



**Universidad  
Europea CANARIAS**

**Impacto Psicológico derivado de  
tener una pareja con Trastorno  
Límite de Personalidad. Una  
Propuesta de Intervención  
Multicomponente.**

---

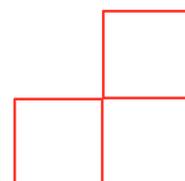
**Trabajo fin de Máster**

---

**Autor/a:** María Pilar Arvelo Benítez    **Tutor/a:** Alberto Vargas Guerrero

**Campus de la Orotava**  
Calle Inocencia García, 1  
38300 la Orotava  
universidadeuropea.com

**Instalaciones de Santa Cruz**  
C/ Valentín Sanz, 27  
38002 Santa Cruz de Tenerife



## Índice

<b>1.</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>9</b>
<b>2.</b>	<b>Diseño del programa.....</b>	<b>17</b>
2.1.	Destinatarios.....	17
2.2.	Objetivos generales y específicos.....	19
2.3.	Hipótesis de intervención.....	20
<b>3.</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>22</b>
3.1.	Diseño.....	22
3.2.	Materiales e instrumentos.....	23
3.2.1.	Instrumentos de evaluación.....	23
3.2.2.	Instrumentos de intervención.....	28
<b>4.</b>	<b>Contenidos y estructuración del programa.....</b>	<b>30</b>
4.1.	Temporalización de las sesiones.....	30
<b>5.</b>	<b>Directrices para la implementación y evaluación del programa de intervención....</b>	<b>32</b>
5.1.	Plan de trabajo y procedimiento.....	32
5.2.	Desarrollo de las sesiones de intervención, evaluación y seguimiento.....	34
<b>6.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>56</b>
<b>7.</b>	<b>Bibliografía.....</b>	<b>58</b>
<b>8.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>69</b>

### Índice de abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
TLP	Trastorno Límite de Personalidad
TBM	Terapia Basada en la Mentalización
TFT	Terapia Focalizada en la Transferencia
TBE	Terapia Basada en los Esquemas
TDC	Terapia Dialéctica Conductual
TCTP	Terapia Conductual Tradicional de Pareja
TIP	Terapia Integrativa de Pareja
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso

*Nota.* Con la finalidad de facilitar la lectura y fluidez del texto, se ha empleado de manera genérica el masculino. No obstante, el empleo de este lenguaje, a lo largo del documento, no pretende excluir a las mujeres u otras identidades de género, reconociendo, por tanto, la importancia de la diversidad y la inclusión.

### Índice de tablas

<b>Tabla</b>	<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
1	Criterios de inclusión y exclusión del programa de intervención.	18
2	Diseño del programa de intervención	22
3	Protocolo de evaluación	26
4	Orden de aplicación del protocolo de evaluación	27
5	Temporalización de las sesiones del programa de intervención	30

## Índice de anexos

<b>Anexo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
I	Terapias relevantes en el tratamiento del TLP	69
II	Consentimiento Informado	71
III	Hipótesis de intervención	72
IV	Entrevista Inicial	74
V	Metáfora de los dos escaladores	77
VI	Procedimiento de introducción a la terapia contextual	78
VII	Ejercicio “Rueda de la Vida”	79
VIII	Metáfora de las arenas movedizas	80
IX	Ejercicio experiencial “las bolitas de papel”	81
X	Metáfora del campo de hoyos	83
XI	Ejercicio experiencial “El nombre de tu madre”	84
XII	Metáfora del tigre hambriento	85
XIII	Ejercicio de solución de problemas	86
XIV	Metáfora del autobús	87
XV	Ejercicio experiencial “Pieza de música”	89
XVI	Hoja de autorregistro emocional	90
XVII	Ejercicio de autoconocimiento	91
XVIII	Ejercicio de estilos de comunicación	92
XIX	Autorregistro de comunicación asertiva	93
XX	Metáfora del tablero de ajedrez	94
XXI	Ejercicio del observador	95
XXII	Meditación del cuerpo o body-scan	96
XXIII	Role playing de asertividad sexual	97



XIV	Listado de situaciones de manipulación emocional	98
XV	Análisis funcional	99
XVI	Metáfora del jardín	100
XVII	Ejercicio de balance coste-beneficios	102
XVIII	Ejercicio ¿Para qué quieres tu vida?	103
XXIX	Metáfora del lodo	105

---

## Resumen

El trastorno límite de personalidad (TLP) es un trastorno mental grave, crónico y de alta complejidad, que se caracteriza por una inestabilidad psicológica, desregulación de las emociones, elevada impulsividad y problemas en las relaciones interpersonales. La escasa investigación existente confirma que los patrones conductuales asociados al trastorno conllevan, para sus parejas, una serie de consecuencias psicológicas que incluyen una disminución de la autoestima, adopción de roles de cuidadores emocionales, renuncia de las propias necesidades, riesgo de sufrir violencia, establecimiento de relaciones de codependencia y menor satisfacción emocional. El objetivo del presente trabajo será realizar una propuesta de intervención de tipo integral, destinada a paliar estas secuelas psicológicas en las parejas de personas diagnosticadas con TLP pertenecientes a la asociación “TLP Impulso”. El programa estará destinado a una muestra de 20 personas, con edades comprendidas entre los 20 y 35 años, contará con un total de 24 sesiones, con una duración aproximada de un año y medio, y se abordará desde una perspectiva longitudinal con medidas repetidas pre y post test para valorar su eficacia. La principal fortaleza de este estudio, es el empleo de un enfoque no solo paliativo, sino también preventivo. Dentro de las limitaciones, se encuentran la escasa información actualizada sobre esta problemática, ausencia de grupo control y el posible sesgo de deseabilidad social. En conclusión, el presente trabajo pretende ser eficaz para disminuir la sintomatología asociada y mejorar la calidad de vida de estas personas, sirviendo como precedente para visibilizar el impacto del TLP en las parejas.

**Palabras clave:** ACT, Calidad de Vida, Evitación Experiencial, Relación de pareja, Trastorno Límite de Personalidad.

### **Abstract**

Borderline Personality Disorder (BPD) is a chronic, severe and highly complex mental disorder characterized by emotional dysregulation, psychological instability, high impulsivity and interpersonal relationship problems. Several studies have confirmed that the behavioral patterns associated with BPD lead to various psychological consequences for their partners such as decreased self-esteem, taking the role of emotional caregiver, neglect of personal needs, risk of suffering violence, building codependent relationships and lower emotional satisfaction. The aim of this study is to propose a comprehensive intervention aimed at reducing these psychological consequences in partners of individuals diagnosed with BPD who belong to the “TLP Impulso” association. The program will involve 20 people aged between 20 and 35 years old and will take a total of 24 sessions over approximately one and a half years. It will be approached from a longitudinal perspective with repeated measures before and after the test to evaluate its effectiveness. The main strength of this study is that it adopts a preventive as well as a palliative approach. Limitations include the lack of updated information on the topic, the lack of a control group and the possibility of social desirability bias. In conclusion, this study aims effectively reduce associated symptoms, improve the quality of life for these people and serves as a precedent to highlight the impact of BPD on partners.

**Keywords:** ACT, Quality of Life, Experiential Avoidance, Relationship, Borderline Personality Disorder

## 1. Introducción

El trastorno límite de personalidad (en lo sucesivo, TLP) es un trastorno mental grave, crónico, de alta complejidad y prevalencia (American Psychiatric Association [APA], 2022). Este trastorno es el resultado de la combinación de factores biológicos, fisiológicos, conductuales y psicológicos (Arias, 2017) y se caracteriza por una inestabilidad psicológica, desregulación de las emociones, elevada impulsividad y problemas en las relaciones interpersonales (Chapman, 2019; Luyten et al., 2019). Las características de personalidad asociadas a este trastorno lo convierten en uno de los trastornos con mayor empleo de recursos sociosanitarios y con mayor tasa de morbimortalidad, siendo relevante un diagnóstico precoz y una adecuada intervención para reducir las consecuencias económicas y sociales como la discapacidad funcional persistente, el abandono escolar, el desempleo y la sobrecarga emocional de los familiares (Chanen et al., 2017).

A nivel mundial, los trastornos de la personalidad presentan una prevalencia del 10,5% (APA, 2022). Mientras que, en España, se ha encontrado una prevalencia del 7% (Ministerio de Sanidad, 2021). Particularmente, se estima una prevalencia media de 3,6% para los trastornos del grupo A, del 4,5% para los del grupo B y 2,8% para los del grupo C (APA, 2022). En lo que respecta al TLP, en población general se estima una prevalencia entre el 1,6%-5,9%. No obstante, esta cifra asciende a un 6% en atención primaria, un 10% en los centros de salud mental y entre un 20% - 32% en pacientes psiquiátricos hospitalizados (APA, 2022; Agudelo, 2023). Sin embargo, la prevalencia de este trastorno suele disminuir en los grupos de mayor edad (APA, 2014). Concretamente, a partir de los 35-40 años el trastorno se estabiliza y los síntomas se suavizan, especialmente la impulsividad (Corchero, et al. 2012). Por lo tanto, las manifestaciones de este trastorno son características en edades tempranas, con un agravamiento de los síntomas entre los 20 y 35 años, afectando, en mayor medida, a las mujeres con una probabilidad tres veces mayor que los hombres de ser diagnosticadas (Corchero, et al.2012; Agudelo, 2023).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición revisada (DSM-5-TR, 2022) clasifica el TLP dentro del Grupo B de trastorno de la personalidad. Las personas en este grupo de trastornos se caracterizan por ser dramáticas, emocionales o erráticas. Según este manual, el TLP se define como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en los afectos, así como, una elevada impulsividad con inicio en las primeras etapas de la vida adulta que se manifiesta en diferentes contextos. Las principales características diagnósticas de este trastorno incluyen elevados esfuerzos para evitar el abandono, un patrón de relaciones inestables e intensas, elevada impulsividad en diferentes ámbitos que incluyen conductas dañinas, comportamientos suicidas o de automutilación, inestabilidad afectiva, sentimiento permanente de vacío, dificultades para el control de la ira e ideación paranoide o síntomas disociativos relacionados con el estrés (APA, 2022).

Frecuentemente, estos síntomas se han organizado en cuatro grupos o categorías: Síntomas de desregulación emocional, impulsividad, alteraciones de la identidad y por último, disfunciones interpersonales. Cada grupo de síntomas se relaciona con diversos comportamientos (Cavazzi y Becerra, 2015; Gunderson et al., 2011; Sebastian et al., 2013).

En primer lugar, el grupo de síntomas relacionados con la desregulación emocional se asocian con una elevada sensibilidad emocional basal e hiperreactividad emocional, que conllevan reacciones rápidas e inmediatas ante diversos estímulos, una respuesta emocional extrema y reacciones emocionales duraderas (Kuo y Linehan, 2009). Por su parte, la elevada impulsividad está relacionada con multitud de comportamientos disruptivos que abarcan desde las autolesiones, los comportamientos agresivos, las conductas adictivas, así como, los problemas en las relaciones sentimentales que conllevan patrones de rupturas y reconciliaciones (Cyders et al., 2009; Sebastián et al., 2013). Específicamente, el 90% de las personas que padecen TLP han presentado conductas parasuicidas (conductas destinadas a causar cualquier tipo de daño físico o emocional, sin intención



de morir); entre el 60% y el 70% han manifestado gestos autolíticos, mientras que entre el 8% y el 10% de las personas con TLP han logrado consumir el suicidio (Agudelo, 2023; Vera-Varela et al., 2019). A pesar de que la mayoría de los intentos se corresponden con eventos de elevada intensidad, aunque baja letalidad, producen un impacto considerable en la salud, la calidad de vida, el sistema sanitario y el entorno del paciente (Agudelo, 2023). Por otro lado, las alteraciones para el logro de la integración y consolidación de la identidad determinarán el funcionamiento psíquico e interpersonal y se relacionan con las complicaciones en mentalización, que son clave en los conflictos que se dan en las relaciones interpersonales, las dificultades en el entendimiento y el distanciamiento emocional (Sollberger et al., 2012; Richetin et al., 2017). Por último, en lo que respecta a las disfunciones interpersonales, estas personas se caracterizan por establecer patrones de apegos inseguros, con elevada dependencia e inestabilidad (Navarro, 2020). En consecuencia, todas estas manifestaciones características del TLP, no solo afectan a las personas que padecen el trastorno, sino que también afectan a sus relaciones de pareja y relaciones más cercanas (Chanen y Thompson, 2016; Van Zutphen et al., 2015).

Las relaciones de pareja de las personas con TLP se caracterizan por presentar una menor duración en el tiempo (duración media de 6 meses), una elevada tasa de promiscuidad asociada al trastorno (por el elevado aumento en el número de relaciones de pareja que se establecen), mayor frecuencia de comportamientos de riesgo sexuales (mayor contagio de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados; Bégin et al., 2022), un inicio más precoz de las relaciones (Thompson et al., 2017), establecimientos de estilos de apego ansiosos (Navarro-Gómez, et al., 2017; Steele, et al., 2015) y un mayor riesgo de coacción sexual y violación (Frías et al., 2016; Willis y Nelson-Gray, 2017).

Las alteraciones interpersonales, la inestabilidad en el afecto, la elevada impulsividad y las disfunciones en la identidad son variables significativas para la ocurrencia de violencia de pareja

(Krause-Utz et al., 2021). Por lo tanto, los rasgos límites se han asociado con diversas formas de agresión o maltrato, que abarcan desde la violencia psicológica hasta la violencia sexual o física (Armenti et al., 2018; Armenti y Babcock, 2021; Munro y Shellbom, 2020; Mackay et al., 2018; Jose et al., 2021). Algunos autores incluso consideran el TLP como el trastorno de personalidad con mayor riesgo y frecuencia de ejercer violencia de pareja, independientemente del género (González et al., 2016). Algunos estudios en Illinois han establecido que entre el 20% y el 60% de estas parejas presentan agresión física y el 80% agresión verbal (Eckhardt y Crane, 2015).

En lo que respecta al estilo de vinculación, la mayoría de las personas con TLP muestran un estilo de apego inseguro (Sánchez y Vega, 2013; Steele et al., 2015), que se relaciona con menor capacidad de compromiso, mayor insatisfacción sexual y dependencia en las relaciones (Diamond y Meehan, 2013). Mientras que el estilo de apego evitativo promueve un patrón recurrente de rupturas y reconciliaciones, el apego ambivalente se ha relacionado con las estrategias de comunicación pasivo-agresivas y con el empleo de estrategias de manipulación contra la pareja (Schmid et al., 2015; Hiraoka et al., 2016). Las estrategias de manipulación pueden incluir el empleo de conductas autolesivas, como una forma de comunicación o como un método de dominio interpersonal por miedo al abandono (Klonsky y Gleen, 2009, citados en Duarte et al., 2019). Estas conductas son intencionales y consisten en impartir algún tipo de daño en el cuerpo, como cortes, quemaduras, lesiones en la piel, consumo de fármacos y golpes (Duarte, et al., 2019). A pesar de que estas conductas no se llevan a cabo con la intención de morir, pueden aumentar la probabilidad de llevar a cabo el suicidio (Alberdi-Páramo et al., 2021; López-Millán y Román-Sánchez, 2021). Asimismo, estas estrategias de manipulación aumentan la probabilidad de aparición de conductas agresivas y de ruptura sentimental (Cheavens et al., 2014; Hiraoka et al., 2016).

A pesar de que existe escasa investigación sobre las consecuencias del mantenimiento de relaciones de pareja con una persona que padece TLP (Navarro, 2020), las características

disfuncionales de estas relaciones conllevan, para sus parejas, una serie de consecuencias psicológicas que incluyen una disminución de la autoestima, adopción de roles de cuidadores emocionales ante la percepción de indefensión de las personas con TLP (Navarro, 2020), renuncia de las propias necesidades (pérdida de la orientación a valores con acciones valiosas para ellos), riesgo de sufrir violencia y ser víctimas del empleo de técnicas coercitivas o chantaje emocional, establecimiento de relaciones de codependencia, instauración de estilos de comunicación evitativos con la finalidad de disminuir los conflictos recurrentes, menor satisfacción emocional (Bouchard *et al.*, 2009) y presencia de estilos de vinculación ansiosa (Weinstein *et al.*, 2012). Algunos autores han identificado los conflictos sentimentales con las parejas como desencadenantes de las crisis emocionales en las personas que padecen TLP (Daley *et al.*, 2000). Asimismo, la satisfacción y el bienestar emocional se han relacionado con la satisfacción sexual, destacando la importancia de la intervención en otros aspectos nucleares del trastorno para lograr una mejora en las relaciones de pareja (Cheavens *et al.*, 2014).

