

APLICACIÓN DEL PROGRAMA “REDUCCIÓN DEL ESTRÉS BASADO EN ATENCIÓN PLENA” EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y DOLOR CRÓNICO: UN ESTUDIO PILOTO

M^a Luisa Verdú García¹ y Yolanda Quiles Marcos²
¹Centro ITA-PREVI; ²Universidad Miguel Hernández (Spain)

Resumen

El dolor crónico presenta una elevada comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad. El objetivo de este trabajo fue aplicar y evaluar la eficacia del programa “Reducción del estrés basado en atención plena” (REBAP) en un grupo de pacientes con ambos diagnósticos. Participaron 24 pacientes, con una edad media de 41,83 años ($DT= 10,35$), siendo la mayoría mujeres (91,7%). El programa constó de ocho sesiones, donde el entrenamiento en conciencia plena es central, y se desarrolló a través de prácticas formales (yoga, meditación sentado) o informales (atención plena en actividades de la vida diaria) en las que se fomentaban actitudes como la aceptación, actitud del principiante o la apertura. Además de la evaluación posintervención, se realizó un seguimiento a los 9 meses. Los resultados mostraron mejoras en la intensidad e interferencia del dolor, ansiedad, algunas estrategias de afrontamiento (reevaluación cognitiva, distracción y autocontrol mental), atención plena y calidad de vida. Estos resultados se mantuvieron a los 9 meses y sugieren la eficacia del programa REBAP en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: *trastorno límite de la personalidad, reducción del estrés basado en atención plena, dolor crónico, regulación emocional.*

Abstract

Chronic pain has a high comorbidity with borderline personality disorder. The aim of this study was to apply and evaluate the effectiveness of the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program in a group of patients with both diagnoses. Twenty-four patients participated, with a mean age of 41.83 years ($SD= 10.35$), and a majority women (91.7%). The program consisted of eight sessions in which training in mindfulness is central, and was developed through formal practices (yoga, sitting meditation) or informal practices (mindfulness in activities of daily life) in which attitudes as acceptance and openness were promoted. In addition to the post-intervention evaluation, a 9-month follow-up was performed. The results showed improvements in the intensity and interference of pain, anxiety, some coping strategies (cognitive reappraisal, distraction and mental self-control),

Agradecimientos: a todos los participantes de este estudio, así como al personal y responsables de los centros ITA-PREVI que han permitido y colaborado en su realización.

Correspondencia: Yolanda Quiles Marcos, Dpto. de Ciencias del Comportamiento y Salud, Universidad Miguel Hernández, Avda. de la Universidad, s/n, Edificio Altamira, 03202 Elche, Alicante (España). E-mail: y.quiles@umh.es

mindfulness and quality of life. These results suggest the efficacy of the MBSR program in these patients.

KEY WORDS: *borderline personality disorder, mindfulness-based stress reduction, chronic pain, emotion dysregulation.*

Introducción

El dolor crónico se define como un dolor persistente que puede ser continuo o recurrente y de la duración e intensidad suficientes para afectar negativamente al bienestar, el nivel de funcionalidad y la calidad de vida del paciente (*Wisconsin Medical Society Task Force on Pain Management, 2004*), pudiéndose considerar como una epidemia en nuestra sociedad que llega a afectar al 17% de la población española (Torralba *et al.*, 2014). La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) define el dolor como una desagradable experiencia sensorial y emocional asociada a daño tisular real o potencial, o descrito en términos de dicho daño. Esta descripción incorpora una dimensión emocional y cognitiva de la experiencia del dolor, considerando los aspectos psicológicos involucrados en el dolor crónico. Así, se reconoce que en la modulación del dolor intervienen procesos de aprendizaje neurobiológicos, psicológicos y cambios sociales que adquieren mayor importancia a medida que el dolor se cronifica (González, 2014). Entre los factores psicológicos estudiados se han señalado las emociones, los factores cognitivos, las conductas y la personalidad. En particular, y respecto a la personalidad, ha sido estudiada como mediadora del dolor crónico y los resultados obtenidos en diferentes estudios sostienen que desempeña un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de este problema, así como también permite explicar la adaptación y manejo adecuado de algunas conductas (Naylor *et al.*, 2017). Tal y como señala la literatura, los rasgos de personalidad en pacientes con dolor crónico condicionan la forma de experimentar el dolor e incluso podrían tener influencia en el resultado terapéutico (Naylor *et al.*, 2017; Soriano y Monsalve, 2019). Las dimensiones de personalidad más ampliamente estudiadas han sido el neuroticismo, que se ha asociado a estrategias pasivas o deficientes de tratamiento y el catastrofismo (Anarte *et al.*, 2001; Soriano y Monsalve, 2005), y la extraversión. Ésta última se ha relacionado con el uso de estrategias de distracción y autoafirmación (Soriano *et al.*, 2010).

La literatura también ha puesto de manifiesto la relación del dolor crónico con los trastornos de personalidad (Conrad *et al.*, 2007; Fischer-Kern *et al.*, 2010; Haggard *et al.*, 2008) en especial, con el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Biskin *et al.*, 2014; Sansone y Sansone, 2012), ya que tal y como han sugerido algunos investigadores "el dolor podría ser una manifestación más del trastorno de desregulación que presentan estos pacientes" (Sansone y Sansone, 2009). Tal y como señala la literatura, los pacientes con TLP tiene mayor probabilidad de informar de dolor y de experimentarlo como más grave que otras personas con otros trastornos de la personalidad (Biskin *et al.*, 2014). Además, dentro de las poblaciones con dolor crónico, las quejas (por ejemplo: severidad del dolor y quejas somáticas relacionadas) son más altas entre las personas con características elevadas de TLP

(Tragesser *et al.*, 2010). Esta asociación entre TLP y dolor crónico ha sido explicada por la literatura relacionándolo con el componente de desregulación emocional propio del TLP (Carpenter *et al.*, 2019; Reynolds *et al.*, 2018; Sansone y Sansone, 2007, 2012).

