, A., Císcar Pons, S., ... & Ferrer Ferrer, L. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 789-799. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000400007>
- Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J., & Simonsen, E. (2019). Societal costs of Borderline Personality Disorders: a matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 458-467.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (1994, September). Catalyzing movement towards a more contemplative/sacred-appreciating/non-dualistic society. In *Meeting of the working group*.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. Hachette UK.
- Kells, M., Joyce, M., Flynn, D., Spillane, A., & 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(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-020-0119-y>
- Keng, S. L., Mohd Salleh Sahimi, H. B., Chan, L. F., Woon, L., Eu, C. L., Sim, S. H., & 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), 1-12. <https://doi.org/10.1186/S12888-021-03500-Y/TABLES/3>
- Linehan, M. M., & Kehrer, C. A. (1993). Borderline personality disorder.
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. Guilford Publications.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475-482. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2014.3039>
- López, D., Cuevas, P., Gómez, A., & Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, 27(4), 44-54.
- Mosquera, D. (2011). Trastorno Límite de la personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1(1), 1-26.
- Palacios, A. G. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *PSIC O TERAPIA*, 17(66/67), 121-132.
- Pérez, J. M. E., & Navarro, E. R. L. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos de personalidad. In *Manual de tratamientos psicológicos: adultos* (pp. 553-574). Pirámide.

- Philips, B., Wennberg, P., Konradsson, P., & Franck, J. (2018). Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *European Addiction Research*, 24(1), 1–8. <https://doi.org/10.1159/000485564>
- Rady, A., Abdelkarim, A., Ivanoff, A., & Molokhia, T. (2021). Efficacy of Dialectical Behavioral Therapy for Emotion Dysregulation in Patients with Dual Diagnosis of Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 17(2), 105–119. <https://doi.org/10.2174/2666082217666210716130354>
- Rodríguez Moya, L., & Fernández Belinchón, C. (2013). Psicoterapia cognitivo analítica y trastornos de la personalidad: revisión. *Acción Psicológica*, 10(1), 65–74. <https://doi.org/10.5944/AP.10.1.7034>
- Sachse, S., Keville, S., & Feigenbaum, J. (2011). A feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for individuals with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(2), 184–200. <https://doi.org/10.1348/147608310X516387>
- Sánchez-Quintero, S., & De la Vega-Rodríguez, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 21–32. <https://doi.org/10.5944/AP.10.1.7030>
- Sousa-Ferreira, T., Moreira, T., Meireles, L., do Céu Ferreira, M., Cardoso, M., Mendes, M., ... & Silva, J. P. (2017). Dialectical Behavior Therapy: A Portuguese Pilot Program. *Psychology*, 7(8), 419-426. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2017.08.001>
- Torres Campos, D., García Spínola, E., & Magistrati Jiménez, E. (n.d.). *ABORDAJE DE TLP MEDIANTE TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS*. Retrieved February 12, 2023, from www.interpsiquis.com
- Vasiljevic, S., Isaksson, M., Wolf-Arehult, M., Öster, C., Ramklint, M., & Isaksson, J. (2023). Brief internet-delivered skills training based on DBT for adults with borderline personality disorder—a feasibility study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(1), 55–64. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2055791>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118.
- Visintini, R., Roder, E., Gaj, N., & Maffei, C. (2020). Group Experience Therapy for outpatients with Borderline Personality Disorder features: preliminary results on its effectiveness in a randomized trial. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2275>
- Wupperman, P., Neumann, C. S., & 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., & Axelrod, S. R. (2009). The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 766–771. <https://doi.org/10.1097/NMD.0B013E3181B97343>