Para la intervención de esta problemática, se han empleado los psicofármacos como coadyuvantes, especialmente en momentos agudos del trastorno o ante síntomas graves (Agudelo, 2023). Los psicofármacos más empleados son los estabilizadores del estado de ánimo, los antidepresivos, los ansiolíticos y los neurolépticos (Corchero, 2012), logrando beneficios sobre todo en la impulsividad, los síntomas psicóticos, la inestabilidad afectiva y el estado de ánimo depresivo (Cuevas, *et al.*, 2012). Sin embargo, el tratamiento de elección es la psicoterapia, en modalidad individual y grupal (Alarcón *et al.*, 2009).

Según Navarro (2020) existen cuatro terapias especialmente relevantes en el tratamiento del TLP. La Terapia Basada en la Mentalización (TBM; Fonagy y Bateman, 2004), la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT; Kernberg *et al.*, 1972), la Terapia Basada en los Esquemas (TBE; Young, 2003) y la Terapia Dialéctico Conductual (DBT, por sus siglas en inglés; Linehan,



1993). Para obtener información más detallada de estas terapias, remito al *Anexo I*.

Actualmente, la DBT, perteneciente a las terapias de tercera generación, es la que mayor evidencia empírica ha alcanzado (Aguledo, 2023). Esta terapia posee un origen integrador que combina aspectos de la terapia cognitivo-conductual, la filosofía dialéctica y la práctica Zen. La DBT considera que las alteraciones propias del TLP son derivadas de un ambiente invalidante que refuerza estas conductas desadaptativas. Por lo tanto, el objetivo de esta terapia se centra en lograr un aumento de la motivación al cambio y una aceptación emocional de las experiencias a través del entrenamiento en otras habilidades más funcionales (conciencia plena, asertividad, habilidades sociales, gestión de la ansiedad y regulación de las emociones) siguiendo un orden jerárquico en función de la urgencia de tratamiento, con el fin de mejorar las relaciones intra e interpersonales y lograr la disminución de las conductas que interfieren negativamente con el éxito de la terapia (Cuevas, et al., 2012). La DBT incluye varias modalidades de tratamiento como la terapia individual, grupal, fármacos y equipos de trabajo junto con asistencia telefónica y psicoeducación para los familiares (Vanegas et al., 2017). Esta terapia se ha mostrado eficaz para mejorar la desregulación de las emociones, lograr mejorar la identidad personal y disminuir los episodios disociativos, las conductas autolesivas, las conductas adictivas, el número de hospitalizaciones y el número de abandonos (Cuevas et al., 2012).

Sin embargo, a pesar de que estas terapias pueden ayudar en algunos aspectos relacionados con las relaciones interpersonales, no existe una terapia específica destinada a parejas con TLP. Por lo tanto, sería relevante tener en consideración otras intervenciones psicológicas específicas para las relaciones de parejas. Algunas terapias que podrían ser eficaces son la Terapia Conductual Tradicional de Pareja (TCTP) de Baucom y Epstein y la Terapia Integrativa de Parejas (TIP) de Jacobson y Christensen (Navarro, 2020).

La TIP forma parte de las terapias de tercera generación (Perissutti y Barraca, 2013) y



emplea estrategias de cambio propias de la TCTP y estrategias destinadas a la gestión de problemas persistentes a través de la aceptación y tolerancia propias de la TIP (Barraca y Sánchez, 2019). El principal objetivo de esta terapia es lograr el equilibrio entre el cambio y la aceptación de la pareja para fomentar la cohesión e intimidad de los miembros (Barraca, 2015). Para lograr este objetivo se analizan las conductas problemáticas, tanto individuales, como de intercambio, como los determinantes contextuales que puedan estar generando conflictos en la pareja para aprender de estas situaciones y producir cambios en las dinámicas disfuncionales (Atkins et al., 2005; Barrero, 2008). La TIP se ha mostrado eficaz para disminuir los problemas maritales, aumentar la aceptación y tolerancia, mejorar el bienestar psicológico y disminuir los problemas derivados de las separaciones (Allen et al., 2022; Heidari et al., 2021; Cuenca et al., 2023).

Otra terapia de tercera generación que ha mostrado su utilidad en la gestión de conflictos de pareja es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) de Hayes, Strosahl, y Wilson (Beltrán, 2022). Desde la ACT, consideran que el origen y mantenimiento de los conflictos se deben a la evitación experiencial y las estrategias de control (Peterson et al. 2009). El objetivo de esta terapia es lograr la flexibilidad psicológica interviniendo sobre los procesos de aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo como contexto, acciones comprometidas y clarificación (Lawrence et al., 2022). La mejora en estos aspectos implica la adopción de una perspectiva más flexible en las relaciones, disminuyendo los intentos de control o cambio (Lev y Mckay, 2017), fomentando la aceptación de las experiencias y la presencia en el momento presente (Walser y Westrup, 2009) y la actuación en base a los propios valores importantes para cada miembro de la pareja, lo que proporciona motivación para instaurar nuevos patrones comportamentales relacionales (Lev y Mckay, 2017). Por tanto, la finalidad de la ACT no es modificar las expectativas de cambio respecto a la pareja, sino dotar de estrategias para lograr la realización personal, mejorar el compromiso y una efectiva resolución de conflictos (Lawrence et al., 2022; Beltrán, 2022).

Por todo lo expuesto anteriormente, el objetivo de este trabajo será realizar una propuesta de intervención, previa evaluación, destinada a las parejas de personas diagnosticadas con TLP. La necesidad de esta propuesta de intervención se deriva de las numerosas complicaciones, como la pérdida de valores, el riesgo de violencia, el elevado impacto emocional y en la calidad de vida de estas personas. Por lo tanto, es fundamental paliar el impacto psicológico derivado del mantenimiento de estas relaciones y proporcionar estrategias para lograr un mayor manejo del trastorno y de la dinámica de las interacciones.

## 2. Diseño del programa

### 2.1. Destinatarios

El programa de intervención estará dirigido a las parejas de personas con TLP que pertenezcan a la asociación “TLP Impulso”, que se encuentra ubicada en Santa Cruz de Tenerife, y cuya labor consiste en ofrecer apoyo continuado, tanto a los pacientes como a los familiares, para lograr mejorar la calidad de vida de ambos.

La muestra estará formada por un máximo de 20 personas, con edades comprendidas entre los 20 y 35 años, ya que se corresponde con las edades de mayor afectación y virulencia del trastorno (Corchero, et al., 2012).

Asimismo, los participantes deberán cumplir con unos determinados criterios de inclusión y exclusión para formar parte de la intervención. Los participantes deberán residir en la isla de Tenerife en el momento de la intervención y posterior seguimiento, ser hispanohablantes, acudir voluntariamente y firmar el consentimiento informado (*Anexo II*), no padecer ni estar diagnosticado de un trastorno mental grave o de la personalidad, afectación o enfermedad que implique un deterioro cognitivo o consumir drogas y/o psicofármacos en el momento actual.

En esta línea, y en relación a las parejas de los participantes, éstas deben estar previamente diagnosticadas con TLP en base a los criterios establecidos por el DSM-5-TR (APA, 2022) y presentar al menos un episodio reciente de desajuste emocional, inestabilidad psicológica, impulsividad o problemas en las relaciones interpersonales, en los últimos seis meses. No obstante, se presupone que las personas diagnosticadas con dicho trastorno, y que forman parte de la asociación, están en seguimiento y tratamiento psicológico. En caso contrario, se recomienda derivar para comenzar una intervención psicológica específica para TLP. Asimismo, a pesar de que la media de tiempo de estas relaciones, según la literatura científica, se ha establecido en 6 meses,

será un requisito determinante que las parejas estén consolidadas y convivan en el mismo domicilio, con al menos un año de duración, ya que en este periodo de tiempo es probable que se desarrolle mayor desregulación emocional y conflictos relacionales (Bégin et al., 2022). En este sentido, las parejas deben de carecer de descendencia, debido a que la existencia de hijos puede implicar cambios en los roles, responsabilidades y en las motivaciones para el mantenimiento de la relación (Silva y Vázquez, 2016; Sánchez, 2018), además de requerir una intervención más específica y orientada a otros objetivos.

A continuación, se adjunta la tabla con los criterios de inclusión y exclusión seleccionados para la intervención, con el fin de facilitar su lectura.

**Tabla 1**

*Criterios de inclusión y exclusión del programa de intervención.*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Edad comprendida entre los 20 y 35 años.	Edades inferiores a 20 años y superiores a 35 años.
Residentes en la isla de Tenerife durante la intervención y posterior seguimiento.	No residir en la isla de Tenerife.
Hablar castellano con fluidez para evitar barreras idiomáticas.	No hablar castellano.
Participar de manera voluntaria y firmar el consentimiento informado elaborado para la intervención.	Participar en contra de su voluntad y/o no firmar el consentimiento informado para la trata de sus datos.
Ausencia de trastorno mental grave o de la personalidad.	Estar diagnosticado con algún trastorno mental grave o de la personalidad según los criterios DSM-5-TR.
Ausencia de deterioro cognitivo.	Presencia de deterioro cognitivo.
No consumir drogas o estar en tratamiento psicofarmacológico.	Consumo de drogas y/o psicofármacos en el momento actual.
La pareja debe haber sido diagnosticada con TLP en base a los criterios del DSM-5-TR.	La pareja no ha sido diagnosticada previamente con TLP en base a los criterios del DSM-5-TR.

La pareja debe haber sufrido al menos un episodio en los últimos 6 meses de intensificación de la sintomatología.

Las parejas deben llevar mínimo 1 año de relación y convivir en el mismo domicilio.

Ausencia de descendencia.

Permanecer en una fase estable del trastorno, sin presencia de sintomatología significativa en los últimos 6 meses.

Mantener una relación con una duración inferior al año o residir en domicilios diferentes.

Parejas con hijos a su cargo.

---

## **2.2. Objetivos generales y específicos.**

El objetivo general es mejorar la calidad de las relaciones y la calidad de vida de las parejas de personas con TLP, para disminuir el impacto psicológico derivado del mantenimiento de estas relaciones.

Los objetivos específicos que se plantean para lograr esta mejora son los siguientes:

1. Destinados a mejorar la conciencia del trastorno y reducir el impacto emocional:

- Aumentar la información acerca del trastorno y las conductas asociadas.
- Aumentar la consciencia y gestión emocional.
- Mejorar la autoestima y el autoconcepto.
- Disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva.
- Proporcionar educación sexual adecuada.

2. Destinados a proporcionar estrategias o habilidades para el manejo de las distintas situaciones:

- Proporcionar estrategias adecuadas de comunicación asertivas para reducir la evitación.
- Proporcionar estrategias de resolución de problemas o conflictos.

- Proporcionar estrategias de actuación eficaces frente a la manipulación emocional.

3. Destinados a mejorar la dinámica e intercambios en la relación:

- Potenciar el compromiso en la relación.
- Disminuir la dependencia emocional.
- Instaurar un vínculo de apego seguro.
- Disminuir los intercambios agresivos y los estilos de comunicación pasivo-agresivos.
- Aumentar la satisfacción y asertividad sexual

4. Destinados a mejorar la calidad de vida.

- Concienciar sobre el impacto que las dinámicas relacionales generan en su calidad de vida.
- Diferenciación entre el “yo como contenido” del “yo como contexto” para lograr flexibilidad en la autoimagen y comportamientos, más allá del rol actual.
- Clarificación y establecimiento de los valores personales.
- Lograr conexión entre los valores personales y las conductas operativizadas para lograrlos.

### **2.3. Hipótesis de intervención**

La hipótesis de partida del presente trabajo plantea la existencia de secuelas psicológicas que afectan a la calidad de las relaciones y la calidad de vida de las parejas de personas que presentan TLP, debido al impacto emocional que generan esta problemática. Se espera que esta propuesta de intervención dote a estas parejas de herramientas de gestión emocional que permitan abordar los episodios de labilidad emocional y conductas disfuncionales adheridas, además de producir una mejoría significativa en las distintas áreas propuestas en los objetivos específicos.



**Universidad  
Europea** CANARIAS

Remito al *Anexo III* para profundizar en las hipótesis específicas.

### 3. Metodología

#### 3.1. Diseño

El presente programa de intervención se abordará desde una perspectiva longitudinal con medidas repetidas pre y post test, con la finalidad de comparar los efectos obtenidos tras la implementación de la intervención. Por lo tanto, la intervención contará con una temporalización en tres etapas (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Diseño del programa de intervención*

<b>Temporalidad</b>	<b>Procedimiento</b>
<b>Primera etapa: Pre - tratamiento</b>	
0 meses	Cribado de los participantes
0 meses	Evaluación pre-tratamiento
<b>Segunda etapa: Tratamiento</b>	
0 a 4 meses	Implementación del programa de intervención
<b>Tercera etapa: Post - tratamiento</b>	
1 semana tras la intervención	Evaluación post-intervención
1 mes tras la intervención	Seguimiento presencial
3 meses tras la intervención	Seguimiento presencial
6 meses tras la intervención	Seguimiento presencial
12 meses tras la intervención	Seguimiento presencial

En relación con las variables de estudio del programa, se tomará, como variable independiente, la intervención individual desde una perspectiva multicomponente.

En esta misma línea, las variables dependientes serán el estilo de comunicación, la capacidad de resolución de conflictos, sintomatología ansiosa-depresiva y sobrecarga emocional, la calidad de vida, la evitación experiencial y la autoestima, todas ellas evaluadas a través de pruebas



estandarizadas (Tabla 3).

Por último, resaltar que, la intervención, adoptará tanto un enfoque paliativo, para disminuir las secuelas ya presentes, como preventivo, para dotar a los participantes de estrategias que disminuyan la aparición de nuevas problemáticas.

### **3.2. Materiales e instrumentos.**

#### **3.2.1. Instrumentos de evaluación.**

En primer lugar, para realizar la evaluación de cribado inicial se emplearán las siguientes pruebas:

- **Entrevista inicial semiestructurada:** Entrevista de elaboración específica para este estudio (*Anexo IV*), diseñada para valorar el perfil de los participantes, los aspectos sociodemográficos y el cumplimiento de los criterios, a nivel cualitativo, de inclusión y exclusión.
- **International Personality Disorder Examination (IPDE; Loranger y cols., 1995):**  
Cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM-5, en su adaptación al español (Gutiérrez y cols., 2015), que permite identificar y evaluar los rasgos asociados a los trastornos desde las diversas áreas de funcionamiento de la personalidad, como propone la perspectiva dimensional del DSM-5-TR. Esta versión cuenta con 99 ítems agrupados en 6 áreas: trabajo, uno mismo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos (Alvaro y Vegue, 2008). Este cuestionario presenta propiedades psicométricas adecuadas con una fiabilidad de 0,72 (Sanchez y cols., 2020).
- **Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine y cols., 2005):** en su adaptación al español Evaluación Cognitiva de Montreal (Costa y cols., 2017), que consta de 30 ítems que evalúan disfunciones cognitivas leves y proporciona una visión general del estado cognitivo a través de 8 áreas: atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje,

capacidades visoconstructivas, cálculo y orientación. Esta prueba presenta una elevada consistencia interna de 0.76, fiabilidad test retest de 0.92 e inter examinadores de 0.91 (Carcavilla, 2020).

- **Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90; Derogatis y cols., 1977)**: en su versión adaptada al español de González de Rivera y cols. Esta prueba evalúa características psicopatológicas y el malestar psicológico o distress, a través de 90 ítems que conforman 9 dimensiones sintomatológicas (Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) y 3 índices globales de malestar (el índice global de severidad (GSI), el índice de malestar sintomático positivo (PSDI) y el total de síntomas positivos (PST)) (Caparrós-Caparrós et al., 2007). Los coeficientes de fiabilidad de la versión española son satisfactorios con unos valores que oscilan entre 0.69 y 0.85 (González de Rivera, et al., 2002).