Dado el nivel de gravedad e interferencia en el funcionamiento diario que pueden llegar a sufrir las personas con diagnóstico de TLP y dolor crónico se propone el desarrollo y aplicación de tratamientos que sean eficaces. Los tratamientos médicos para aliviar el dolor han desarrollado grandes avances y han permitido ayudar a millones de personas, sin embargo, en algunas ocasiones llegan a resultar ineficaces. El descubrimiento en los últimos años de la complejidad de mecanismos intervinientes permite justificar la relevancia de adoptar una perspectiva multidisciplinaria en la que se incluyan tratamientos psicológicos (Miró, 2003), siendo la terapia cognitivo conductual (TCC) el abordaje psicológico más utilizado dada su eficacia en el manejo del dolor crónico (Fairbank *et al.*, 2005; Gatchel *et al.*, 2007), sobre todo cuando es combinado con el tratamiento médico (Moix y Casado, 2011). No obstante, estudios realizados para evaluar la eficacia de este tipo de intervención han puesto de manifiesto que los tamaños del efecto conseguidos por la TCC eran pequeños (Williams *et al.*, 2012). Esto podría estar relacionado con el efecto terapéutico producido por los procesos psicológicos hipotetizados en el modelo tradicional de la TCC. Desde este enfoque el mecanismo de tratamiento es el cambio en el contenido de los pensamientos relacionados con dolor, sin embargo, no resulta tan claro que los pensamientos se deban de modificar para disminuir la percepción de dolor o mejorar el funcionamiento, incluso en algunos casos se ha demostrado que pueden producir efectos paradójicos (McCracken y Vowles, 2014). La necesidad de seguir ahondando en nuevos métodos y procedimientos psicológicos que permitan a las personas con problemas de dolor crónico tener un mejor afrontamiento de su experiencia conduce a contemplar nuevos modelos cuyos principios nos proporcionan una orientación diferente. En este sentido, el enfoque basado en las terapias de tercera generación se aparta de la filosofía tradicional de TCC, que tiene como objetivo eliminar el malestar humano y adopta una perspectiva de aceptación del sufrimiento como condición inherente al ser humano, enseñando a cambiar las respuestas a los síntomas en lugar de los síntomas en sí mismos. Cuestiona la utilidad del análisis, de la modificación de pensamientos y de la resolución de problemas como medios predominantes para abordar con éxito el sufrimiento, y apuestan por métodos más experienciales (McCracken y Vowles, 2014). En definitiva, las terapias de tercera generación hacen ver que la lucha por desaparecer completamente el malestar (y en nuestro caso el dolor) es infructuosa y proponen un cambio más orientado hacia la aceptación del mismo. Una técnica que incorpora este tipo de terapias o intervenciones y que permite conducir hacia el camino de la aceptación es la conciencia plena (*mindfulness*). Las intervenciones basadas en la conciencia plena han demostrado su eficacia en distintos estudios controlados aleatorizados tanto en trastornos mentales como en distintas condiciones de salud, entre las que se encuentra el dolor crónico (Anheyer *et al.*, 2017; Davis *et al.*, 2015; Errasti-Pérez *et al.*, 2022; Hervas *et al.*, 2016; Jones *et al.*, 2015).

Una de las intervenciones basadas en la conciencia plena más utilizada para el tratamiento del dolor crónico ha sido el programa "Reducción del estrés basado en atención plena" (REBAP) (*Mindfulness Based Stress Reduction*, MBSR; Kabat-Zinn, 1982). Este programa creado por Jon Kabat-Zinn en 1979 en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts (EEUU), fue desarrollado con el fin de ayudar a las personas con dolor y estrés propios de determinadas enfermedades crónicas, y ha demostrado eficacia tanto para la tolerancia al dolor, el dolor crónico, el estrés, la ansiedad, la depresión, así como también en ciertas condiciones médicas como el cáncer, epilepsia y VIH, entre otros (Anheyer *et al.*, 2017; Bertolín, 2015; Kabat-Zinn, 1982, MacCoon *et al.*, 2011; Melero *et al.*, 2019). Para el autor el fin del programa no era eliminar el dolor, sino ayudarles a relacionarse con la experiencia y con los problemas asociados de un modo diferente. El entrenamiento en conciencia plena es central a lo largo de las sesiones, y se desarrolla a través de prácticas formales (yoga, meditación sentado) o informales (atención plena en actividades de la vida diaria) en las que se fomentan actitudes como la aceptación, actitud del principiante o la apertura a través de tres tipos de prácticas: 1) *recorrido corporal (body scan)*, que consiste en realizar en posición supina un recorrido gradual por todo el cuerpo, prestando atención a las sensaciones corporales e intercalando ejercicios de respiración y relajación; 2) *meditación sentada o caminado*, que consiste en prestar atención a la respiración u otras percepciones estando sentado o andando; y 3) *Hatha yoga*, que implica realizar una serie de ejercicios suaves de forma lenta y con el fin de estar atento a cada una de las sensaciones experimentadas durante el movimiento.

La atención plena ha sido una de las intervenciones que también ha sido aplicada para el tratamiento de los trastornos de la personalidad, en concreto, para los TLP a través de la terapia dialéctica conductual (*dialectical behavior therapy*, DBT; Linehan, 1993), que es el programa con más apoyo empírico. La atención plena se entrena en formato grupal y es la primera estrategia en ser entrenada en la DBT, ya que su aprendizaje permite la adquisición del resto de técnicas, como en el caso de la regulación emocional.

Dado que actualmente no existe ningún estudio en el que se aplique un programa de tratamiento para pacientes con ambos diagnósticos, y dada la necesidad de conocer cuáles serían aquellas formas de terapia que permiten generar un mejor afrontamiento del dolor en personas diagnosticadas de TLP, este trabajo se propone aplicar un programa terapéutico que permita el abordaje para pacientes con ambos tipos de diagnóstico. La intervención terapéutica propuesta es el programa "Reducción del estrés basado en atención plena" (REBAP) y su elección se justifica con base en los siguientes supuestos: 1) existe una alta comorbilidad entre pacientes con problemas de dolor y TLP, el alto grado de sufrimiento de ambos trastornos se explicaría en parte por la negación y evitación del sufrimiento, de modo que la estrategia de tratamiento se orientaría a la aceptación de la experiencia privada (dolor, ansiedad, etc.). 2) El componente esencial del programa es la atención plena que es una estrategia terapéutica en la que deben de ser entrenados los pacientes con TLP (según la DBT), dada su tendencia a evitar o escapar de sus experiencias "dolorosas". 3) Es uno de los programas de tratamiento que más beneficios ha mostrado a corto y medio plazo en problemas de dolor crónico

(Anheyer *et al.*, 2017; Bertolín, 2015; Kabat-Zinn, 1982, MacCoon *et al.*, 2011). Se emplea también en pacientes que sufren problemas emocionales, como, por ejemplo, episodios depresivos recurrentes, ansiedad o estrés, síntomas comórbidos también a la población con diagnóstico de TLP (Bertolín, 2015). 4) El programa permite la inclusión de participantes heterogéneos en cuanto al trastorno del problema físico y permite trabajar la experiencia de dolor del paciente con independencia de que exista o no diagnóstico médico. Y 5) se trata de una intervención psicoeducativa que ha de ser realizada por un profesional sanitario capacitado legalmente para ello. Los pacientes que participan reciben diferentes tratamientos específicos para los síntomas asociados con el TLP y se requiere de un programa más genérico o inespecífico de intervención.

El objetivo del presente estudio ha sido aplicar el programa REBAP en pacientes con dolor crónico y diagnóstico de TLP, y analizar los resultados de su aplicación tras su intervención, en un seguimiento a los nueve meses. Tras la aplicación del programa se espera encontrar en estos pacientes: 1) mejora en la percepción de calidad de vida y en su ajuste psicosocial; 2) disminución en la percepción e interferencia del dolor; 3) mayor uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas en el manejo del dolor; 4) disminución de la sintomatología ansiosa, depresiva y del estrés; y 5) aumento de la atención plena.