Tras la realización del cribado, se procederá a realizar la evaluación pre y post-tratamiento con la muestra seleccionada, en base a los criterios establecidos, para obtener la línea base y posterior análisis comparativo de las variables dependientes. Con este fin se hará uso de las siguientes pruebas:

- **Cuestionario de patrones de comunicación (The Communication Patterns Questionnaire (CPQ); Christensen y Sullaway, 1984)**: Este cuestionario consta de 28 ítems, que evalúan la secuencia temporal de las interacciones a través de las percepciones sobre los patrones propios y los de su pareja en los conflictos y se compone de 3 subescalas: comunicación constructiva mutua, evitación/retirada mutua y demanda/retirada. Esta prueba cuenta con una adecuada fiabilidad que oscila entre 0.62 y 0.84 (Montes-Berges, 2009).
- **Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier 1976)**: En su adaptación al español Escala de Ajuste Diádico (Martín y cols., 2005). Esta escala consta de 32 ítems, que evalúan de forma

global el grado de armonía o ajuste de las parejas que conviven juntas, a través de 4 dimensiones: consenso, cohesión, satisfacción y expresión de afecto. Las puntuaciones más elevadas (punto de corte 100) distinguen a parejas armoniosas de parejas con problemas. La fiabilidad de esta prueba oscila entre 0.69 y 0.94 (Santos et al., 2009).

- **Escala de estrategia de los conflictos (Conflict Tactics-Scales: CTS -2; Strauss y cols., 1996):** Esta escala consta de 78 ítems, que evalúan la forma de solucionar conflictos en las parejas. Esta prueba posee 5 subescalas: violencia física, coacción sexual, agresión psicológica, daños y negociación. Por lo tanto, en esta segunda revisión, no solo se incluyen las estrategias de razonamiento y negociación para resolver conflictos, sino que añade escalas de coerción sexual y lesiones físicas, permitiendo distinguir los niveles de gravedad de las agresiones físicas y psicológicas. El instrumento ha mostrado una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.89) (Barría, 2014).
- **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Depression Inventory; Beck y cols., 1996):** Adaptación española de Sanz y cols. 2003, que consta de 21 ítems que evalúan la gravedad e intensidad de la sintomatología depresiva. Esta prueba presenta una elevada fiabilidad de 0.90 (Ibañez, et al., 2010).
- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; State-Trait Anxiety Inventory; Spielberg, 1970):** En su adaptación española de Spielberger y Díaz-Guerrero en 1975. Este cuestionario está compuesto por 40 ítems, que evalúan dos dimensiones de la ansiedad: Ansiedad como Rasgo o inclinación a experimentar sintomatología ansiosa de forma continua y Ansiedad como Estado o respuesta transitoria (Martínez et al., 2013). Este inventario cuenta con una elevada fiabilidad con valores que oscilan entre 0.90 y 0.94 (Ruiz, 2022).
- **Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q; Lehman y cols., 1998),** en su adaptación al español Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y

Placer (Bobes et al., 2004): Esta prueba está conformada por 93 ítems, que evalúan la percepción de la persona sobre su calidad de vida en varias áreas: estado de ánimo, estado de salud física, actividades de tiempo libre, trabajo, actividades del hogar, relaciones sociales y relaciones generales (Garzón-Vera, 2017). Este cuestionario ha mostrado un significativo Alfa de Cronbach de 0,78 o superior (Zubaran, et al., 2009).

- **Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II; Hayes y cols., 2004)** en su versión adaptada al español (Ruiz y cols., 2013): Esta prueba consta de 7 ítems que evalúan la evitación experiencial y flexibilidad psicológica (Espinosa, 2010). Las propiedades psicométricas son adecuadas, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0,82 (Durán et al., 2015).
- **Hurlbert Index of Sexual Assertiveness (HISA; Hurlbert, 1991)**: en su adaptación al español Índice Hurlbert de Asertividad Sexual (HISA; Santos-Iglesias et al., 2010). Esta prueba está compuesta por 25 ítems, que evalúan de manera global el grado de asertividad sexual en las parejas. Esta prueba presenta una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.90) (Sierra et al., 2008).
- **Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE; Rosenberg, 1965)**: Esta prueba consta de 10 ítems, que evalúan el grado de satisfacción personal. Puntuaciones más elevadas indican mayor grado de autoestima. Esta escala ha obtenido una adecuada fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,84) (Sierra et al., 2008).

A modo de resumen, para facilitar el acceso y comprensión del proceso de evaluación, se muestra en la *Tabla 3* el protocolo de evaluación completo incluyendo la fase de cribado.

**Tabla 3**

*Protocolo de evaluación*

<b>Fase</b>	<b>Prueba</b>	<b>Variable</b>	<b>Duración</b>
	Entrevista semiestructurada	Perfil, aspectos sociodemográficos y cumplimiento criterios.	20 min

Cribado	IPDE (López-Ibor y cols., 1996)	Rasgos y conductas relevantes para trastorno de personalidad	60 -90 min
	MoCA (Costa y cols., 2017)	Estado cognitivo	10 min
	SCL-90 (Derogatis y cols., 1977)	Características psicopatológicas y distrés	30 - 60 min
Evaluación psicológica	CPQ (Christensen y Sullaway, 1984)	Patrones de comunicación en parejas	20 min
	DAS (Martín y cols., 2005)	Ajuste y armonía en la pareja	30 min
	CTS -2 (Strauss y cols., 1996)	Estrategias de resolución de conflictos en pareja	35 min
	BDI-II (Beck y cols., 1996)	Sintomatología depresiva	10 min
	STAI (Spielberg, 1970)	Sintomatología ansiosa	5-10 min
	Q-Les-Q (Lehman y cols., 1998)	Calidad de vida	60 min
	AAQ-II (Hayes y cols., 2004)	Evitación experiencial y flexibilidad cognitiva	10 min
	HISA (Santos-Iglesias et al., 2010)	Asertividad sexual en parejas	15 -20 min
	RSE (Rosenberg, 1965)	Autoestima	5 min

Por último, en la *Tabla 4*, se adjunta el orden de aplicación del protocolo de evaluación en cada una de las fases de la intervención..

#### **Tabla 4**

*Orden de aplicación del protocolo de evaluación*

Temporalización de la evaluación	Pruebas administradas
Evaluación de Cribado	Entrevista semiestructurada IPDE MOCA SCL-90
1º Sesión de evaluación pre-intervención (Sesión 2)	CPQ DAS CTS2 BDI II STAI
2º Sesión de evaluación pre-intervención (Sesión 3)	Q-Les-Q AAQ-II HISA RSE
1º Sesión de evaluación post-intervención (Sesión 19)	CPQ DAS CTS2 BDI II STAI
2ª Sesión de evaluación post-intervención (Sesión 20)	Q-Les-Q AAQ-II HISA RSE

Los datos cuantitativos obtenidos de las pruebas psicométricas en la evaluación pre y post-tratamiento, se someterán a un análisis estadístico con el software IBM SPSS Statistics (Versión 29.0).

### 3.2.2. Instrumentos de intervención.

Los instrumentos y materiales necesarios para la implementación del programa de intervención son:

- **Medios materiales:** Para el desarrollo de las sesiones, se requerirá de acceso a un ordenador e impresora para proporcionar las distintas actividades o documentos en formato papel. Por lo tanto, será necesario también material de papelería como folios, lápices, etc. Asimismo, se requiere el acceso a medios audiovisuales para apoyar las distintas actividades o

explicaciones facilitando su comprensión.

- **Medios físicos:** Para la implementación de las sesiones será necesario disponer de una sala que permita desarrollar las diferentes actividades, garantizando las condiciones adecuadas de luminosidad, control de ruido y temperatura para reducir al máximo posible los distractores externos.
- **Medios humanos:** El proceso de evaluación y de intervención deberá ser implementado por un psicólogo/a que cuente con la habilitación sanitaria y formación en terapias de tercera generación, de pareja y de trastornos de personalidad.

**4. Contenidos y estructuración del programa.**

**4.1. Temporalización de las sesiones.**

El programa de intervención se extenderá a lo largo de 1 año y 4 meses, incluyendo la fase de cribado, evaluación pre y post-intervención, la fase de intervención psicológica y el seguimiento.

En lo que respecta a la fase de cribado, se desarrollará a lo largo de dos sesiones de dos horas de duración aproximadamente, adaptándonos a las particularidades de cada paciente. Tras la selección de los participantes, se iniciará, dos semanas después, la evaluación pre-intervención que tendrá lugar a lo largo de dos sesiones de una hora y media de duración.

Una vez establecida la línea base de las variables dependientes, se implementará el programa de intervención, que tendrá una duración de 4 meses, e incluye un total de 24 sesiones, con una frecuencia semanal y una duración de una hora. Tras la implementación de la intervención, se realizará la evaluación post-tratamiento a lo largo de dos sesiones de dos horas de duración en la misma semana.

Por último, se desarrollarán cuatro sesiones de seguimiento, que tendrán lugar al mes de la finalización de la intervención, a los tres meses, a los seis meses y a los doce meses. A continuación, se resumen la temporalización de las sesiones de forma detallada (*Tabla 5*).

**Tabla 5**

*Temporalización de las sesiones del programa de intervención*

<b>Bloque</b>	<b>Sesión</b>	<b>Temporalización</b>
Cribado	Sesión 0	Semanas 1-2
	Sesión 0	
Fase evaluación pre-intervención	Sesión 1-3	Semanas 3-5
Intervención	Sesión 4 -18	Semanas 6-21
Fase evaluación post-intervención	Sesión 19-20	Semanas 22
Seguimiento	Sesión 21 -24	Semana 26 -70

Es de destacar que la temporalización de las sesiones se adaptará a las necesidades de los participantes, pudiendo sufrir modificaciones que garanticen una mejor adaptación, flexibilidad y efectividad.

## **5. Directrices para la implementación y evaluación del programa de intervención**

### **5.1. Plan de trabajo y procedimiento.**

El plan de trabajo estará constituido por 7 etapas:

#### 1. Contacto con la asociación TLP Impulso para la presentación del programa de intervención:

Con la finalidad de seleccionar la muestra de la intervención, se establecerá comunicación telefónica con la asociación “TLP Impulso” para realizar la presentación del programa de intervención. En este contacto telefónico, se acordará una cita presencial con la persona responsable del centro, con la finalidad de realizar la exposición del programa y sus objetivos, con el propósito de derivar, vía email, a todas las parejas de personas que padecen TLP que puedan necesitar hacer uso de este recurso.

#### 2. Identificación y cribado de los/las posibles participantes en base a los criterios de inclusión y exclusión:

Se establecerá un contacto con las personas interesadas y derivadas desde la asociación, con la finalidad de realizar la evaluación de cribado de forma presencial. En primer lugar, se procederá a firmar el consentimiento informado (*Anexo II*) y se presentarán y justificarán los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1). Posteriormente, procederemos a realizar la evaluación de cribado compuesta por diversas pruebas (Tabla 3), que permitirá identificar y seleccionar la muestra de la intervención que cumpla con los criterios establecidos tras el análisis de los resultados obtenidos. Una vez seleccionada la muestra, se contactará con los participantes para informarles y explicarles la inclusión o exclusión en el programa.

#### 3. Evaluación psicológica pre-tratamiento:

Con la muestra seleccionada, se procederá a implementar el protocolo de evaluación de

forma presencial, con la finalidad de establecer la línea base en las variables dependientes. Esta evaluación se desarrollará a lo largo de dos sesiones.

4. Implementación del programa de intervención:

Tras la sesión inicial de toma de contacto, entrevista y evaluación se implementarán las sesiones de intervención por parte del psicólogo habilitado para este fin. La intervención contará con un total de 24 sesiones, con una frecuencia semanal y duración de una hora.

5. Evaluación psicológica post-tratamiento:

Una vez finalizadas las sesiones de intervención, se realizará una evaluación post-tratamiento, en dos sesiones, pero en la misma semana, para comprobar la consecución de los objetivos planteados.

6. Seguimiento presencial post-tratamiento:

Tras la finalización de la intervención, se realizará el seguimiento presencial de los participantes con una temporalización de 1 mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses, con el objetivo de lograr un adecuado cierre del proceso terapéutico, que garantice el mantenimiento de los beneficios terapéuticos.

7. Análisis comparativo de los resultados de la evaluación.

Con los datos cuantitativos obtenidos de las diferentes pruebas psicométricas, se realizará un análisis estadístico comparando las medias de las puntuaciones obtenidas en la evaluación pre y post-intervención de los participantes. Con este propósito, se empleará la prueba T para muestras relacionadas, lo que permitirá determinar la existencia de diferencias significativas entre ambas medidas en cada una de las variables, y por lo tanto, comprobar de forma objetiva la consecución de los objetivos establecidos.

## **5.2. Desarrollo de las sesiones de intervención, evaluación y seguimiento.**

A continuación, se desarrollarán cada una de las sesiones del programa de intervención incluyendo la evaluación, intervención y posterior seguimiento.

### **Sesión 1:**

#### ***Objetivo general***

Explicación del programa de intervención y la creación de la alianza terapéutica.

#### ***Objetivos específicos***

- Ajuste de los objetivos terapéuticos en función de las expectativas.
- Creación de un clima de confianza que fomente la expresión emocional.
- Explicación de las bases de la ACT.

#### ***Técnicas a implementar***

- Diálogo socrático
- Escucha activa
- Metáforas

#### ***Materiales***

- Para esta sesión no se requiere material adicional.

#### ***Procedimientos***

La primera parte de la sesión estará destinada a la presentación del programa, análisis de la principal motivación para formar parte de la intervención y lograr una adaptación adecuada de expectativas y objetivos terapéuticos, fomentando la participación activa, la motivación y el compromiso con el proceso a través del diálogo socrático.

A lo largo de esta sesión, se promoverá el desarrollo de la alianza terapéutica a través de la creación de un clima de confianza, empatía y aceptación, que potencie la expresión y validación emocional del paciente. Asimismo, se hará uso de “la metáfora de los dos escaladores” (*Anexo V*) como recurso para entender y establecer la relación terapéutica.



Para finalizar la sesión, se explicará el enfoque terapéutico y los principios de la ACT, siguiendo el “procedimiento de introducción a la terapia contextual” (*Anexo VI*). Asimismo, se abordará el problema de la búsqueda del alivio inmediato, normalizando el malestar como parte del proceso y dando importancia a la aceptación y el esfuerzo en el proceso como parte importante de la terapia.

## **Sesión 2:**

### ***Objetivo general***

Realizar la evaluación psicológica pre-intervención de las variables dependientes que sirva como línea base para comparar los resultados tras la intervención.

### ***Objetivo específico***

-Fomentar la alianza terapéutica

### ***Técnicas a implementar***

-Evaluación psicológica

-Escucha activa

### ***Materiales***

-Pruebas estandarizadas: CPQ, DAS, CT-2, BDI II, STAI

-Bolígrafos

### ***Procedimiento***

La evaluación se ha dividido en dos sesiones, ya que no es posible realizar todas las pruebas en una sola sesión, no solo por limitación temporal sino para evitar la posible fatiga del participante.

Antes del inicio de la evaluación, en ambas sesiones, se preguntará sobre la semana, dudas, problemas o preocupaciones que puedan afectar al desarrollo de la misma, con el fin de crear un ambiente cálido y potenciar que el participante se encuentre con buena predisposición y estado emocional.

En esta sesión, se realizará el pase de las pruebas CPQ, DAS, CT-2, BDI II, STAI. Todas



las pruebas serán explicadas de forma clara, empleando un lenguaje sencillo que posibilite su comprensión, poniendo ejemplos y resolviendo cualquier duda. No obstante, a lo largo del desarrollo de la evaluación, se tomará en cuenta el estado emocional del participante, dificultades, malestar o sentimientos negativos derivados del pase de pruebas, con el propósito de ofrecer soporte y validación en todo momento del proceso.

### **Sesión 3:**

#### ***Objetivo general y específico***

En esta sesión se mantendrán los objetivos expuestos en la sesión anterior.

#### ***Técnicas a implementar***

- Evaluación psicológica
- Escucha activa

#### ***Materiales***

- Pruebas estandarizadas: Q-Les-Q, AAQ-II, HISA y RSE.
- Bolígrafos

#### ***Procedimiento***

En esta sesión, se terminará el proceso de evaluación iniciado en la sesión anterior.

Específicamente, se realizará el pase de las pruebas Q-Les-Q, AAQ-II, HISA y RSE.

Tras finalizar la evaluación, se preguntará sobre las sensaciones experimentadas y se agradecerá su participación en el proceso.

### **Sesión 4:**

#### ***Objetivo general***

Proporcionar *feedback* sobre los resultados obtenidos en la evaluación.

#### ***Objetivo específico***

- Ajustar los objetivos de la intervención en caso de ser necesario.



-Instaurar un vínculo de apego seguro.

### ***Técnicas a implementar***

- Escucha activa
- Diálogo socrático
- Reestructuración cognitiva

### ***Materiales***

- Plantilla del ejercicio “Rueda de la vida”

### ***Procedimiento***

La parte inicial de la sesión, estará destinada a revisar los resultados más relevantes obtenidos durante la evaluación. La devolución de resultados se proporcionará de forma adaptada y ajustada, garantizando la comprensión y resolviendo cualquier duda. En función de los hallazgos, se revisarán los objetivos establecidos en la primera sesión, con el fin de ajustarlos a las necesidades específicas. Se hará uso del ejercicio “Rueda de la Vida” (*Anexo VII*), para ayudar a establecer las áreas de mayor afectación.. A continuación, se invitará a la reflexión a través de preguntas y reestructuración cognitiva.

La segunda parte de la sesión, estará centrada en concienciar sobre la importancia de crear un vínculo de apego seguro, para lograr una relación terapéutica que sirva como experiencia emocional correctiva. Con este fin nos mostraremos accesibles, respondiendo de forma adecuada a sus necesidades, mostrando adaptación a los tiempos del participante y validando su experiencia. Además, se explicarán los diferentes estilos de apego existentes según la Teoría de Bowlby, sus características y sus implicaciones a nivel relacional, incluyendo el aumento de la dependencia emocional. A continuación, se hará uso del diálogo socrático para reflexionar sobre su estilo de apego y las implicaciones que estas actuaciones tienen en la regulación emocional.

### **Sesión 5:**



***Objetivo general***

Mejorar la conciencia del trastorno y reducir el impacto emocional.

***Objetivo específico***

- Aumentar la información acerca del TLP y las conductas asociadas.
- Favorecer la comprensión y aceptación del trastorno.

***Técnicas a implementar***

- Psicoeducación
- Introducción teorías eficaces en el tratamiento del TLP.

***Materiales***

- Diapositivas sobre el TLP.

***Procedimiento***

La sesión estará destinada a realizar una intervención de tipo psicoeducativo, a través del empleo de diapositivas que incluirán diversas facetas del trastorno:

- Explicación y comprensión del origen y naturaleza del trastorno.
- Análisis de la evolución del trastorno y su sintomatología.
- Principales características conductuales asociadas y posibles consecuencias.
- Implicación de este trastorno en las relaciones de pareja.
- Exploración de las consecuencias asociadas al mantenimiento de relaciones de parejas con personas que padecen TLP.
- Posibilidades de tratamientos e intervenciones eficaces.

Asimismo, se proporcionará información acerca de los tratamientos disponibles para abordar el trastorno, como las distintas psicoterapias (especialmente la DBT) y los psicofármacos disponibles, con la finalidad de desempeñar un rol activo en el manejo de la enfermedad y disminuir la posible incertidumbre asociada.

A lo largo de la sesión, se fomentará la aceptación del trastorno, brindando apoyo emocional, y manteniendo un clima de confianza y seguridad, que fomente la expresión de su experiencia personal.

## **Sesión 6:**

### ***Objetivo general***

-Aumentar la conciencia del impacto que la relación tiene en la calidad de vida.

### ***Objetivo específico***

-Concienciar sobre las estrategias disfuncionales empleadas hasta el momento.

-Generar desesperanza creativa.

### ***Técnicas a implementar***

-Metáforas

-Desesperanza creativa

-Ejercicio experiencial

### ***Materiales***

-Bolitas de papel

### ***Procedimiento***

En esta sesión, comenzaremos a realizar los primeros pasos hacia la introducción de los componentes específicos de la ACT. Por lo tanto, esta primera sesión estará dedicada a generar desesperanza creativa, haciendo uso de la “Metáfora de las arenas movedizas” (*Anexo VIII*) con la finalidad de aumentar la conciencia sobre las estrategias disfuncionales empleadas hasta el momento y de plantear la necesidad de una alternativa a su gestión del malestar. A continuación, para comenzar a evidenciar el control y la evitación como problemas, se realizará el ejercicio “las bolitas de papel” (*Anexo IX*).



Como tarea para casa, deberá realizar un diario de identificación de las principales situaciones o eventos que le generan malestar.

### **Sesión 7:**

#### ***Objetivo general***

Mejorar la conciencia del trastorno y la reducción del impacto emocional.

#### ***Objetivo específico***

- Disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva.
- Concienciar sobre los mecanismos de control y evitación experiencial.
- Aumentar la conciencia del impacto que la relación tiene en la calidad de vida

#### ***Técnicas a implementar***

- Descubrimiento guiado
- Diálogo socrático
- Búsqueda de interpretaciones alternativas
- Metáforas
- Ejercicio experiencial

#### ***Materiales***

- Diario de situaciones que generan malestar.

#### ***Procedimiento***

La primera parte de la sesión, la dedicaremos a revisar la tarea para casa de la sesión anterior. Una vez identificadas las situaciones que generan mayor malestar, nos centraremos en identificar las principales creencias erróneas que puedan estar generando culpa o ansiedad, a través

de preguntas directas y el descubrimiento guiado. A continuación, se hará uso del diálogo socrático, la búsqueda de interpretaciones alternativas y la re-atribución, como estrategias para modificar estas creencias, fijando su atención en la responsabilidad de otras personas o de las circunstancias, favoreciendo la toma de conciencia de la incontrolabilidad del trastorno, disminuyendo también la culpa o responsabilidad.

Asimismo, continuando con la sesión anterior, se introducirán los conceptos de evitación y control como problema, con la finalidad de hacer consciente los mecanismos que generan y mantienen el problema. Con este fin, se hará uso de la “*Metáfora del campo de hoyos*” (Anexo X), destacando el efecto paradójico que generan las estrategias de control. Por último, se llevará a cabo el ejercicio experiencial “*El nombre de tu madre*” (Anexo XI), con un posterior debate, con el objetivo de brindar conocimientos sobre la importancia de desarrollar la aceptación del problema, disminuyendo la evitación, los intentos de control y la asunción de culpa o responsabilidad de las situaciones derivadas del padecimiento del TLP.

## **Sesión 8:**

### ***Objetivo general***

Proporcionar estrategias adecuadas para el manejo de las distintas situaciones.

### ***Objetivo específico***

- Facilitar estrategias para la resolución de conflictos.
- Consolidar la conciencia sobre los efectos de la evitación experiencial.

### ***Técnicas a implementar***

- Resolución de problemas

### ***Materiales***

- Resultados obtenidos en la escala de estrategias de conflictos.
- Pizarra para realizar de forma conjunta el ejercicio de resolución de problemas.



### ***Procedimiento***

En primer lugar, continuando con lo expuesto en la sesión anterior, remarcaremos los efectos de la evitación experiencial como estrategia disfuncional de resolución de conflictos, a través del empleo de “la metáfora del tigre hambriento” (*Anexo XII*), haciendo conscientes las consecuencias de mantener esta actitud, que disminuye el malestar inmediato, pero aumenta las preocupaciones, la supresión de respuestas emocionales y el malestar emocional.

A continuación, en base a los resultados obtenidos durante la evaluación en la escala de estrategia de los conflictos, trataremos de identificar los estilos de resolución disfuncionales empleados por cada participante. Y llevaremos a cabo una actividad de resolución de problemas (*Anexo XIII*), escogiendo alguna situación problemática vivida a lo largo de la semana, y generando otras alternativas de solución, para su posterior evaluación de consecuencias.

Como tarea para la siguiente sesión, deberán rellenar un cuadro aplicando la técnica para cuatro situaciones problemáticas relevantes que ocurran a lo largo de la semana.

### **Sesión 9:**

#### ***Objetivo general***

Mejora de la conciencia del trastorno y la reducción del impacto emocional.

#### ***Objetivo específico***

- Aumentar la consciencia y gestión emocional.
- Mejorar la autoestima y el autoconcepto.
- Lograr mayor flexibilidad cognitiva.



***Técnicas a implementar***

- Defusión cognitiva
- Metáforas
- Ejercicio experiencial
- Autoobservación

***Materiales***

- Equipo de música
- Hoja de autorregistro emocional
- Plantilla del ejercicio de autoconocimiento
- Plantilla tarea resolución de problemas cumplimentada.

***Procedimiento***

El inicio de la sesión, estará destinado a revisar la tarea de resolución de problemas, poniendo especial hincapié en las alternativas de actuación eficaces generadas y valorando las principales dificultades encontradas en el desarrollo de la actividad.

A continuación, siguiendo con la estructura de la ACT, se introducirá el concepto de defusión cognitiva y se hará uso de “la metáfora del autobús” (*Anexo XIV*), con la finalidad de promover una mayor flexibilidad cognitiva, que permita estar en contacto con las experiencias negativas. Asimismo, se empleará el ejercicio de “la pieza de música” (*Anexo XV*) para reforzar este concepto. A lo largo de esta sesión se potenciará el mantenimiento de una actitud compasiva que permita modificar la forma de relacionarse con sus experiencias y sentimientos.

El resto de la sesión, estará enfocada en la mejora de la autoestima y el autoconcepto, con este objetivo, se realizará un ejercicio de autoconocimiento (*Anexo XVI*).

Con la finalidad de fomentar la autoobservación, la toma de conciencia y la gestión sobre las emociones, se mandará para casa una hoja de autorregistro emocional (*Anexo XVI*), aplicada a



varias situaciones vividas a lo largo de la semana. Como recurso, se proporcionará el enlace para desarrollar en casa el ejercicio de “*respiración natural completa*”, favoreciendo el equilibrio emocional.

## **Sesión 10:**

### ***Objetivo general***

Proporcionar estrategias para el manejo de las distintas situaciones y mejorar la dinámica relacional.

### ***Objetivo específico***

- Potenciar estrategias adecuadas de comunicación asertivas.
- Lograr una disminución de los estilos de comunicación pasivo-agresivos.

### ***Técnicas a implementar***

- Psicoeducación.
- Escucha activa
- Técnicas de comunicación asertiva

### ***Materiales***

- Hoja de autorregistro emocional cumplimentada.
- Diapositivas sobre los estilos de comunicación.
- Autorregistro de situaciones problemáticas en la pareja.
- Ficha de actividad de estilos de comunicación.

### ***Procedimiento***

La primera parte de la sesión, estará destinada a revisar la hoja de autorregistro emocional de la sesión anterior. Asimismo, preguntaremos acerca de la experiencia con el ejercicio de respiración, para comprobar las sensaciones que le ha generado, o resolver cualquier dificultad que



le haya surgido durante la práctica a lo largo de la semana. No obstante, se recordará la importancia de la práctica continuada para obtener los beneficios de esta técnica.

En primer lugar, se hará uso de la psicoeducación para explicar a través de diapositivas los diferentes estilos de comunicación (pasivo, agresivo, pasivo-agresivo y asertivo) con sus características asociadas, delimitando con qué estilo de comunicación se sienten más identificados. A continuación, se proporcionarán técnicas de comunicación asertiva (como el disco rayado, banco de niebla, aplazamiento asertivo, etc) a través de diapositivas. Por último, se planteará una actividad de estilos de comunicación (*Anexo XVIII*).

Como tarea para casa, el participante deberá completar un autorregistro (*Anexo XIX*) donde identifiquen las situaciones que generan mayores problemas de comunicación con su pareja.

## **Sesión 11:**

### ***Objetivo general***

Mejorar la calidad de vida, logrando flexibilidad en la autoimagen.

### ***Objetivo específico***

- Logro de la diferenciación entre el “yo como contenido” del “yo como contexto”.
- Entender la perspectiva vital del paciente.
- Fomentar la atención plena.

### ***Técnicas a implementar***

- Autorregistro
- Metáforas
- Ejercicio experiencial
- Mindfulness*

### ***Materiales***

- Autorregistro situaciones de comunicación problemáticas cumplimentado.



La primera parte de la sesión, se dedicará a revisar la tarea de autorregistro de las situaciones que generan problemas de comunicación, haciendo especial hincapié en lograr una alternativa de comunicación asertiva para estas situaciones, potenciando la empatía y aceptación.

Con la finalidad de conseguir crear un sentido de identidad, y lograr que se diferencie de sus pensamientos, emociones, o de los circunstancias que pueda estar viviendo en ese momento, se hará uso de la “*Metáfora del tablero de ajedrez*” (Anexo XX) y del “*ejercicio del observador*” (Anexo XXI).

Para finalizar la sesión, realizaremos la “*Meditación del cuerpo o body-scan*” (Anexo XXII), para facilitar el contacto con sus propios eventos psicológicos, desde una postura de aceptación, centrada en el momento presente.

Tras la finalización de las actividades, se indagará sobre las sensaciones generadas, sentimientos evocados o inquietudes derivadas de la sesión.

## **Sesión 12:**

### ***Objetivo general***

Mejorar la conciencia del trastorno y reducir el impacto emocional.

### ***Objetivo específico***

-Proporcionar una educación sexual adecuada.

### ***Técnicas a implementar***

-Psicoeducación

-Diálogo socrático

### ***Materiales***

### ***Procedimiento***

Con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre las diferentes problemáticas que se pueden producir en la sexualidad de las personas que padecen TLP, se hará uso de la psicoeducación informativa acerca de diversos aspectos como la satisfacción de las relaciones sexuales, las principales problemáticas asociadas al TLP, los principales riesgos asociados y los posibles cambios o pérdidas de interés, con el propósito de disminuir la incertidumbre y mejorar la aceptación. No obstante, nos centraremos en individualizar la intervención, haciendo partícipes a los voluntarios para que comuniquen a través de tarjetas, aquellos aspectos que sufren mayor afectación en su relación de pareja.

Para finalizar la sesión, una vez localizadas las principales problemáticas, se creará un clima de reflexión a través del diálogo socrático, que permita identificar las principales consecuencias de estos problemas y las posibilidades de cambio. En caso de observar alguna alteración importante que requiera intervención específica, se podría plantear la terapia sexual individual y de pareja como abordaje.

### **Sesión 13:**

#### ***Objetivo general***

Mejorar la dinámica e intercambios en la relación.

#### ***Objetivo específico***

- Potenciar el compromiso en la relación
  
- Aumentar la satisfacción y asertividad sexual.

#### ***Técnicas a implementar***

-Psicoeducación

-Descubrimiento guiado

-Reestructuración cognitiva

-*Role playing*

-Escucha activa

### ***Materiales***

-Diapositivas sobre la asertividad sexual.

### ***Procedimiento***

En primer lugar, a través de la psicoeducación informativa a través de diapositivas, se abordará la explicación de las diferentes fases de la respuesta sexual humana, los principales mitos sexuales, principales dificultades, y la importancia de la asertividad sexual para lograr el bienestar sexual.

A continuación, se hará uso del descubrimiento guiado y preguntas directas, para identificar las principales creencias erróneas sobre la sexualidad y se abordarán a través de la reestructuración cognitiva. Para terminar la sesión, se realizará un ejercicio de asertividad a través del un *role playing* (*Anexo XXIII*).

A lo largo de la sesión, se adoptará una postura receptiva y flexible, que evite los juicios acerca de sus necesidades, fomentando el empleo de la escucha activa, la retroalimentación y la aceptación.

### **Sesión 14:**

#### ***Objetivo general***

Proporcionar estrategias adecuadas para el manejo de las distintas situaciones problemáticas.

#### ***Objetivo específico***



- Proporcionar estrategias de actuación eficaces frente a la manipulación emocional.
- Aumentar la consciencia sobre el impacto de las dinámicas relacionales.

### ***Técnicas a implementar***

- Análisis funcional

### ***Materiales***

- Listado de situaciones de manipulación emocional.
- Plantilla de análisis funcional.

### ***Procedimiento***

La sesión se comenzará rellenando un listado de situaciones de manipulación emocional (*Anexo XIV*) frecuentes en este tipo de relaciones. A continuación, se realizará un análisis funcional de la conducta (*Anexo XV*), para determinar los patrones conductuales actuales en situaciones específicas y sus consecuencias. Una vez finalizada esta actividad, se realizará una reflexión sobre las implicaciones que esta situaciones ha tenido en su dinámica de pareja y en su propio estado emocional.