Método

Participantes

Participaron 24 pacientes diagnosticados con un TLP y un trastorno de dolor crónico, que estaban siendo atendidas en un centro de día especializado en el tratamiento de personas con un TLP. El total de la muestra estaba compuesto en su mayoría por mujeres (91,7%) con una edad media de 41,83 años ($DT= 10,35$). En cuanto a la ocupación el 66,7% presentaban una incapacidad, el 25 % estaban en situación de desempleo y el 8.3% trabajaba. El 50% estaban solteros (41,7% casados y 8,3% divorciados. El 100% presentaban un diagnóstico del TLP y de al menos un diagnóstico de dolor físico. El diagnóstico de TLP y de dolor crónico lo realizaron los profesionales de la psiquiatría y la psicología que trabajan en el centro siguiendo los criterios del DSM-5 (APA, 2013) y del CIE-10. El diagnóstico más frecuente de dolor crónico fue la fibromialgia (33,3%), seguido de las migrañas (16,7%), síndrome del intestino irritable (8,3%), lumbalgia (8,3%) y en el mismo porcentaje (4,2%) los siguientes trastornos: dolor neurógeno por lesión medular, ciática, neuropatía diabética, síndrome de fatiga crónica, lupus eritematoso, artritis reumatoide, cervicalgia, lumbalgia y escoliosis.

Así mismo y dadas las condiciones de la muestra (sintomatología del TLP) se consideró que pudieran presentar un trastorno comórbido para algún trastorno de ansiedad, trastorno de estado de ánimo, trastorno alimentario o trastorno relacionado con sustancias. Del análisis se obtuvo que, para los trastornos de ansiedad, 19 personas (79,2%) no habían sido diagnosticadas con un trastorno de ansiedad, 3 de ellas (12,5%) estaban diagnosticadas para un trastorno de ansiedad generalizada, 1 de ellas (4,2%) para un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y otra

(4,2%) para una fobia específica. Para los trastornos de estado de ánimo (se considera el trastorno bipolar dentro de esta categoría para simplificar), 14 de ellos (58,3%) no presentaba un diagnóstico para ningún trastorno del estado de ánimo, 6 personas (25%) habían sido diagnosticadas de un trastorno de depresión mayor recurrente, 1 de ellas (4,2%) tenía un trastorno bipolar y 3 personas (12,5%) estaban diagnosticadas de distimia. Para los trastornos alimentarios 16 personas (66,7%) no presentaban ningún diagnóstico de este tipo, 1 de ellas (4,2%) tenía un diagnóstico de anorexia nerviosa tipo restrictivo, otra persona (4,2%) de bulimia nerviosa y 6 (25%) de trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Con el fin de poder participar en el programa se tuvieron en consideración los siguientes criterios de inclusión: cumplir con los criterios diagnósticos para TLP según DSM-5 y presentar al menos un diagnóstico de dolor crónico, ser mayor de 18 años y haber sido entrenado previamente en atención plena. Por otro lado, se establecieron los siguientes criterios de exclusión: diagnóstico actual de consumo de tóxicos, poseer un nivel de gravedad percibida por el clínico máximo de 5 (moderada-grave) y no ocurrencia de intentos autolíticos y de suicidio en los últimos seis meses. El nivel de gravedad se estableció atendiendo a componentes fundamentales del funcionamiento desadaptativo como: la capacidad de ejercer control sobre impulsos y emociones, de desarrollar un sentido de identidad o de mantener relaciones gratificantes y duraderas. Se respondía en una escala de 0 a 10, donde 0 se correspondía con el mínimo nivel de gravedad, y 10 con el máximo.

Del total de 24 personas que iniciaron el programa, 4 de ellas lo abandonaron y no cumplimentaron los cuestionarios tras la intervención. Fueron 17 las pacientes que cumplimentaron la batería de cuestionarios en el seguimiento a los 9 meses.

Instrumentos

- a) "Entrevista de variables clínicas y sociodemográficas *ad hoc*". En esta entrevista se ha recogido información sobre los datos sociodemográficos tales como: edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel de estudios. Así como información clínica: diagnóstico de enfermedad mental y tipo de tratamiento psicológico, entrenamiento previo en conciencia plena (*mindfulness*), tratamiento psicofarmacológico actual, número de ingresos hospitalarios e intentos de suicidio tanto en los últimos seis meses como totales, número de conductas parasuicidas empleadas y su frecuencia, estado de ánimo percibido por el paciente, grado de eficacia para resolver problemas y gravedad percibida por el clínico. Además, y en referencia al diagnóstico de dolor se preguntó sobre duración del problema, tratamientos farmacológicos y psicológicos recibidos.
- b) "Inventario breve del dolor" (*Brief Pain Inventory*, BPI; Cleeland, 1989). El BPI es una medida multidimensional y de rápida administración que cuantifica a través de dos subescalas la intensidad del dolor (4 ítems) y la interferencia en las actividades (7 ítems) que éste produce en la vida del paciente (dimensión reactiva). Cada uno de los ítems se puntúa mediante una escala de 0 (ausencia de dolor/interferencia en la vida diaria) a 10 (peor dolor imaginable/afectación máxima en la vida diaria). Los 11 ítems proporcionan dos puntuaciones resumen para cada una de las dos dimensiones pudiendo ofrecer información sobre el

- grado de intensidad e interferencia (baja, intermedia, alta) (Badia *et al.*, 2003). En este estudio la fiabilidad (alfa de Cronbach) fue de 0,87 para el factor intensidad y de 0,83 para el factor interferencia.
- c) "Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico" (CAD; Soriano y Monsalve 2002). El CAD permite realizar una evaluación de las estrategias de afrontamiento adoptadas en pacientes con dolor crónico. Consta de 31 ítems en los que se evalúan las acciones realizadas por el paciente cuando tiene dolor y la persona tiene que responder en una escala de cinco puntos ("nunca", "pocas veces", "ni muchas ni pocas", "muchas veces", "siempre") en función del grado o frecuencia en que se llevan a cabo las estrategias indicadas. Las estrategias de afrontamiento se dividen en seis subescalas y son: a) religión, b) catarsis, c) distracción, d) autocontrol mental, e) autoafirmación y d) búsqueda de información. El cuestionario presenta una estructura estable y fiable, que explica el 63.8% de la varianza con una consistencia interna de cada factor entre 0,77 y 0,94 (Soriano y Monsalve, 2002). En este estudio la fiabilidad para las seis subescalas fue de: Religión, $\alpha=0,91$; catarsis, $\alpha=0,88$; distracción, $\alpha=0,90$; religión, $\alpha=0,91$; autoafirmación, $\alpha=0,86$; búsqueda de información, $\alpha=0,66$; y autocontrol mental, $\alpha=0,75$).
- d) "Cuestionario de regulación emocional" (*Emotion Regulation Questionnaire*, ERQ; Gross y John, 2003). Este instrumento incluye estrategias de regulación emocional de la persona divididas en dos dimensiones: supresión emocional y reevaluación cognitiva. Este cuestionario consta de 10 ítems y los participantes indican su grado de acuerdo con cada afirmación en una escala de 1= totalmente en desacuerdo a 7= totalmente de acuerdo. La escala de supresión emocional está compuesta de 4 ítems y pregunta a los participantes el grado con que tienden a inhibir la expresión de sus emociones y, por otro lado, la escala de reevaluación cognitiva consta de 6 ítems y pregunta a los participantes el grado con que intentan pensar sobre las situaciones de forma diferente para cambiar lo que están sintiendo. La versión española del ERQ ha mostrado tener adecuadas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach de 0,79 para reevaluación cognitiva y de 0,73 para supresión emocional (Cabello, Ruiz-Aranda, Salguero y Castillo, 2013). En este estudio la consistencia interna (alfa de Cronbach) fue de 0,56 para la dimensión reevaluación cognitiva y de 0,71 para expresión emocional.
- e) "Escalas de depresión, ansiedad y estrés" (*Depression Anxiety Stress Scales*, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). El DASS-21 está constituido por tres escalas que miden la presencia e intensidad de los estados afectivos: estrés, ansiedad y depresión. Cada ítem se responde de acuerdo con la presencia e intensidad de cada síntoma ocurrido en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos, donde 0= No aplicable a mí, y 3= Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo. Cada escala tiene siete ítems y su puntuación total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y multiplicado por dos. Además, el instrumento permite clasificar los parámetros de ansiedad, depresión y estrés en los siguientes niveles: normal, leve, moderado, grave y muy grave. Ha sido validado a población española por Bados, Solana y Andrés (2005), mostrando adecuadas propiedades

psicométricas con unos valores de alfa de Cronbach que van desde 0,72 a 0,84. En este estudio se obtuvieron unos coeficientes alfa de Cronbach que oscilaron entre 0,73 y 0,81. En nuestro estudio, la fiabilidad obtenida fue de un alfa de Cronbach de 0,85 para el factor ansiedad, alfa de Cronbach de 0,84 para depresión y alfa de Cronbach de 0,73 para el factor estrés.

- f) "Cuestionario de cinco facetas de atención plena" (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*, FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006). El FFMQ evalúa atención plena y está compuesto por cinco factores: 1) observar, 2) describir, 3) actuar con conciencia, 4) no juzgar y 5) no reaccionar. Éstos se evalúan a lo largo de 39 ítems de puntuación inversa y directa a los que se responde mediante una escala Likert de 5 puntos, que varía desde 1= nunca o muy raramente verdadero, a 5= muy a menudo o siempre verdadero. En lo que respecta a la adaptación española llevada a cabo por Cebolla *et al.* (2012), se obtuvieron adecuadas propiedades psicométricas obteniendo un índice de fiabilidad de 0,80 (Cebolla, García, Soler, Guillén, Baños y Botella, 2012). La fiabilidad (alfa de Cronbach) obtenida en este estudio para los factores fue de 0,75 para observar, 0,88 para describir, 0,83 para actuar con conciencia, 0,74 para no juzgar y 0,77 para no reaccionar.
- g) "Escala de conciencia plena y darse cuenta" (*Mindful Attention Awareness Scales*, MAAS; Brown y Ryan, 2003). La MAAS evalúa la frecuencia del estado de conciencia plena en la vida diaria (capacidad general de la persona para estar atento y consciente al momento presente). Es un cuestionario de 15 ítems que se puntúa con una escala Likert con un rango entre 1 (casi siempre) hasta 6 (casi nunca). La puntuación final es la media aritmética de las puntuaciones dadas a los ítems, donde puntuaciones elevadas indicarían un mayor estado de mindfulness. Los análisis psicométricos de la versión española de la MAAS han mostrado buenas propiedades, tanto en términos de validez como de fiabilidad (α de Cronbach de 0,89) (Soler *et al.*, 2012). La fiabilidad (alfa de Cronbach) obtenida en nuestro estudio fue de 0,90.
- h) "Índice de calidad de vida" (ICV; Mezzich *et al.*, 1999). El ICV incluye 10 ítems, con formato de respuesta múltiple tipo Likert con una escala que va de 1= malo a 10= excelente. Los ítems representan, según los autores, 10 aspectos relevantes para la evaluación del constructo de calidad de vida y fueron seleccionados a partir de una revisión exhaustiva de 21 instrumentos existentes para evaluar la calidad de vida. Dichos aspectos son: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y una valoración global de la calidad de vida. Cada ítem es valorado por el sujeto según su perspectiva personal en el momento actual. Tiene distintas cualidades como aplicabilidad, fiabilidad y validez adecuadas, además de ser un instrumento breve y fácil de utilizar. Posibilita obtener medidas de calidad de vida tanto para población clínica como no clínica y permite evaluar aspectos relacionados no solo con la enfermedad sino con la salud. La homogeneidad del cuestionario demostró ser buena, obteniéndose un alfa

Cronbach de 0,79 en su adaptación a población española (Bulacio *et al.*, 2004). En nuestro estudio fue de 0,81.

- i) “Escala de ajuste psicosocial a la enfermedad” (*Psychosocial Adjustment to Illness Scale*, PAIS; Derogatis y López, 1983). La PAIS consta de 46 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, desde 0= ningún problema a 4= muchas dificultades. Evalúa el deterioro o el impacto en siete áreas psicosociales: actitud hacia el cuidado de la salud, ámbito profesional/académico, ámbito doméstico, relaciones sexuales, relaciones familiares, entorno social y distrés psicológico. Este instrumento permite obtener una puntuación global de adaptación psicosocial sumando las puntuaciones de cada subescala. Cuánto más elevada sea la puntuación de un individuo peor será su adaptación psicosocial. En la versión española, la consistencia interna de estas subescalas fue entre 0,70 y 0,90 (Neipp, 2005). En este estudio los coeficientes alfa de Cronbach de las diferentes subescalas estuvieron entre 0,64 y 0,90.

Procedimiento

En primer lugar, se tuvo una reunión con los responsables del centro de día con el fin de informarles del estudio y obtener su autorización. Posteriormente, se invitó a participar a los pacientes del centro con diagnóstico de TLP y dolor crónico. La participación en el estudio fue voluntaria y se contó con su consentimiento informado. El inicio de la aplicación del programa REBAP coincidió con el periodo de confinamiento debido al COVID-19. Para poder subsanar esta dificultad se optó por realizar el programa de forma telemática, sin embargo, de los 26 pacientes que resultaban aptos para poder participar en el programa, 2 de ellos renunciaron por no tener acceso a internet.