Como tarea para casa, se solicitará realizar un análisis funcional de las situaciones de manipulación emocional que surjan a lo largo de la semana.

## **Sesión 15:**

### ***Objetivo general y específico***

En esta sesión se mantendrán los objetivos expuestos en la sesión anterior.

### ***Técnicas a implementar***

- Metáforas
- Descubrimiento guiado.

### ***Materiales***

- Plantilla de análisis funcional cumplimentado.



Se comenzará revisando el análisis funcional propuesto en la sesión anterior. A continuación, a través del descubrimiento guiado se realizará una reflexión, que permita determinar y enumerar las principales situaciones de manipulación que intentan controlar, relacionándolas con sus principales consecuencias a nivel personal.

Para finalizar, haremos uso de “*la metáfora del jardín*” (*Anexo XVI*) para comenzar a introducir la importancia de los valores personales, y se realizará un balance de costes y beneficios respecto al mantenimiento de estas situaciones de manipulación expuestas anteriormente, con el fin de fomentar el compromiso con la búsqueda de valores personales.

## **Sesión 16:**

### ***Objetivo general***

Mejora en la calidad de vida de los participantes, fomentando la orientación a valores.

### ***Objetivo específico***

- Introducción a los valores personales.
- Clarificación y establecimiento de los valores personales.

### ***Técnicas a implementar***

- Psicoeducación

### ***Materiales***

- Diapositivas sobre valores personales.
- Papel y bolígrafo para elaborar el listado de valores.



Para enlazar con la sesión anterior, emplearemos la psicoeducación para explicar y diferenciar qué son y que no son los valores, enumerando todas sus características y relevancia según la ACT. Tras esta explicación, se llevará a cabo una reflexión que permita realizar un listado de aquellos valores que se han asumido como propios, pero han sido impuestos por otras personas, especialmente los derivados del mantenimiento de la relación y la asunción del rol de cuidador de su pareja.

Para finalizar la sesión, se proporcionará un papel para realizar un balance de costes/beneficios sobre el mantenimiento de estos valores impuestos (*Anexo XVII*), tanto a corto plazo como a largo plazo con la finalidad de comprender las implicaciones que pueden tener en su calidad de vida y lograr una mayor flexibilidad cognitiva.

### **Sesión 17:**

#### ***Objetivo general:***

Se mantendrá el objetivo expuesto en la sesión anterior.

#### ***Objetivo específico:***

-Clarificación y establecimiento de los valores personales.

-Conexión de los valores personales con conductas operativizadas que permitan su consecución.

#### ***Técnicas a implementar:***

-Ejercicio experiencial

***Materiales:***

-Ejercicio de “la rueda de la vida”

***Procedimiento:***

En primer lugar, para conectar con los valores, se realizará el “Ejercicio ¿Para que quieres tu vida?” (Anexo XXIII). A continuación, se retomará el ejercicio de “la rueda de la vida” para elaborar otro listado, identificando los valores propios y realmente importantes en su vida.

Una vez obtenidos estos valores, procederemos a establecer los objetivos personales necesarios para lograr las metas específicas y las acciones necesarias para lograr estas metas. Es importante recalcar, que a lo largo de este proceso, es fundamental dejar de lado los intentos de control ante situaciones o eventos que no podemos cambiar. Asimismo, se valorará la posibilidad de retomar actividades placenteras que se hayan abandonado y que contribuyan al sentido de autorrealización.

**Sesión 18:**

***Objetivo general***

Fomentar el compromiso con el cambio de conducta.

***Objetivo específico***

-Aceptar el proceso terapéutico.

***Técnicas a implementar***

-Metáforas

-No es necesario el empleo de material adicional.

### ***Procedimiento***

En primer lugar, se realizará una recapitulación sobre las principales ideas trabajadas y se reforzará el compromiso mostrado durante la intervención.

Con la finalidad de aceptar el proceso terapéutico y comprometerse con el cambio de conducta, se hará uso de “la metáfora de lodo” (*Anexo XXIX*), para lograr que valore las decisiones a las que ha llegado y fomentar la aceptación como elemento fundamental del proceso.

Para finalizar la sesión se hará un repaso de los objetivos propuestos y los logros obtenidos fortaleciendo así, la percepción de cambio logrado. Asimismo, se le informará del proceso de seguimiento y su temporalización.

### **Sesión 19 y 20:**

#### ***Objetivo general:***

-Realización de la evaluación post intervención.

#### ***Objetivo específico:***

-Obtener las puntuaciones que nos permitan realizar la comparación con línea base.

#### ***Técnicas a implementar:***

-Evaluación psicológica

#### ***Materiales:***

***Procedimiento:***

Al finalizar la intervención, tras el transcurso de una semana, se realizará la evaluación post intervención donde se aplicarán nuevamente las pruebas estandarizadas con la finalidad de comparar los resultados obtenidos y constatar la evidencia de una mejora en el estilo de comunicación, la capacidad de resolución de conflictos, sintomatología ansiosa-depresiva y sobrecarga emocional, la calidad de vida, la evitación experiencial y la autoestima. No obstante, no se aplicarán las pruebas empleadas durante la fase de cribado, ya que fueron empleadas con la finalidad de verificar los criterios de inclusión y exclusión del programa.

El pase de pruebas se realizará en dos sesiones, distribuidas en la misma semana. En la primera sesión, se realizará el pase de pruebas del CPQ, DAS, CT-2, BDI II, STAI, y en la segunda sesión, se pasarán las pruebas Q-Les-Q, AAQ-II, HISA y RSE.

**Sesión 21, 22, 23 y 24:**

***Objetivo general:***

-Realizar el seguimiento de las participantes, para asegurarnos del mantenimiento de los beneficios terapéuticos.

***Objetivo específico:***

-Comprobar el estado emocional del paciente.

***Técnicas a implementar:***

-Escucha activa.

***Materiales:***

No se requiere material adicional.

***Procedimiento:***

Estas sesiones se corresponden con el seguimiento, y se llevarán a cabo respectivamente al mes de finalizar la intervención, a los tres meses, a los seis meses y al año, con la finalidad de asegurarnos el mantenimiento de los beneficios terapéuticos.

Las sesiones se llevarán a cabo de manera presencial con el propósito de obtener feedback de los participantes y compartir inquietudes, sensaciones, dificultades y reflexiones sobre el proceso.

La estructura de todas las sesiones de seguimiento serán similares. Comenzaremos por comprobar el estado emocional del paciente, promoviendo la expresión emocional, con la intención de brindar apoyo y orientación si fuera necesario. Asimismo, se analizarán las diferentes situaciones problemáticas, para comprobar el empleo de las estrategias aprendidas y su consolidación. A continuación, se analizarán los nuevos desafíos o factores de riesgo, reforzando el empleo de las estrategias aprendidas. Y para finalizar la sesiones, se reconocerán los logros alcanzados.

Estos intercambios se realizarán desde la empatía y validación emocional, aprovechando para hacer hincapié en el uso de las herramientas proporcionadas, el compromiso y la reflexión acerca del proceso realizado. Será prioritario fomentar el bienestar psicológico, con la finalidad de garantizar el mantenimiento de los aprendizajes a lo largo del tiempo. Será importante por tanto, identificar cualquier variación en el estado emocional, en la motivación y en la presencia de factores de riesgo.



## 6. Conclusiones

El presente trabajo, tiene como objetivo mejorar las dinámicas relacionales, la calidad de vida y el estado emocional de las parejas de personas con TLP de la asociación TLP Impulso. A pesar de la amplia investigación sobre este trastorno, no existe apenas bibliografía centrada en las parejas o dinámicas relacionales (Navarro, 2020), y la escasa investigación existente, se enfoca en dilucidar las consecuencias emocionales del mantenimiento de estas relaciones como la disminución de la autoestima, la pérdida de valores, el riesgo de ser víctimas de violencia, la dependencia emocional y los problemas en el estado de ánimo (Bouchard *et al.*, 2009). Por lo tanto, la necesidad de este tipo de trabajos se explica por la ausencia de enfoques específicos destinados a abordar y mejorar esta problemática. Específicamente, el presente trabajo se centra en fortalecer y proporcionar estrategias de resolución de conflictos, habilidades de gestión emocional, estrategias asertivas de comunicación, reducción de la sobrecarga emocional y de la evitación experiencial, la mejora de la autoestima, la aceptación y la orientación a valores, para dotar de herramientas de gestión para una situación que no podemos controlar (como es que alguien presente TLP) y lograr un aumento en la calidad de vida. Esta propuesta, plantea un enfoque multicomponente, siendo claves la aceptación, la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y los valores personales.

Si tomamos en consideración la relevancia del TLP como uno de los trastornos de personalidad con mayor empleo de recursos sociosanitarios, mayor tasa de morbilidad (Chanen *et al.*, 2017) y elevada prevalencia (Agudelo, 2023), es necesario este tipo de trabajos que permitan mejorar las dinámicas relacionales, ya que los conflictos sentimentales con las parejas han sido identificados como desencadenantes de crisis emocionales en las personas que padecen TLP (Daley *et al.*, 2000). Por lo tanto, a pesar de que este trabajo se enfoque en la pareja, la mejora de estas dinámicas relacionales tendrá repercusiones en ambos miembros, generando un mayor equilibrio y bienestar emocional en las personas que padecen TLP (Cheavens *et al.*, 2014).

Destacar como fortaleza de esta intervención, el empleo de un enfoque paliativo y



preventivo, que permite no solo disminuir las secuelas ya presentes, sino que dotará a los participantes de las estrategias necesarias para evitar y gestionar la aparición de nuevas situaciones problemáticas, reduciendo las posibilidades de patologización.

En lo que respecta a las limitaciones del estudio, destacar en primer lugar, la escasa información actualizada sobre las implicaciones psicológicas del mantenimiento de estas relaciones y la ausencia de evidencia en psicoterapia específica para este fin. Otra limitación del estudio, se corresponde con la falta de un grupo control, que no permite comparar los resultados y facilitar la atribución de los posibles cambios a la intervención. No obstante, para establecer relaciones de causalidad, sería necesario realizar otro tipo de estudios. Otra de las limitaciones, se deriva de las dificultades para seleccionar una muestra representativa que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión, pudiendo producirse el sesgo de deseabilidad social debido a que no querrán perder a sus parejas, pudiendo en ocasiones minimizar sus acciones o justificarlas con sus trastornos. Asimismo, al dirigir la intervención hacia las parejas y no a las personas diagnosticadas con el trastorno, puede existir un bajo compromiso e interés en la participación, al no ser conscientes de las consecuencias emocionales sufridas.

Por todo lo expuesto anteriormente, sería conveniente realizar una propuesta de intervención futura, que solvete en la medida de lo posible, todas estas limitaciones. Asimismo, podría ser relevante complementar esta intervención con terapia específica de pareja, aprovechando al máximo las habilidades ya impartidas y ampliando a ambos miembros de la pareja, para mejorar otros aspectos de la relación, trabajar los valores en pareja y favorecer una relación más funcional.

En conclusión, esta propuesta de intervención espera aportar conocimientos para la mejora de la dinámica relacional y la calidad de vida en las parejas de personas que padecen TLP, a través de un enfoque multicomponente, que sirva de guía para futuras intervenciones.

## 7. Bibliografía

- Agudelo, C. A. (2023). *Trastorno límite de la personalidad: abordaje en el primer nivel de atención*. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
- Alarcón, M. B., Torija, J. T. C., Torruco-Salcedo, M., & Fernández, B. C. (2009). Estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Salud Mental*, 32(3), 241–249.
- Alberdi-Páramo, I., Díaz-Marsá, M., Sáiz González, M. D., y Carrasco Perera, J. L. (2021). Asociación entre las autolesiones sin finalidad suicida y la conducta suicida en trastorno límite de personalidad: un estudio retrospectivo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(5), 199-204.
- Allen, G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing.
- Allen, S., Hawkins, A. J., Harris, S. M., Roberts, K., Hubbard, A. K., & Doman, M. (2022). Day-to-day changes and longer-term adjustments to divorce ideation: Marital commitment uncertainty processes over time. *Family Relations*, 71(2), 611-629. <https://doi.org/10.1111/fare.12599>
- Álvaro-Brun, E., & Vegue-González, M. (2008). Validez del Cuestionario International Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10(2), 35-40.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5-TR)*. Arlington, VA (USA): American Psychiatric Publishing.
- Arias, J. (2017). *Inteligencia emocional en pacientes con trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia.



- Armenti, N., & Babcock, J. (2021). Borderline personality features, anger, and intimate partner violence: an experimental manipulation of rejection. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), 3104-3129. <https://doi.org/10.1177/0886260518771686>
- Armenti, N., Snead, A., & Babcock, J. (2018). Exploring the moderating role of problematic substance use in the relations between borderline and antisocial personality features and intimate partner violence. *Violence Against Women*, 24(2), 223-240. <https://doi.org/10.1177/1077801216687875>
- Atkins, C., Eldridge, A., Baucom, H., & Christensen, A. (2005). Infidelity and behavioral couple therapy: Optimism in the face of betrayal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (1), 144-150.
- Barraca, J., & Sánchez, J. (2019). *Terapia integral de pareja paso a paso*. Independently published.
- Barrero, J. (2008). La Terapia marital integrativa: una propuesta para la intervención del conflicto marital. *Revista Digital de Psicología*, 3(4), 95-111.
- Barría, J., (2014). Escala de Tácticas de Conflicto (CTS-2) (Conflict Tactics Scales) en una muestra chilena de Hombres Maltratadores: su validez y confiabilidad. Universidad Bernardo O'Higgins
- Bégin, M., Ensink, K., Bellavance, K., Clarkin, J. F., y Normandin, L. (2022). Risky sexual behavior profiles in youth: associations with borderline personality features. *Frontiers in Psychology*, 12(777046), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.777046>
- Beltran Puentes, I. (2022). *Adaptación de una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso dirigida a parejas con indicadores de insatisfacción*. Universidad Nacional de Colombia.
- Bouchard, S., Sabourin, S., Lussier, Y., & Villeneuve, E. (2009). Relationship quality and stability



- in couples when one partner suffers from borderline personality disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35 (4), 446-455.
- Burgal, F., & Pérez, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: Una revisión. *Papeles Del Psicólogo*, 37(1), 148.  
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2832>
- Caballero, M. D. C., Rodríguez, L. T., & Fernández, J. J. (2024). Borderline Personality Disorder and Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *Papeles Del Psicologo*, 45(1), 48–55.  
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3032>
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.
- Carcavilla, N. (2020). MoCA: *Test de Evaluación Cognitiva Montreal*. Comunicación & Demencias. <https://comunicacionydemencias.com/test-moca-demencia/>
- Cavazzi, T., & Becerra, R. (2015). Psychophysiological research of borderline personality disorder: review and implications for biosocial theory. *Europe's Journal of Psychology*, 10 (1), 185-203.
- Chanen, A. M., Berk, M., & Thompson, K. (2016). Integrating early intervention for borderline personality disorder and mood disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 330-341.  
<https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000105>
- Chanen, A., Sharp, C., Hoffman, P. (2017). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: A novel public health priority. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(2), 215 216.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20429>
- Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development*

- Cheavens, J. S., Lazarus, S. A., & Herr, N. R. (2014). Interpersonal partner choices by individuals with elevated features of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 28(4), 594–606. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2013\\_27\\_069](https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_069)
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 922–928.
- Corchero, M., Balés, C., Oliva, C., & Puig, C. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 103, 8.
- Cuenca, M. F., Malavé, Y. M., & Jaramillo, J. A. (2023). Psicoterapias exitosas en el abordaje de las crisis del divorcio. *Conciencia Digital*, 6(3), 130–153. <https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v6i3.2627>
- Cuevas, C., & López, A. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97–114.
- Cyders, A., Smith, T., Spillane, S., Fischer, S., Annus, M., & Peterson, C. (2009). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: development and validation of a measure of positive urgency. *Psychology Assessments*, 19, 107–18.
- Daley, E., Burge, H., & Hammen, C. (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 451–460.
- Diamond, D., & Meehan, K. B. (2013). Attachment and object relations in patients with narcissistic personality disorder: Implications for therapeutic process and outcome. *Journal*

- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., y Sampaio, D. (2019). Social representations about the functions of deliberate self-harm from adults and adolescents: a qualitative study. *Trends in Psychology*, 27(4), 879-894. <https://doi.org/10.9788/TP2019.4-05>
- Durán, Y.; Guerrero, K.; y Cárdenas, S. (2015). *Validación del Acceptance and Action Questionnaire-II en una muestra universitaria de Bogotá, Colombia* [Tesis doctoral]. Universidad Santo Tomás.
- Eckhardt, I., & Crane, A. (2015). Cognitive and aggressive reactions of male dating violence perpetrators to anger arousal. *Journal of Interpersonal Violence*, 30, 1348-1368.
- Espinosa, F. P. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
- Frías, Á., Palma, C., Farriols, N., & González, L. (2016). Sexuality-related issues in borderline personality disorder: A comprehensive review. *Personality and mental health*, 10(3), 216-231. <https://doi.org/10.1002/pmh.1330>
- Gonzalez, R. A., Igoumenou, A., Kallis, C., & Coid, J. W. (2016). Borderline personality disorder and violence in the UK population: categorical and dimensional trait assessment. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0885-7>
- González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas SCL-90-R*. Madrid: TEA.
- Gunderson, G., Stout, L., McGlashan, H., Shea, T., Morey, C., Grilo, C., & Skodol, E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder. Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827-837.