Se formaron dos grupos, realizados por la misma terapeuta, con formación especializada y acreditada en Mindfulness y DBT, uno de mañana y otro de tarde, con el fin de poder ofrecer la máxima disponibilidad a los pacientes según sus horarios. Al inicio de la intervención se aplicaron todos los instrumentos. En la evaluación posintervención solo se pudieron obtener la respuesta de 20 participantes, debido al abandono de 4 de ellos a lo largo del desarrollo del grupo. A los 9 meses se realizó una evaluación de seguimiento del programa en la que participaron 17 pacientes.

Se aplicó el programa MBSR de Kabat-Zinn (1979) que se adapta del manual *Tú no eres tu dolor* (Burch y Penman, 2017) para poder ser aplicado con estas/os pacientes.

En la tabla 1 se expone el contenido de las ocho sesiones del programa de REBAP.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos que se han realizado en esta investigación se describen a continuación y se han realizado a través del paquete estadístico SPSS v. 23. Se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas y sociodemográficas. Para la comprobación del supuesto de normalidad se utilizó la prueba de Kolgomorov-

Smirnov con un nivel de confianza del 95%. Para el análisis de diferencias en los distintos momentos temporales se realizó Anova de Medidas Repetidas. Las comparaciones por pares se realizaron siguiendo un efecto principal significativo del tiempo con Bonferroni.

Tabla 1
Contenidos de las sesiones en el programa de REBAP

Sesión 1. Atención plena
<ul style="list-style-type: none"> - Explicación sobre la atención plena (<i>mindfulness</i>) - Explicación sobre el dolor: sufrimiento primario, sufrimiento secundario - Papel de la atención plena en el dolor - Ejercicio: recorrido corporal (<i>body scan</i>) - Tareas para casa
Sesión 2. Papel de los pensamientos y emociones en el dolor
<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de la influencia de los pensamientos y emociones en la percepción y afrontamiento del dolor - Características de la modalidad "hacer" y la modalidad "ser" - Ejercicio: el ancla de la respiración - Tareas para casa
Sesión 3. El movimiento consciente y diario de actividades
<ul style="list-style-type: none"> - Explicación del movimiento consciente - Mindfulness para superar el ciclo de explosión y contracción - Ejercicio: movimiento consciente (yoga) - Papel del diario de actividades - Tareas para casa
Sesión 4. Aceptación del estrés y dolor crónico
<ul style="list-style-type: none"> - Papel de la aceptación del sufrimiento - Establecer una línea de referencia según el diario de actividades - Ejercicio: meditación de la aceptación compasiva - Tareas para casa
Sesión 5. Restablecer contacto con aspectos agradables de la vida
<ul style="list-style-type: none"> - Explicación a: "el sesgo de la negatividad" - Papel de la compasión y centrarse en aspectos agradables - Ejercicio: meditación del tesoro del placer - Tareas para casa
Sesión 6. El cultivo de una visión compasiva
<ul style="list-style-type: none"> - Los tres sistemas de regulación emocional - Cultivar una visión compasiva ante la vida - Restablecer la línea de referencia según las actividades - Ejercicio: meditación del corazón abierto - Tareas para casa
Sesión 7. Establecer contacto con el resto de personas
<ul style="list-style-type: none"> - Efecto Roseto: se ofrece explicación sobre cómo cultivar relaciones humanas tiene un efecto protector para la salud - Ejercicio: meditación de la conexión - Seguir trabajando en las líneas de referencia - Ejercicio: meditación del espacio de respiración en tres minutos - Tareas para casa
Sesión 8: Resumen del programa
<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de las habilidades básicas trabajadas - Caja de herramientas de la atención plena - Carta recordando las cosas conseguidas y los motivos de seguir practicando

Los tamaños de los efectos se calcularon mediante la eta cuadrada parcial (η). La eta-cuadrado parcial indica el porcentaje de varianza en la variable dependiente

atribuible a una variable independiente concreta. Una interpretación comúnmente utilizada es referirse a los tamaños del efecto como pequeños ($\eta = 0,2$), medios ($\eta = 0,5$) y grandes ($\eta = 0,8$), basándose en los puntos de referencia sugeridos por Cohen (1988).

Resultados

Análisis de diferencias pre y posintervención

Los resultados mostraron que tanto la *intensidad* del dolor como su *interferencia* disminuyeron de forma significativa tras la intervención, y estas diferencias se mantuvieron en el seguimiento. El tamaño del efecto tanto para la variable intensidad ($\eta = 0,45$) como para la variable interferencia de actividades ($\eta = 0,56$) fue medio.

Respecto a las variables *estrés*, *ansiedad* y *depresión* los resultados no mostraron diferencias significativas.

Los resultados relacionados con la evaluación de estrategias de afrontamiento mostraron que, de las seis subescalas empleadas para evaluar afrontamiento, solo la estrategia *distracción* y *autocontrol mental* presentaron cambios significativos después de la intervención, y en el seguimiento, con un tamaño del efecto medio para ambas ($\eta = 0,42$ y $\eta = 0,48$, respectivamente).

En cuanto a los cambios producidos en estrategias de regulación emocional evaluadas a través de las dos dimensiones *supresión emocional* y *reevaluación cognitiva* del ERQ, los resultados no mostraron diferencias significativas.

Respecto a la atención plena, los resultados mostraron diferencias significativas para el *estado de conciencia plena en la vida diaria*, evaluados a través de la MAAS, presentando un aumento significativo con un tamaño del efecto medio ($\eta = 0,41$). Respecto al estado de mindfulness evaluado a través de los factores: *observar*, *describir*, *actuar con conciencia*, *no juzgar* y *no reaccionar* los resultados mostraron puntuaciones medias significativamente superiores tras la intervención en todas ellas y también en el seguimiento para observar, no juzgar y no reaccionar, con unos tamaños del efecto medios y grandes.

Por otro lado, los resultados obtenidos para *ajuste psicosocial* evaluados a través de la PAIS y las dimensiones: *ámbito laboral*, *ámbito doméstico*, *ámbito social*, *relaciones sexuales*, *relaciones familiares* y *distrés psicológico*, los resultados no mostraron diferencias significativas.

Por último, los resultados referentes al *índice de calidad de vida* presentaron diferencias significativas tras la intervención y en el seguimiento, con un tamaño del efecto grande ($\eta = 0,77$).

Los resultados de estos análisis se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 2
Análisis de diferencias preintervención y posintervención (N= 20)

Instrumento/variable	Pre M (DT)	Pos M (DT)	Seg. 9 m. M (DT)	F	Bonferroni post-hoc	η
CBD						
Intensidad	6,54 (1,75)	5,03 (2,02)	5,14 (1,73)	6,11*	T1>T2; T1>T3	0,45
Interferencia	7,43 (1,68)	4,64 (2,49)	4,98(2,03)	9,68**	T1>T2; T1>T3	0,56
DASS-21						
Estrés	13,64 (4,21)	13,05 (5,03)	13,29(4,89)	0,18		-
Ansiedad	12,35 (5,90)	10,52 (5,40)	11,76(5,27)	2,23		
Depresión	15,35 (4,64)	14,05 (5,14)	13,41(5,19)	1,16		
CAD						
Religión	2,55 (1,55)	2,51 (1,49)	2,50(1,29)	0,23	T1<T2; T1<T3 T1<T2; T1<T3	-0,42 0,48
Catarsis	2,23 (0,95)	2,48 (1,02)	2,25(0,90)	1,20		
Distracción	2,61 (1,22)	3,55 (1,04)	3,21(1,02)	10,59***		
Autocontrol	2,05 (0,85)	2,97 (0,94)	3,24(0,86)	14,00***		
Autoafirmación	3,28 (1,13)	3,71 (0,84)	3,48(1,00)	2,70		
Búsqueda de información	3,76 (0,79)	4,00 (0,93)	3,55(1,02)	2,30		
MAAS	2,85 (1,00)	3,63 (0,82)	3,44(0,56)	15,27***	T1<T2; T1<T3	0,41
ERQ						
Supresión emocional	16,00 (7,31)	15,29 (4,88)	17,76 (6,73)	0,93	-	-
Reevaluación cognitiva	24,11 (7,20)	24,11 (7,20)	26,58(6,31)	1,61		
FFMQ						
Observar	23,82 (5,51)	28,11 (5,32)	27,23(4,60)	9,63**	T1<T2; T1<T3	0,56
Describir	20,64 (7,37)	24,64 (6,92)	22,52(5,00)	10,15**	T1<T2	0,57
Actuar con conciencia	19,05 (6,39)	24,29 (5,33)	22,05(3,83)	9,61**	T1<T2	0,56
No juzgar	15,58 (4,03)	22,29 (4,74)	20,47(4,45)	18,05***	T1<T2; T1<T3	0,70
No reaccionar	16,05 (3,96)	22,88 (4,38)	19,94(4,16)	11,48**	T1<T2;T2>T3	0,60
PAIS						
Ámbito laboral	13,84 (3,64)	12,76 (3,72)	10,69(4,28)	5,12		
Ámbito doméstico	14,58 (4,35)	13,91 (2,90)	13,83 (4,89)	0,19		
Relaciones sexuales	11,78 (4,96)	11,50 (3,85)	11,21 (5,89)	0,09		
Relaciones familiares	4,52 (2,60)	4,52 (2,60)	5,00(3,29)	0,39		
Entorno social	14,06 (3,60)	12,06 (4,66)	13,62(4,55)	2,99		
Distrés psicológico	15,35 (4,58)	15,05 (4,33)	14,41(4,96)	0		
ICV	3,08 (1,04)	4,14 (1,04)	4,00(0,95)	25,1***	T1<T2; T1<T3	0,77

Nota: CBD= "Inventario breve del dolor"; DASS-21= "Escala de depresión, ansiedad y estrés"; CAD= "Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico"; MAAS= "Escala de conciencia plena y darse cuenta"; ERQ= "Cuestionario de regulación emocional"; FFMQ= "Cuestionario de cinco facetas de atención plena"; PAIS= "Escala de ajuste psicosocial a la enfermedad"; ICV= "Índice de calidad de vida".

Discusión

El objetivo general del presente TFM ha sido aplicar el programa REBAP en pacientes con dolor crónico y diagnóstico de TLP, y analizar los resultados de su aplicación tras su intervención.

Tras la aplicación del programa se esperaba encontrar que la percepción de calidad de vida y el ajuste psicosocial de estas pacientes mejorase. Respecto al ajuste psicosocial no se obtuvieron diferencias significativas, sin embargo, en cuanto a su calidad de vida, los resultados de nuestro estudio confirman la mejora en la percepción de la calidad de vida tras la intervención y en el seguimiento a los nueve meses. Estos resultados son coherentes con la literatura que ha mostrado que la aplicación de este programa también produce mejores en otros problemas de salud (Espejo y Conde, 2018; García y García, 2019; Pbert *et al.*, 2012;).

Los resultados de esta investigación confirman la segunda hipótesis en la que se esperaba encontrar una disminución en la percepción del dolor posintervención. Los resultados sugieren que incluir el programa REBAP con el resto de terapias mejora la percepción de la intensidad del dolor y dicha disminución del dolor mejoraría su interferencia en la vida cotidiana. Tal y como se expuso en la introducción de este estudio, determinados fenómenos psicológicos como la ansiedad, depresión o pensamientos negativos estarían relacionados con una mayor percepción en la intensidad del dolor, actuando en ocasiones como desencadenantes, mantenedores o exacerbantes, es por ello que la disminución de la experiencia dolorosa resultaría fundamental para un mejor ajuste psicológico de estas personas, con alta tendencia al sufrimiento y a la desregulación emocional y conductual.

En cuanto a la tercera hipótesis, en la que se esperaba encontrar que tras la aplicación del programa se produjera un mayor uso de estrategias adaptativas de afrontamiento, los resultados mostraron que sólo las estrategias relacionadas con la distracción y el autocontrol mental aumentaron de manera significativa. El aumento en el uso de estas dos estrategias se relacionaría con la intervención del programa y en particular estaría probablemente relacionada con los efectos del entrenamiento en mindfulness sobre la metacognición, y en particular sobre el descentramiento entendido como "la capacidad de centrarse en el presente sin juicios hacia pensamientos, emociones u otras experiencias" (Linares *et al.*, 2016). Estos resultados, además sería coherentes con la definición de mindfulness como proceso "que implica la autorregulación de la atención" (Bishop *et al.*, 2004); en el caso de la distracción enfocada en la participación de una actividad y en el autocontrol mental con respecto a los juicios y pensamientos. Consideramos que ambas estrategias pueden resultar muy útiles en el manejo de la experiencia del dolor, si bien en el caso de la distracción porque puede ayudar al paciente a centrarse en otras experiencias y consecuentemente disminuir la autofocalización en el síntoma, y en el caso del autocontrol mental porque permitiría el manejo de los pensamientos o juicios negativos al dolor.

Respecto a las estrategias relacionadas con la regulación emocional, se esperaba una disminución significativa en la variable supresión emocional y un aumento de la variable reevaluación cognitiva, sin embargo, los resultados de este no mostraron diferencias significativas. Una posible explicación a este resultado estaría relacionada con la alta desregulación emocional que experimentan estos pacientes y la forma en que opera la atención plena en ellos. Si atendemos al modelo de regulación emocional de Gross y John (2003), la regulación emocional se compondría de cinco fases: 1) selección e identificación de la situación, 2) cambio situacional, 3) focalización de la atención, 4) cambio cognitivo y 5) modulación de la respuesta emocional. Los cuatro primeros pasos se consideran antecedentes en la generación de la respuesta emocional, mientras que el quinto paso estaría relacionado con estrategias focalizadas en la misma respuesta emocional (Navarro *et al.*, 2018). Con base en esta explicación, el programa tendría en estos pacientes un mayor efecto sobre los primeros estadios de la regulación emocional, mientras que sería necesario ofrecer otras estrategias centradas en la modulación emocional, aspecto que resultaría coherente también con el modelo de la DBT de Linehan.