- Heidari, Z., Ghamari, M., Jafari, A., & Armani Kian, A. (2021). The Effectiveness of Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT) on Emotional Divorce of Couples: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Iranian Medical Council*, 4(2), 72-79. <https://doi.org/10.18502/jimc.v4i2.6460>
- Hiraoka, R., Crouch, J., Reo, G., Warner, M., Milner, J., & Skowronski, J. (2016). Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential. *Child Abuse and Neglect*, 52, 177-184.
- Ibañez, I., del Pino, A., Olmedo, E., Gaos, M. (2010). Fiabilidad y validez de una versión española del Inventario de depresión de Beck-II en una muestra de la población general canaria. *Behavioral Psychology*, 18(1), 35-56.
- Jose, A., Graña, J., O'Leary, K., Redondo, N., & Jose, R. (2021). Psychopathological factors and perpetration of intimate partner aggression: A multivariate model. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9-10), 4165-4185. <https://doi.org/10.1177/0886260518789148>
- Kernberg, O. (2006). Identity: recent findings and clinical implications. *Psychoanalysis*, 75, 969-1004.
- Krause-Utz, A., Mertens, L., Renn, J., Lucke, P., Wöhlke, A., Schie, C. van, & Mouthaan, J. (2021). Childhood maltreatment, borderline personality features, and coping as predictors of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(13-14), 6693-6721. <https://doi.org/10.1177/0886260518817782>
- Kuo, R., & Linehan, M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (3), 531-44.
- Lawrence, E., Cohn, S. & Allen, S. (2022). *Acceptance and Commitment Therapy for Couples*. En



- Lebow, J. L., & Snyder, D. K. (Eds.). Clinical handbook of couple therapy. New York: Guilford Press
- Leppänen, V., Hakko, H., Sintonen, H., & Lindeman, S. (2016). Comparing effectiveness of treatments for borderline personality disorder in communal mental health care: The Oulu BPD Study. *Community Mental Health Journal*, 52, 216-227.
- Lev, A., & McKay, M. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships*. New Harbinger Publications.
- López-Millán, M. R., y Román-Sánchez, D. (2021). Evolución del concepto de autolesión en ciencias de la salud. *Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud*, 8(18), 33-42.
- Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2019). Borderline Personality Disorder, Complex Trauma, and Problems with Self and Identity: A Social-Communicative Approach. *Journal of Personality*, 88(1), 88-105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>
- Mackay, J., Bowen, E., Walker, K., & O'Doherty, L. (2018). Risk factors for female perpetrators of intimate partner violence within criminal justice settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 41, 128- 146. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.06.004>
- Martínez, M. C., García, J. M., & Inglés, C. J. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 47-64.
- Ministerio de Sanidad. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/>

- Montes-Berges, B., (2009). Patrones de comunicación, diferenciación y satisfacción en la relación de pareja: Validación y análisis de estas escalas en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 25(2), 288-298.
- Munro, O. E., & Sellbom, M. (2020). Elucidating the relationship between borderline personality disorder and intimate partner violence. *Personality and Mental Health*, 14(3), 284-303.  
<https://doi.org/10.1002/pmh.1480>
- Navarro, S. (2020). *Relaciones Sentimentales en Personas con Trastorno Límite de la Personalidad*. [Tesis doctoral]. Universitat Ramon Llull.
- Navarro-Gómez, S., Frías, Á., & Palma, C. (2017). Romantic Relationships of People with Borderline Personality: A Narrative Review. *Psychopathology*, 50(3), 175-187.  
<https://doi.org/10.1159/000474950>
- Perissutti, C., & Barraca, J. (2013). Integrative behavioral couple therapy vs. traditional behavioral couple therapy: a theoretical review of the differential effectiveness. *Clínica y Salud*, 24(1), 11-18. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a2>
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study With Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 430-442.  
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009>
- Richetin, J., Preti, E., Costantini, G., & De Panfilis, C. (2017). The centrality of affective instability and identity in borderline personality disorder: Evidence from network analysis. *PLoS One*, 17, (12), 10.
- Ruiz, L. (2022, febrero 28). *Pruebas para evaluar ansiedad: listado y descripción*. Psyciencia.  
<https://www.psyciencia.com/pruebas-para-evaluar-ansiedad-listado-y-descripcion/>



- Sánchez, R. (2018). Afectividad y co-regulación en la pareja: validación de un inventario y variaciones a través del ciclo vital. *Revista Psicología e Educação (On-Line)*, 1(1), 58-69.
- Sánchez, S., & Vega, I. D. L. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción psicológica*, 10(1), 21-32.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2010). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 501–517.
- Schmid, A., Leonard, N., Ritchie, A., & Gwadz, M. (2015). Assertive communication in condom negotiation: Insights from late adolescent couples' subjective ratings of self and partner. *Journal of Adolescence Health*. 57 (1), 94–99.
- Sierra, J. C., Santos, P., Gutiérrez-Quintanilla, J. R., Gómez, P., & Maeso, M. D. (2008). Un estudio psicométrico del Hurlbert index of sexual assertiveness en mujeres Hispanas. *Terapia Psicológica*, 26(1), 117–123. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000100010>
- Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K., & Tüscher, O. (2013). Impulsivity in borderline personality disorder: a matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation? *Current Psychiatry Reports*, 15 (2), 339.
- Silva, D. y Vázquez, C. (2016). *Poder y conflicto: factores detonantes de una infidelidad en una relación de pareja* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Kuchenhoff, J., Dammann, G., & Walter, M. (2012). Associations between identity diffusion, axis II disorder, and psychopathology in inpatients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 45, 15-21.
- Steele, M., Bate, J., Nikitiades, A., & Buhl-Nielsen, B. (2015). Attachment in adolescence and borderline personality disorder. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*,

- Thompson, K. N., Betts, J., Jovev, M., Nyathi, Y., McDougall, E., y Chanen, A. M. (2017). Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(3), 502-508. <https://doi.org/10.1111/eip.12510>
- van Zutphen, L., Siep, N., Jacob, G. A., Goebel, R., & Arntz, A. (2015). Emotional sensitivity, emotion regulation and impulsivity in borderline personality disorder: A critical review of fMRI studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Elsevier Ltd. 51, 64-76. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.01.001>
- Vanegas, G., Barbosa, A., & Pedraza, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), 159–176. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a09>
- Vargas Guerrero, A. (2023). *Técnicas avanzadas de intervención en psicología de la salud*. [Diapositivas de PowerPoint]. Facultad de Psicología, Universidad Europea de Canarias.
- Vera-Varela, C., Giner, L., Baca-García, E., & Barrigón, M. L. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, 26(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.02.003>
- Vogt, K.S., & Norman, P. (2018). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology Psychotherapy Theory Practice*, 92, 441- 464. <https://doi.org/10.1111/papt.12194>
- Walser, R. D., & Westrup, D. (2009). *The mindful couple: How acceptance and mindfulness can lead you to the love you want*. New Harbinger Publications.
- Weinstein, Y., Gleason, M., & Oltmanns, T. (2012). Borderline but not antisocial personality disorder symptoms are related to self-reported partner aggression in late middle age. *Journal*



Willis, M., & Nelson-Gray, R. O. (2017). Borderline personality disorder traits and sexual compliance: A fear of abandonment manipulation. *Personality and Individual Differences, 117*, 216-220. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.012>

Young, J. & Klosko, J. (2007). *Terapia de esquemas. Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Elsevier Masson.

Zubaran, C., Foresti, K., Thorell, M.R., Franceschini, P.R. y Homero, W. (2009). Portuguese version of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a validation study. *Revista Panamericana de Salud Pública, 25(5)* 443–448. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000500010>

**Anexo I. Terapias relevantes en el tratamiento del TLP**

**Tabla A1**

*Terapia de Basada en la Mentalización*

<b>Terapia Basada en la Mentalización</b>	
<b>Origen</b>	Pertenece a la corriente psicodinámica y fue diseñada para la intervención en TLP
<b>Objetivo</b>	Mejorar los problemas en la capacidad de mentalización, lo que conlleva un mejor funcionamiento interpersonal, aumento de control de impulsos y de la disregulación emocional.
<b>Eficacia</b>	Disminuir las conductas autolesivas, la sintomatología anímica, lograr un mejor funcionamiento interpersonal y una mayor integración de la identidad (Fonagy & Bateman, 2009; citado en Navarro 2020)
<b>Utilidad en terapia de pareja</b>	Gestión de conflictos frecuentes en las relaciones de pareja como la comunicación pasivo-agresiva y la hostilidad (Allen et al., 2008; Bursal, 2017; Vogt & Norman, 2018).

**Tabla A2**

*Terapia Focalizada en la Transferencia*

<b>Terapia Focalizada en la Transferencia</b>	
<b>Origen</b>	Teoría de la desintegración de la identidad de la personalidad límite
<b>Objetivo</b>	Disminuir las alteraciones de la identidad al clarificar los constructos que no han sido integrados en la personalidad, abordando los conflictos, emociones y conductas que se derivan de estas alteraciones (Cuevas et al., 2012).
<b>Eficacia</b>	Las alteraciones de la identidad, la agresividad y los problemas interpersonales (Clarkin et al., 2007).
<b>Utilidad en terapia de pareja</b>	Disminuir el distanciamiento emocional y las rupturas de pareja al mejorar la gestión de los mecanismos de defensa disfuncionales (Kernberg, 2006).



**Tabla A3**

*Terapia Basada en los Esquemas*

---

<b>Terapia Basada en los Esquemas</b>	
<b>Origen</b>	Integrar incluyendo aspectos de la terapia cognitivo-conductual, la psicodinámica y la corriente constructivista.
<b>Objetivo</b>	Lograr acceder y modificar los esquemas disfuncionales tempranos que se relacionan con necesidades básicas no satisfechas y que supedita el funcionamiento intra e intersíquico personal al desarrollar estilos de afrontamiento disfuncionales que compensan las necesidades insatisfechas (Young & Klosko, 2007).
<b>Eficacia</b>	Mayor delimitación de la identidad, una reducción de la impulsividad y las conductas autolíticas (Leppänen et al.,2016).
<b>Utilidad en terapia de pareja</b>	Disminuir los esquemas desadaptativos que afectan a las relaciones como la elevada desconfianza y el distanciamiento de las emociones (Young & Klosko, 2007).

---



**Anexo II. Consentimiento Informado**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI \_\_\_\_\_,  
y domicilio en \_\_\_\_\_, actuando en mi propio nombre  
manifiesto que:

-He recibido toda la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza, propósito y temporalidad del proceso de evaluación e intervención.

- Asimismo, he sido informado/a del mantenimiento de la confidencialidad de mis datos personales de acuerdo a la conformidad de protección de datos recogida en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos.

-He quedado satisfecho/a con la información recibida, la he comprendido, se me han respondido todas mis dudas y comprendo que mi participación es voluntaria, teniendo el derecho de interrumpir la intervención cuando lo desee.

Por lo tanto, autorizo y presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar sobre mi decisión al psicólogo responsable del estudio.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.

**Participante:**

**Psicólogo y nº colegiado:**

Fdo: D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Fdo: D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

### **Anexo III. Hipótesis de intervención.**

A continuación, se exponen las hipótesis de intervención específicas.

En lo que respecta a los aspectos socioemocionales:

- Se esperará un aumento de la conciencia y gestión emocional. Además, aprenderán técnicas de conciencia emocional, respiración, meditación y autoobservación.
- Los participantes obtendrán una mejoría significativa en la autoestima. Asimismo, se aumentará el autoconocimiento.
- Se espera hallar una disminución significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva.

En lo que respecta a la adquisición de habilidades para el manejo de situaciones:

- Se encontrará una mejora significativa en los patrones de comunicación, aumentando la comunicación constructiva y disminuyendo las puntuaciones de evitación.
- Se aprenderá la adquisición de estrategias de resolución de problemas, disminuyendo de forma significativa las puntuaciones en violencia física, coacción sexual, agresión psicológica y daños. Mientras que se esperará un aumento en el empleo de las estrategias de negociación y razonamiento.

En lo que respecta a la dinámica relacional:

- Se esperará una mejora significativa en el ajuste y armonía en la pareja, aumentando el consenso, la cohesión, la satisfacción y la expresión del afecto.
- Se encontrará una mejora significativa en la asertividad sexual, aumentando la conciencia

sobre la sexualidad, y disminuyendo las creencias erróneas que afectan a este ámbito.

- Se espera hallar una disminución en la dependencia emocional, logrando concienciar sobre la importancia de un vínculo de apego seguro.

En lo que respecta a la mejora en la calidad de vida:

- Se esperará aumentar la conciencia sobre el impacto de las dinámicas relacionales y un aumento significativo en la mejora de la calidad de vida.
- Se hallará una mejora significativa en la reducción de la evitación experiencial y una mayor flexibilidad cognitiva.
- Se esperará un aumento de la toma de perspectiva, logrando una mayor aceptación y diferenciación de sus propios pensamientos.
- Se encontrará una mejoría en el desarrollo de los valores personales, logrando un mayor enfoque en las áreas importantes de su vida.



Datos personales				
<b>Nombre</b>				
<b>Apellidos</b>				
<b>Fecha de nacimiento</b>				
<b>Municipio de residencia</b>				
<b>Estado Civil</b>	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a
<b>Nivel de estudios</b>	<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Estudios primarios	<input type="checkbox"/> Estudios de grado medio	<input type="checkbox"/> Estudios superiores / universitarios
<b>Situación laboral</b>	<input type="checkbox"/> Desempleado/a	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Activo	<input type="checkbox"/> Pensionista o incapacidad permanente
	<input type="checkbox"/> Trabajos sin remuneración	<input type="checkbox"/> Otros		

Estado de Salud		
¿Presenta algún problema de salud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo ¿Cuál?		
¿Requiere algún tipo de medicación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo ¿Cuál?		
Antecedentes familiares		
¿Realiza alguna actividad física?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo ¿Con qué frecuencia semanal?		
Consumo de alcohol u otras sustancias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo ¿Qué sustancias? ¿Y la frecuencia		

de consumo?	
-------------	--

<b>Relación de pareja</b>		
¿Cuándo conociste a tu actual pareja?		
Duración de la relación sentimental	<input type="checkbox"/> Menos de 1 años	<input type="checkbox"/> Más de 1 año
¿Conviven en el mismo domicilio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo ¿Desde cuándo conviven juntos?		
Conviven con otros familiares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Algunos de los miembros de la pareja tienen descendientes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Comparten tiempo de ocio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Qué actividades de ocio suelen realizar juntos?		
¿Considera que tiene información suficiente sobre el TLP?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Considera que cuenta con los recursos necesarios para gestionar los diferentes problemas que surgen en la relación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está satisfecho con la relación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cuáles considera que son los principales problemas que presentan como pareja?		
¿Cómo suele gestionar los problemas?		
¿Cómo suele gestionar los problemas su pareja?		
Señale las áreas en las que considera que presentan mayores dificultades como pareja	<input type="checkbox"/> Comunicación	<input type="checkbox"/> Compromiso
	<input type="checkbox"/> Sexualidad	<input type="checkbox"/> Apoyo
	<input type="checkbox"/> Confianza	<input type="checkbox"/> Respeto
	<input type="checkbox"/> Independencia	<input type="checkbox"/> Lealtad
¿Considera que ha renunciado a actividades o valores importantes para mantener su relación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo. ¿A qué actividades o valores ha renunciado?		