Respecto a la cuarta hipótesis en la que se esperaba encontrar una disminución de la sintomatología ansiosa, depresiva y del estrés, tras la aplicación del programa, tras la aplicación del programa no se encontraron cambios significativos en ninguna de estas variables. Estos hallazgos son distintos a los obtenidos en estudios anteriores, como, por ejemplo, en el trabajo de Kabat- Zinn (1982,1985) o los obtenidos en la revisión sistemática de Fjorback, Arendt, Ornbøl, Fink y Walach (2011) en los que el programa ha mostrado eficacia en reducir el estrés, la ansiedad y la depresión. En la misma línea a la explicación ofrecida anteriormente respecto a la alta desregulación emocional experimentada por estos pacientes, cabe destacar que el programa tuvo una duración de dos meses y se centró fundamentalmente en la habilidad *mindfulness*, aspecto que resulta insuficiente para poder abordar la complejidad emocional experimentada por el TLP. A este respecto, podría ser adecuado ampliar el número de sesiones, con el fin de poder introducir más herramientas específicas para la modulación emocional.

En cuanto a la última hipótesis, en la que se esperaba encontrar un aumento de la atención plena, tanto en los resultados obtenidos a través de la medida frecuencia del estado de *mindfulness* en la vida diaria (evaluado a través de la MAAS), como en la evaluación de los cinco factores, observar, describir, actuar con conciencia, sin juzgar y sin reaccionar, se obtiene un aumento significativo de la habilidad con un tamaño del efecto medio, que además sigue presente en el seguimiento. Esta hipótesis, previamente basada en cómo el entrenamiento en esta habilidad lograría mejoras en el estado de *mindfulness* y cada una sus actitudes, también seguiría la línea explicativa de la tradición budista de Kabat- Zinn (1982) en la que se postula que la actitud y el compromiso a través de la práctica son fundamentales en la adquisición de esta habilidad (Miró, 2006). Según estos resultados, el entrenamiento en *mindfulness* a través del REBAP aumentaría la atención plena y esta habilidad psicológica resulta de gran implicación clínica para estos pacientes con ambos diagnósticos por incidir en mecanismos implicados en ambos, tales como la reevaluación cognitiva, el estado emocional, las conductas problema o las estrategias de afrontamiento.

Como conclusión, los resultados de este estudio sugieren que la aplicación del programa REBAP en pacientes con TLP y diagnóstico de dolor crónico puede ser útil para mejorar su percepción de calidad de vida, su participación en actividades sociales, el uso de estrategias para afrontar el dolor, la disminución en la percepción de dolor y en la interferencia que causa en su vida, así como mejora su capacidad para la atención plena. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de seguir investigando la relación existente entre el TLP y el dolor crónico, ya que una mayor profundización en los factores explicativos puede permitir diseñar programas transdiagnósticos para ambas patologías o bien elaborar programas de tratamiento en los que se aborden los dos diagnósticos. En esta misma línea, teniendo en cuenta la relación existente entre ambos problemas y la interferencia psicológica que el dolor puede llegar a causar (más si cabe en las personas con TLP), consideramos que el problema de dolor crónico no debería ser obviado en la terapia y tendría que ser tratado como una dificultad de afrontamiento más de las personas con TLP, en aras no solo de ayudarles en el manejo de su percepción, sino también de la sintomatología psicológica.

A pesar de las importantes implicaciones clínicas que tienen los resultados de este estudio, éstos han de ser interpretados con cautela ya que esta investigación cuenta con diferentes limitaciones. Una primera limitación es la variabilidad en los diagnósticos de dolor que presentaban los pacientes y la heterogeneidad con respecto a otros diagnósticos psicológicos comórbidos. Otra cuestión que podría plantear problemas en la generalización de los resultados es que el tamaño de la muestra fue reducido, la variable sexo no fue equitativa, ya que la mayoría de los/las participantes fueron mujeres, y que se trata de una muestra no aleatorizada y no se ha utilizado un grupo control, con el que poder comparar los resultados. Otro aspecto relevante, es el hecho de que los pacientes mantuvieran paralelamente su tratamiento psicológico, farmacológico y programas específicos en el momento en el que el programa era aplicado, lo cual dificulta poder afirmar que todos los cambios producidos se deban a la aplicación del programa REBAP. También destacamos como limitación el empleo del instrumento PAIS, ya que algunos ítems relativos al ámbito sexual o laboral no fueron respondidos por los participantes al no sentirse identificados. Además, también hubiera sido interesante haber incluido en la evaluación instrumentos para analizar la sintomatología característica del TLP. De este modo, podríamos haber obtenido información sobre si este programa también producía algún tipo de cambio en las características propias de estos pacientes.

A este respecto, sería interesante desarrollar investigaciones más rigurosas en las que se realizaran ensayos controlados aleatorizados, y un seguimiento a largo plazo, con tamaños muestrales mayores y con una participación más homogénea de hombres y mujeres.

Referencias

- Anarte, M. T., Ramírez, C., López, A. E. y Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 102-110.
- Anheyer, D., Haller, H., Barth, J., Lauche, R., Dobos, G. y Cramer, H. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction for Treating Low Back Pain. *Annals of Internal Medicine*, 166, 799. doi: 10.7326/m16-1997
- Badia, X., Muriel, C., Gracia, A., Manuel Núñez-Olarte, J., Perulero, N., Carulla, J., Cleeland, C., Badia, X. y Gávlez, R. (2003). Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Medicina Clínica*, 120, 52-59. doi: 10.1016/s0025-7753(03)73601-x
- Bados, A., Solana, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). *Psicothema*, 17, 679-683.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- Bertolín, J.M. (2015). Eficacia-efectividad del programa de Reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35, 289-307. doi: 10.4321/S0211-57352015000200005
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077

- Biskin, R., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. y Zanarini, M.C. (2014). Pain in patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 8*, 218-227. doi: 10.1002/pmh.1265
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Álvarez, C., Benatuil, D. y Mongiello, E. (2004). Índice de calidad de vida: validación en una muestra argentina. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 11*, 1-7.
- Burch, V. y Penman, D. (2017). *Tú no eres tu dolor*. Barcelona: Kairós.
- Cabello, R., Salguero, M. J., Fernández-Berrocal, P. y Gross, J. J. (2013). A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 29*, 234-240. doi: 10.1027/1015-5759/A000150
- Carpenter, R. W., Tragesser, S. L., Lane, S. P. y Trull T. J. (2019). Momentary assessment of everyday physical pain in outpatients with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 10*, 143-153. doi: 10.1037/per0000304
- Cebolla, A., García, A., Soler, J., Guillén, V., Baños, R. y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychological Assessment, 26*, 118-126. doi: 0.4321/S0213-61632012000200005
- Cleeland, E. S. (1989). Measurement of pain by subjective report. En C. R. Chapman y J. D. Loeser (dirs.), *Advances in pain research and therapy, Vol. 12: Issues in pain measurement* (pp. 391-403). Nueva York, NY: Raven.
- Conrad, R., Schilling, G., Bausch, C., Nadstawek, J., Wartenberg, H. C., Wegener, I., Geiser, F., Imbierowicz, K y Liedtke, R. (2007). Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain, 133*, 197-209. doi: 10.1016/j.pain.2007.07.024
- Davis, M. C., Zautra, A. J., Wolf, L. D., Tennen, H. y Yeung, E. W. (2015). Mindfulness and cognitive-behavioral interventions for chronic pain: differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*, 24 -35. doi: 10.1037/a0038200
- Derogatis, L. R. y López, M. C. (1983). *PAISSR - administration scoring and procedural manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Errasti-Pérez, J., Al-Halabi, S., López-Navarro, E. y Pérez-Álvarez, M. (2022). Atención plena (mindfulness): por qué es posible que funcione y por qué es seguro que triunfe. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 31*(1), 235-248. doi: 10.51668/bp.8322112s
- Espejo, J. F. y Conde, M. (2019). Mejora de la calidad de vida en la perimenopausia mediante un programa basado en Mindfulness. *Revista de Psicoterapia, 29*, 131-143.
- Fairbank, J., Frost, H., Wilson- MacDonald, J., Yu, L., Barker, K. y Collins, R. (2005). Randomised controlled trial to compare surgical stabilisation of the lumbar spine with an intensive rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: the MRC spine stabilisation trial. *BMJ, 28*, 1-7. doi: 10.1136/bmj.38441.620417.8F
- Fischer-Kern, M., Kapusta N. D., Doering, S., Hörz S., Mikutta, C. y Aigner, M., (2011). The relationship between personality organization and psychiatric classification in chronic pain patients. *Psychopathology, 44*, 21-6. doi: 10.1159/000317271
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbøl, E., Fink, P. y Walach, H. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124*, 102-19. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x

- García, R. y García, M.V. (2019). Influencia de la atención plena en personal del área de la salud con síndrome de agotamiento profesional (burnout). *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 21 (1), 41-56.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. y Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624.
- González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25, 610-617. doi: 10.1016/S0716-8640(14)70081-1
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Haggard, R., Stowell, A., Gatchel, R., Bernstein, D., Overman, T. y McManemin, Garland, G. (2008). MCMI-III as a method to compare the prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic pain. *The Journal of Pain*, 9, 67.
- Hervás, G., Cebolla, A. y Soler, J., (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clinica y Salud*, 27,115-124. doi: 10.1016/j.clysa.2016.09.002
- Jones, K., Mist S. D., Casselberry, M.A., Ali, A. y Christopher, M. S. (2015). Fibromyalgia impact and mindfulness characteristics in 4986 people with fibromyalgia. *Explore (NY)*, 11, 304-9. doi: 10.1016/j.explore.2015.04.006
- 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, 33-47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney, R. (1985). The clinical use mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190. doi: 10.1007/bf00845519
- Linares, L., Estévez, A., Soler, J. y Cebolla, A. (2016). El papel del mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa. *Clinica y Salud*, 27, 51-56.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford.
- Lovibond, S. H. y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression, Anxiety and Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- MacCoon, D. G., Imel, Z. E., Rosenkranz, M. A., Sheftel, J. G., Weng, H. Y., Sullivan, J. C. ... Lutz, A. (2012). The validation of an active control intervention for Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). *Behavioral Research Therapy*, 50, 3-12. doi: 10.1016/j.brat.2011.10.011
- McCracken, L. M. y Vowles, K., (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain model, process and progress. *American Psychologist*, 69, 178-187.
- Melero, J., Yela, J. R., Crego, A., Corté-Rodríguez, M. y Gómez-Martínez, M. A (2019). Eficacia del programa de reducción de estrés basado en atención plena (REBAP) aplicado a familiares de jugadores patológicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(3), 355-373.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). Spanish version of the Quality of Life Index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 301-305. doi: 10.1097/00005053-200005000-00008
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 31-76.

- Moix, J. y Casado, M. I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22, 41-50.
- Naylor, B., Boag, S. y Gustin, S. M. (2017). New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scandinavian Journal of Pain*, 17(1), 58-67. doi: 10.1016/j.sjpain.2017.07.011
- Navarro, J., Vara, M. D., Cebolla, A. y Baños, R., (2018). Validación psicométrica del Cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA) en población adolescente española. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5, 9-15. doi: 10.21134/rpcna.2018.05.1.1
- Neipp, M. C. (2005). *Creencias de control y afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en la etapa de seguimiento* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Miguel Hernández, España.
- Pbert, L., Madison, J. M., Druker, S., Olendzki, N., Magner, R., Reed, G., Allison, J. y Carmody, J. (2012). Effect of mindfulness training on asthma quality of life and lung function: a randomised controlled trial. *Thorax*, 67, 769-776. doi: 10.1136/thoraxjnl-2011-200253
- Reynolds C. J., Carpenter R. W. y Tragesser S. L. (2018). Accounting for the association between BPD features and chronic pain complaints in a pain patient sample: the role of emotion dysregulation factors. *Personality Disorders*, 9, 284-289. doi: 10.1037/per0000237.
- Sansone, R. A. y Sansone, L. A. (2007). Borderline personality and the pain paradox. *Psychiatry*, 4, 40-46.
- Sansone, R.A. y Sansone, L.A. (2009). Borderline personality and criminality. *Psychiatry*, 6, 16-20.
- Sansone, R. A. y Sansone, L. A. (2012). Chronic pain syndromes and borderline personality. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9, 10-14.
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E. y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 19-26
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2002). CAD. Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 91-107.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2019). Perfiles de personalidad y resiliencia en dolor crónico: utilidad del CDRISC-10 para discriminar los tipos resiliente y vulnerable. *Revista Sociedad Española de Dolor*, 26, 72-80.
- Soriano, J., Monsalve, V., Ibañez, E. y Gómez, P. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema*, 22, 537-542.
- Tragesser, S.L, Bruns,D. y Disorbio,J.M. (2010). Borderline personality disorder features and pain: the mediating role of negative affect in a pain patient sample. *The Clinical Journal of Pain*. 26, 348-53. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181cd1710.
- Wisconsin Medical Society Task Force on Pain Management (2004). *Guidelines for the assessment and management of chronic pain*. *WMI*, 103(3), 13-42.
- Torralba, A., Miquel, A. y Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21, 16-22. doi: 10.4321/S1134-80462014000100003
- Williams A. C., Eccleston, C. y Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14, 1-82. doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub3.

RECIBIDO: 20 de noviembre de 2020

ACEPTADO: 8 de junio de 2021