¿Considera que su calidad de vida ha empeorado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------



Es como si nosotros/as dos fuéramos escaladores/as, cada uno/a en su propia montaña, separados/as por un gran valle. Yo, puedo ser capaz de ver un camino por el cual subir a tu montaña; no porque la haya escalado antes que tú, ni porque yo esté en la cima gritándote a ti por dónde tienes que subir, sino porque estoy situado en un punto desde el que puedo ver cosas que no pueden verse desde donde estás tú. Esta es tu terapia, pero si fuese la mía, yo tendría mi propia montaña que subir, y entonces tú podrías decirme algo sobre el camino por el que estoy subiendo. Mi ventaja aquí no consiste en que yo sepa más, sea mejor o más fuerte que tú. Es simplemente la ventaja de la perspectiva.

Por otro lado, hay cosas respecto a tu montaña que yo no puedo saber, cosas respecto a las cuales tendré que confiar en lo que tú me digas porque sólo tú puedes verlas desde ahí. Por ejemplo, si la montaña que tú estás tratando de escalar es la montaña “correcta” o no, es sólo una cuestión de valores. Únicamente tú puedes responder a eso. Asimismo, aunque yo sea capaz de aconsejarte acerca de la senda que veo, no puedo subir tu montaña por ti. En realidad, eres tú quien tiene la tarea más difícil...



**Anexo VI. Procedimiento de introducción a la terapia contextual (Vargas, 2023)**

“Hasta hace muy poco tiempo, la psicología y la forma de trabajar de muchos/as psicólogos/as (incluso la mía, ya que me enseñaron bajo esa corriente), era similar a lo que ocurre en la medicina...”.

“En la medicina, se intenta eliminar el síntoma y el malestar y, por tanto, se busca eliminar el problema que lo está causando. Sin embargo, tras años de investigaciones, se ha descubierto que tratar de eliminar el sufrimiento tiene precisamente el efecto contrario, ya que la persona paso tanto tiempo tratando de luchar y modificar lo que siente o piensa, para eliminar su malestar, que se olvida de hacer planes, de su familia y amigos, parejas y, en definitiva, de vivir; y esto, evidentemente, trae consigo consecuencias en el día a día y en la calidad de vida.

El modelo desde el que vamos a trabajar va en la dirección contraria, busca aumentar la calidad de vida a pesar de que ese sufrimiento esté presente en ella”.

**Anexo VII. Ejercicio “Rueda de la Vida”**

Para el desarrollo de esta actividad, se proporcionarán dos plantillas de la “Rueda de la Vida” y deberán puntuar la satisfacción del 1 al 10 (siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima) en cada una de las áreas, antes y después de mantener su relación actual de pareja. Una vez puntuadas todas las áreas, se unirán todas las puntuaciones para observar la simetría de la rueda, las principales áreas afectadas y valorar posibles mejorías. Las distintas áreas se podrán modificar en función de los participantes. A continuación, se invitará a la reflexión a través de preguntas como:

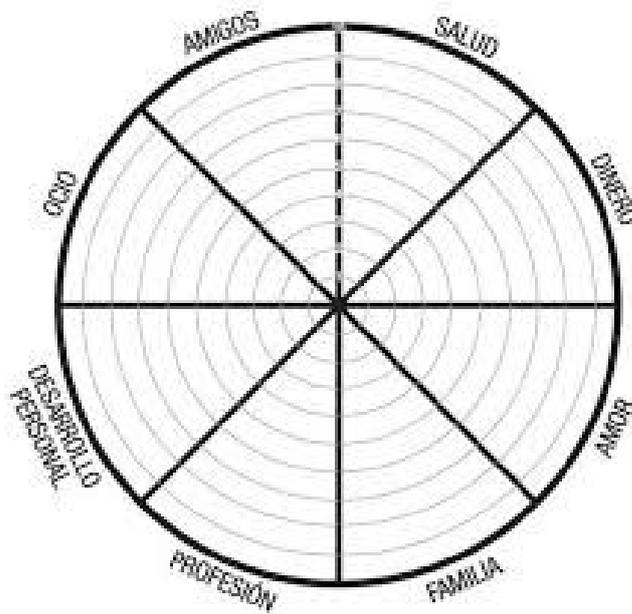
¿Consideras que las áreas de tu vida están equilibradas? ¿Por qué elegiste esas puntuaciones?

¿Consideras que el mantenimiento de la relación es responsable de las diferencias de puntuaciones?

¿Qué harías para mejorar las áreas más afectadas?

**Figura A1**

*Plantilla ejercicio “Rueda de la Vida”*



*Figura extraída de: Positivalia*



Imagina la siguiente situación, estás caminando por un bosque donde nos acompaña unas vistas preciosas del paisaje. El verde de los árboles, la sensación de la brisa que roza nuestro rostro y el ruido del agua, nos acompaña, nos sentimos bien relajados y seguros. Pero de repente, sin darnos cuenta, tropezamos con una raíz y caemos a un charco sucio y pringoso. Estamos manchados de lodo e intentamos levantarnos, pero nos damos cuenta de que no podemos salir, esto nos desespera y asusta, por ello intentamos con más fuerza salir de aquello dazal intentando nadar con más fuerza e incluso intentamos con las manos liberar nuestros pies, pero cuanto más esfuerzo y movimientos bruscos hacemos, más da aquella sustancia viscosa de nosotros y, entonces nos damos cuenta de que, ¡hemos caído en unas arenas movedizas! En el momento en que estamos intentando salir de aquellas arenas movedizas, la idea de aumentar la superficie de contacto del cuerpo con las arenas puede que vaya en contra de toda intuición. Puede que por no dejar de luchar por salir del pantano no podamos comprender que la acción más sensata y más segura que se puede intentar es permanecer en el pantano... Esta historia puede ser una metáfora sobre las veces que caemos en “charcos” de pensamientos y/o emociones de los cuales queremos huir con todas nuestras fuerzas. Aguas que están compuestas de emociones y pensamientos de tristeza, ansiedad, vergüenza, auto-reproche, etc. Un pantano que cada vez nos mancha más y más. Como es natural, intentamos hacer aquello que nos dice nuestra intuición: “corre”, “huye”, “lucha”, “abandona” ... Pero no nos damos cuenta de que estamos sumergidos en arenas movedizas.



-Terapeuta: Imagina que estos son los problemas que te han traído aquí, los pensamientos, tus emociones desagradables, etc. Muy bien, ahora vamos a hacer unas bolitas con ellos. Quiero que ahora te coloques de pie en la esquina de la habitación. Imagina que estás en esa situación que a ti te genera malestar y que tu objetivo es alcanzar la otra esquina. Llegar a la esquina simboliza haber conseguido todas tus metas en la vida, es decir, ir en dirección a lo que es importante para ti. Ahora quiero que trates de llegar hasta allí intentando coger los papelitos (de controlarlos) cuando yo te los lance. (Prueba) ¿Qué ocurrió? ¿Pudiste cogerlos todos? ¿Estabas pendiente de los papeles o de llegar a la otra esquina? ¿Conseguiste el objetivo de llegar a la esquina que era tu meta?

-Posible respuesta del/de la paciente: Para nada, si sólo di dos pasos, no puedo hacer las dos cosas a la vez...

-Terapeuta: Muy bien. Ahora quiero que te coloques allí de nuevo en la esquina y quiero que hagas lo mismo, que trates de llegar a la otra pared, pero esta vez tratando de esquivar (evitar) los papeles que te lanzo, tratando que no te toquen. (Prueba) ¿Cómo caminabas? ¿Ibas seguro/a o más bien tu paso era inestable? ¿Ibas pensando en llegar al otro lado o ibas pendiente de esquivar los papeles que yo te lanzaba?

-Posible respuesta del/de la paciente: Iba más pendiente de esquivarlos que de llegar a la pared...

-Terapeuta: Ahora quiero que vuelvas al mismo sitio y te centres en llegar a la otra esquina, mientras yo te tiro estos papelitos que son tus sensaciones, pensamientos, emociones desagradables, sin tratar de hacer nada con ellos, tan sólo llegar hasta tu meta. (Prueba). ¿Qué pasó? ¿Qué estabas pensando?, ¿pensabas en los papelitos que yo te tiraba o en llegar a tu meta?

-Posible respuesta del/de la paciente: No, ahora estaba focalizado en llegar a la meta y ¡lo conseguí!

-Terapeuta: En efecto. Estos papeles son tuyos, son tus pensamientos, tus emociones, aunque no te gusten están ahí, van a aparecer constantemente en tu vida, y puedes tratar de esquivarlos o de controlarlos cogiéndolos, pero también puedes caminar hacia tu objetivo, aunque ellos estén ahí



**Universidad  
Europea** CANARIAS

contigo golpeándote o apareciendo en tu camino.

### **Anexo X. Metáfora del campo de hoyos (Vargas, 2023)**

La situación en la que te encuentras se parece un poco a esto. Imagínate que estás en un campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Se te ha dicho que tu tarea consiste en correr por ese campo con los ojos vendados. De hecho, es como se supone que debes vivir tu vida. Y tú finalmente acabas por hacer lo que te han dicho que hagas. Pero lo que no sabes es que, en ese campo, hay hoyos grandes y muy profundos, lo ignorabas completamente. Así que empiezas a correr por el campo y tarde o temprano caes en uno de esos grandes agujeros. Empiezas a palpar las paredes del hoyo y te das cuenta de que no puedes salir de él, no puedes saltar, ni hay otras vías de escape. Es probable que, en un apuro semejante, cojas la bolsa de herramientas que te han dado y empieces a mirar qué hay en ella, pues quizás así encuentres algo que puedas usar para escapar del hoyo. Ahora supón que efectivamente hay una herramienta en esa bolsa, pero se trata de una pala. Y eso, aparentemente, es todo lo que tienes. Así que empiezas a cavar, pero muy pronto te das cuenta de que así no puedes salir del hoyo. Entonces intentas cavar más y más rápido, pero sigues en el hoyo. Lo intentas con grandes paladas y con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca...pero continúas en el agujero. Llevando a cabo todo ese esfuerzo y haciendo todo ese trabajo, por raro que parezca, lo único que has conseguido es que el hoyo se haga cada vez más y más profundo. ¿No es así? Y entonces vienes aquí pensando; ¡Bueno tal vez él/ella tenga una pala lo bastante grande, una preciosa pala mecánica para ayudarme! Pues no, no la tengo. Y si la tuviera, no la usaría, porque cavar no es la forma de salir de un hoyo: al contrario, cavando es como se hacen los hoyos. Tal vez lo que pasa es que todo el plan está equivocado y no tiene solución; cavando no puedo conseguir una escapatoria, lo único que hace es hundirse aún más.

**Anexo XI. Ejercicio experiencial “El nombre de tu madre” (Vargas, 2023)**

-Terapeuta: Quiero que me contestes a una pregunta ¿Cómo se llama tu madre?

-Posible respuesta del/de la paciente: Mariluz

-Terapeuta: Muy bien ahora, cuando te pregunte otra vez, quiero que me digas como se llama tu madre. ¿Cómo se llama tu madre?

-Posible respuesta del/de la paciente: Mariluz

-Terapeuta: Vale, ahora te voy a preguntar cómo se llama tu madre, pero esta vez no quiero que me contestes. ¿Cómo se llama tu madre?

-Posible respuesta del/de la paciente: (Silencio-ausencia de respuesta)

-Terapeuta: Ahora voy a preguntarte de nuevo y quiero que no pienses en el nombre de tu madre. ¿Cómo se llama tu madre?

-Posible respuesta del/de la paciente: (Silencio-ausencia de respuesta)

-Terapeuta: ¿Qué pasó?, ¿Pudiste dejar de pensar en el nombre de tu madre?

-Posible respuesta del/de la paciente: No, jajaja. Es imposible. Me venía su nombre todo el tiempo.

-Terapeuta: Entonces... ¿tienes control sobre lo que piensas?

-Posible respuesta del/de la paciente: Parece ser que no..

## **Anexo XII. Metáfora del tigre hambriento (Vargas, 2023)**

“Imagina que un día te despiertas y te encuentras, justo delante de tu puerta, a un adorable cachorro de tigre juguetón que está maullando. Por supuesto, lo metes dentro de tu casa y lo adoptas como mascota. Después de jugar con él un rato, observas que está maullando sin parar y, entonces, te das cuenta de que debe tener hambre. Le das un poco de carne, ya que te imaginas que eso es lo que deben comer los tigres. Haces lo mismo cada día y, día tras día, tu mascota tigre crece un poquito más. Al cabo de dos años, la comida diaria de tu tigre pasa de ser pedacitos de hamburguesa a bistecs enteros. Al poco tiempo, tu tigre, ya no maulla cuando tiene hambre, en cambio, él te ruge ferozmente cuando piensa que es la hora de comer. Tu adorable mascota se ha convertido en una bestia salvaje incontrolable dispuesta a destrozarte si no consigue lo que quiere.”

Tu lucha con tus pensamientos y emociones dolorosas puede compararse con este tigre imaginario. Cada vez que le das poder a tu dolor, alimentándolo con la carne de la evitación experiencial (es decir, todo lo que haces que te ayuda a evitar pensamientos y emociones dolorosas), ayudas a que tu tigre del dolor crezca y se haga más fuerte. Alimentarlo de este modo parece lo prudente. El tigre del dolor ruge ferozmente diciéndote que lo alimentes con lo que quiere o te comerá. Sin embargo, cada vez que lo alimentas, ayudas a que ese dolor se vuelva más fuerte, más intimidante y que tenga más control de tu vida.



**Tabla A4**

*Ejercicio de solución de problemas*

<b>¿Cuál es el problema?</b>	<b>¿Qué posibles soluciones tiene?</b>	<b>¿Qué soluciones son las mejores? Enumeralas</b>	<b>¿Qué solución escoges?</b>	<b>¿La solución escogida ha funcionado?</b>



“Imagínate que eres el conductor de un autobús con muchos pasajeros. Los pasajeros son pensamientos, sentimientos, recuerdos y todas esas cosas que uno tiene en su vida. Es un autobús con una única puerta de entrada, y sólo de entrada. Algunos de los pasajeros son muy desagradables y con una apariencia peligrosa. Mientras conduces el autobús algunos pasajeros comienzan a amenazarte diciéndote lo que tienes que hacer, dónde tienes que ir, ahora gira a la derecha, ahora vete más rápido, etcétera. Incluso te insultan y desaniman: “eres un mal conductor”, “un fracasado”, “nadie te quiere”, Tú te sientes muy mal y haces casi todo lo que te piden para que se callen, se vayan al fondo del autobús durante un rato y así te dejen conducir tranquilo.

Pero algunos días te cansas de sus amenazas, y quieres echarlos del autobús, pero no puedes, discutes y te enfrentas con ellos. Sin darte cuenta, la primera cosa que has hecho es parar, has dejado de conducir y ahora no estás yendo a ninguna parte. Y además los pasajeros son muy fuertes, resisten y no puedes bajarlos del autobús. Así que, resignado, vuelves a tu asiento y conduces por donde ellos mandan para aplacarlos. De esta forma, para que no te molesten y no sentirte mal, empiezas a hacer todo lo que le dicen y a dirigir el autobús por dónde dicen para no tener que discutir con ellos ni verlos. Haces lo que te ordenan y cada vez lo haces antes, pensando en sacarlos de tu vida. Muy pronto, casi sin darte cuenta, ellos ni siquiera tendrán que decirle “gire a la izquierda”, sino que girarás a la izquierda para evitar que los pasajeros se echen sobre ti y te amenacen. Así, sin tardar mucho, empezarás a justificar sus decisiones de modo que casi crees que ellos no están ya en el autobús y convenciéndote de que estás llevando el autobús por la única dirección posible.

El poder de estos pasajeros se basa en amenazas del tipo “si no haces lo que te decimos, apareceremos y haremos que nos mires, y te sentirás mal”. Pero eso es todo lo que pueden hacer. Es verdad que cuando aparecen estos pasajeros, pensamientos y sentimientos muy negativos, parece que pueden hacer mucho daño, y por eso aceptas el trato y haces lo que le dicen para que le dejen

tranquilo y se vayan al final del autobús donde no los puedas ver. ¡Intentando mantener el control de los pasajeros, en realidad has perdido la dirección del autobús! Ellos no giran el volante, ni manejan el acelerador ni el freno, ni deciden dónde parar. El conductor eres tú.



-Terapeuta: “Muy bien ahora voy a poner un trozo de una pieza musical, sencilla, y quiero que, cierres los ojos, tomes una posición cómoda (manos en las piernas y pies relajados en el suelo) y escuches ese trozo de canción. El objetivo es que trates de ver qué pensamientos o recuerdos te vienen, qué sensaciones experimentas...etc.”(PONEMOS LA CANCIÓN)

-Terapeuta: “Bien, ¿Qué ocurrió?¿Te recordó a algo o evocó algún recuerdo?¿Algo que hayas experimentado?¿Estabas pendiente a la canción o a otras cosas?¿Qué estabas pensando?”

-Posible respuesta del/de la paciente: Realmente me vinieron algunos pensamientos a la cabeza y recuerdos de exposiciones en el instituto...la verdad que estoy algo agobiado...

-Terapeuta: Vale, ahora, voy a poner la misma canción, pero esta vez, quiero que te concentres en averiguar que tipo de instrumentos están escuchando, cuántos instrumentos hay, si el ritmo es lento o rápido, si su sonido es agudo o grave, etc.”(PONEMOS LA CANCIÓN)

-Terapeuta: ¿Qué ocurrió esta vez?¿Estabas concentrado en la canción o en tus pensamientos?

-Posible respuesta del/de la participante: No, ¡estaba intentando memorizar los instrumentos para darte las respuestas que me pediste!

-Terapeuta: Como ves, hay dos maneras de vivir una experiencia, vivirla dejándote llevar por lo que estás pensando o sintiendo durante esa experiencia, por los recuerdos que te evoca seas positivos, negativos...o simplemente atendiendo a la experiencia en sí misma.



**Tabla A5**

*Autorregistro emocional*

<b>Situación</b>	<b>Emoción que has sentido</b>	<b>¿Cómo lo gestionaste?</b>	<b>Consecuencias en la pareja</b>



1. Conócete mejor:

- ¿Qué concepto tienes de ti mismo?
- ¿Qué crees que te caracteriza?
- ¿Cómo crees que te describiría tu mejor amigo/a?
- ¿Qué crees que valoran los demás de ti?
- ¿Qué crees que te diferencia de los demás?
- ¿Qué le puedes aportar a las personas de tu entorno?
- ¿Cuáles crees que son tus fortalezas y debilidades?
- ¿Qué es lo que más críticas de ti mismo/a?
- ¿Qué opinión crees que tienen los demás de ti?
- ¿De qué te sientes más orgulloso/a en tu vida?
- ¿Te sientes cómodo/a hablando de tus sentimientos?
- ¿Cuál es tu definición de felicidad?
- ¿Qué eliminarías de tu vida?
- ¿Qué te gusta hacer cuando estás triste?
- ¿Qué actividades disfrutas más?
- ¿Cuál es tu mayor sueño o meta?



1. Piensa en una situación problemática que te haya surgido a lo largo de la semana, que consideres que podrías haber gestionado mejor y responde a las siguientes preguntas.

- ¿Cómo gestionaste la situación?

- ¿Qué consecuencias tuvo tu actuación?

- ¿Qué estilo de comunicación crees que empleaste?

- ¿Cómo lo podrías haber gestionado desde una comunicación asertiva?

- ¿Crees que las consecuencias sería las mismas?

2. Reflexiona sobre los beneficios y desventajas del empleo de un estilo de comunicación asertiva.



**Tabla A6.**

*Autorregistro de comunicación*

<b>Situación problemática</b>	<b>¿Cómo actuaste?</b>	<b>Alternativa asertiva</b>



Imagina un tablero de ajedrez donde hay fichas blancas y negras en mitad de una partida. Las fichas blancas serían los pensamientos “positivos”, es decir, aquellas cosas que nos gusta pensar. En cambio, las fichas negras son los pensamientos, sentimientos, etc, contra los que luchamos y rechazamos, y que queremos sacar de nuestra vida. Teniendo la situación así planteada en la imaginación te pregunto... ¿quién eres tú en este tablero de ajedrez? Tal vez has contestado que eres las fichas blancas. Si ha sido así, te pediré que pienses alguna otra alternativa. Si no fueras las fichas blancas ¿quién podrías ser? Tal vez podrías ser el tablero que permite jugar en la partida tanto a las fichas blancas (los pensamientos, emociones, etc. que nos agradan) como las negras (los que no nos agradan). Todos tenemos tanto aspectos “blancos” como “negros”, no podemos ser solamente las fichas blancas. Hasta ahora, tal vez algunos hemos entendido que debemos jugar al juego de ajedrez intentando que las fichas blancas ganen la partida; pero esta manera de jugar ha sido poco eficaz y nos habrá reportado más pesadumbre que bienestar, ya que cuanto más hemos querido hacer triunfar las blancas, las negras más se resistían a desaparecer.



-Terapeuta: Vamos a hacer un ejercicio para tratar de tener la experiencia de que tú no eres tu programación. No hay nada correcto o incorrecto en el ejercicio, todo lo que ocurre es adecuado. Ponte cómodo/a, cierra los ojos y sigue mi voz. Si notas que te evades, no pasa nada, vuelve hacia lo que dice mi voz...Por un momento, centra tu atención en esta habitación, fotografiala, imagínate a ti mismo/a en esta habitación exactamente en el lugar donde te encuentras. Ahora dirígete dentro de tu piel, en contacto con tu cuerpo. Nota que estás sentado/a en la silla. A ver si puedes notar la forma que hay a través del contacto de tu piel con la silla. Nota las sensaciones que están allí. Mira cada una de ellas, reconoce cada sentimiento y permite a tu conciencia pasar sobre ellos. Nota cualquier emoción que estés teniendo, y si la tienes sólo reconócela.

-Terapeuta: Ahora intenta tener contacto con tus pensamientos y, en silencio, míralos un momento. Ahora quiero que los notes. Tú has notado estas sensaciones, estos pensamientos, estos sentimientos. Y esa parte de ti la llamaremos “tu yo observador”. Hay una persona ahí, detrás de tu mirada que es consciente de lo que yo estoy diciendo ahora. Y es la misma persona que has sido toda tu vida. En un sentido profundo, este yo observador, es el yo observador que tú llamas “yo”. Ahora quiero que recuerdes algo que ocurrió el verano pasado. Levanta el dedo cuando tengas la imagen en tu mente. Bien, ahora mira alrededor. Recuerda todas las cosas que ocurrieron entonces, recuerda los edificios, los sonidos, tus sentimientos, y conforme lo haces, a ver si puedes notar, también, que tú estabas allí, notando lo que estabas notando. Mira si puedes captar a la persona que hay detrás de tus ojos quien veía, oía y sentía. Estabas allí entonces y estás aquí ahora. No te pido que creas en esto. Sólo te pido que tengas la experiencia de ser consciente y probar y ver si no es cierto que en sentido profundo ekl yo que está aquí ahora estuvo allí entonces. La persona consciente de que tú eres consciente de aquí y ahora y de allí entonces. Observa si puedes notar esta continuidad de lo esencial, en algún profundo sentido, a nivel de la experiencia, no de la creencia. Tú has sido tú, toda tu vida”.

## **Anexo XXII. Meditación del cuerpo o body-scan (Vargas, 2023)**

[...] Primero, intenta tomar conciencia de tu cuerpo como un todo, desde la cabeza hasta los dedos de los pies. Siente su peso en los cojines, la cama o el suelo debajo de ti. Intenta ser consciente de todo tu cuerpo, su peso, su temperatura, cómo se siente. Luego, toma conciencia de la respiración – siéntela entrando y saliendo del cuerpo. Siente el pecho y el abdomen subiendo y bajando al mismo tiempo que entra y sale la respiración: la espalda, los hombros, incluso los brazos o las piernas. Puedes usar la respiración para profundizar tu relajación corporal, llevando la respiración a cualquier zona de tensión, molestia o dolor que sientas, y cultivando un sentido de soltar mientras exhalas. Ahora trae tu atención a todas las partes del cuerpo, permitiendo que descansa en cada parte durante unos momentos. Puedes empezar con la cabeza e ir recorriendo lentamente el cuerpo hacia abajo hasta los pies, o viceversa. Conforme tomas conciencia de cada parte de tu cuerpo, trata de entrar en contacto directo con tu experiencia corporal, de modo que no estés “observando” el cuerpo desde fuera, por así decirlo, sino que te encuentres dentro de tu propio cuerpo, habitándolo. A la par que tomas conciencia de cada parte de tu cuerpo, intenta aceptar cualquier sensación con la que te encuentres. Algunas partes pueden que se sientan relajadas, sueltas y cómodas, mientras que otras partes tal vez se sientan tensas, incómodas o con dolor. Y aún otras partes puede que se sientan insensibles. La práctica consiste en aceptar cualquier sensación con la que uno se encuentre, tal y como es. Si las sensaciones son agradables intenta aceptarlas sin intentar aferrarte a ellas. Si son dolorosas, intenta aceptarlas sin intentar rechazarlas, llevando la respiración a ellas, soltando en esa zona del cuerpo. (Rywerant, 1983, pág.35)

### **Anexo XXIII. Role playing de asertividad sexual**

En primer lugar, identifica una situación pasada donde no supiste establecer tus límites sexuales y explica lo que sucedió, como actuaste y como te sentiste. A continuación, con ayuda del terapeuta se replicará la situación pero aplicando las estrategias asertivas que hemos aprendido.

Tras la ejemplificación de esta situación, responde de manera asertiva a la siguiente situación hipotética:

- Imagina que llegas a casa tras un largo día de trabajo, estas agotado/a, no te encuentras bien y llevas todo el día pensando en llegar a casa para meterte en la cama y dormir, pero tu pareja te manifiesta que quiere mantener relaciones sexuales. Ante tu negativa, tu pareja comienza verbalizar expresiones como “que ya no lo/a quieres”, “si lo/a quisieras siempre tendrías ganas”...



A continuación, se proporciona un listado con diferentes situaciones presentes en la manipulación emocional. Marca todas las situaciones que has vivido en tu relación de pareja actual.

- Mi pareja suele comunicarse a través del empleo de gritos, llantos o enfados.
- Con frecuencia siento que mi pareja no te deja hablar o invalida tus opiniones.
- Mi pareja suele manipular y mentir sobre los hechos, logrando victimizarse para desviar el tema.
- Mi pareja suele atacarme de forma repentina con cosas negativas.
- Con frecuencia mi pareja emplea bromas o sarcasmo como forma de ataque.
- Mi pareja suele castigarme con silencio e indiferencia.
- Mi pareja no suele mostrar empatía.
- En las discusiones mi pareja suele emplear expresiones como “tú verás lo que haces”, “tendrá consecuencias”, “si me dejas me suicido”, “haz lo que quieras”, “yo sí lo haría por ti”, “nadie te querrá como yo”.
- Frecuentemente mi pareja me indica que estoy exagerando o siendo demasiado sensible.



**AUTORREGISTRO FUNCIONAL**

SITUACIÓN	EXPERIENCIA PSICOLÓGICA	CONDUCTA	FINALIDAD	CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO		CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO	
				Lo que hice tuvo como resultado <b>positivo</b> que...	Lo que hice tuvo como resultado <b>negativo</b> que...	Si sigo haciendo lo mismo, cuando me siento así en estas situaciones, a la larga (en años) tendré como resultado <b>positivo</b> que...	Si sigo haciendo lo mismo, cuando me siento así en estas situaciones, a la larga (en años) tendré como resultado <b>negativo</b> que...
Contar brevemente la situación que disparó la experiencia psicológica que valoro como aversiva, negativa, etc.	Descripción de los contenidos de dicha experiencia.	Lo que hice inmediatamente después de sentirme así fue lo siguiente:	Esto lo hice para conseguir...	Lo que hice tuvo como resultado <b>positivo</b> que...	Lo que hice tuvo como resultado <b>negativo</b> que...	Si sigo haciendo lo mismo, cuando me siento así en estas situaciones, a la larga (en años) tendré como resultado <b>positivo</b> que...	Si sigo haciendo lo mismo, cuando me siento así en estas situaciones, a la larga (en años) tendré como resultado <b>negativo</b> que...
	<p>Me vinieron estos <i>Pensamientos</i></p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>Noté estas <i>Emociones</i></p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>Noté estas <i>Sensaciones físicas</i></p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>Noté estos <i>Impulsos/deseos</i></p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>Otros contenidos (imágenes, recuerdos, etc.)</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p> <p>"</p>						



-Terapeuta: Supón que eres un/a jardinero/a que amas tu jardín; que te gusta cuidar de tus plantas, y que nadie más que tú tiene responsabilidad sobre el cuidado de ellas. Supón que las plantas son como las cosas que quieres en tu vida, y piensa: ¿cuáles son las plantas de tu jardín?

-Posible respuesta del/de la paciente: Mi familia, amigos, mi trabajo, me gusta mucho mi trabajo, etc.

-Terapeuta: ¿Cómo ves las plantas como jardinero/a? ¿Tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Estás cuidando las plantas qué más quieres como querrías cuidarlas?...

-Posible respuesta del/de la paciente: No, para nada... me he desvinculado de absolutamente todo lo que me enriquece y me da paz...

-Terapeuta: Claro que no siempre dan las flores en el lugar que quieres, en el momento que lo deseas; a veces se marchitan a pesar del cuidado; la cuestión es cómo ves que las estás cuidando, ¿qué se interpone en tu camino con las plantas, en su quehacer para con ellas?

-Posible respuesta del/de la paciente: no sé, no tengo tiempo de cuidarlas... y no sé si merezco disfrutar de ellas... me vienen muchos pensamientos y recuerdos malos...

-Terapeuta: Quizás estés gastando tu vida en una planta del jardín. En los jardines crecen malas hierbas. Imagina un/a jardinero/a que las corta tan pronto las ve, pero las malas hierbas vuelven a aparecer y nuevamente el/la jardinero/a se afana en cortarlas y así abandona el cuidado del jardín para ocuparse de ese problema. No obstante, las malas hierbas, a veces, favorecen el crecimiento de



otras plantas, bien porque dan espacio para que otras crezcan, bien porque hacen surcos. Puede que esa planta tenga algún valor para que las otras crezcan. A veces las plantas tienen partes que no gustan pero que sirven, como ocurre con el rosal que para dar rosas ha de tener espinas. Cualquier jardinero/a sabe que el crecimiento de sus plantas no depende de su estado de ánimo, sino que cada planta requiere un cuidado sistemático y apropiado y a pesar de ello, nadie puede garantizar el resultado completo con cada planta, ... Quizá al jardinero le gustase que el cuidado de una planta diese a la luz una planta con un número de flores blancas de un tamaño preciso, en un tiempo concreto. Pero el/la jardinero/a sabe muy bien que la planta puede ofrecer otras flores distintas, en menor número y desprendiendo un olor menos agradable que el deseado, o quizá más. No es algo que el jardinero pueda controlar. La cuestión es si a pesar de ello valora el cuidado de esas plantas. A veces puede impacientarse si la planta tarda en crecer o lo que crece inicialmente no le gusta. Si el/la jardinero/a arrancara de cuajo lo plantado y pone otra semilla, nunca verá crecer la planta, y su vida girará sólo en poner semillas sin llegar a vivir cada momento del crecimiento. Otra opción es seguir cuidando las plantas, con lo que ofrezcan en cada momento.

-Posible respuesta del/de la paciente: ¿eso quiere decir que tengo que continuar con mi vida a pesar de los recuerdos?... quizás tenga sentido, al fin y al cabo, estarán ahí siempre ¿no? Aunque es difícil...



**Anexo XVII. Ejercicio balance coste-beneficios**

**Tabla A7**

*Coste-Beneficios del mantenimiento de valores*

<b>Valor</b>	<b>Beneficios</b>		<b>Costes</b>	
	<b>Corto plazo</b>	<b>Largo Plazo</b>	<b>Corto plazo</b>	<b>Largo plazo</b>



-Terapeuta: Cierra los ojos y relájate durante unos minutos. A partir de ahora pon atención a lo que te voy diciendo y trata de imaginarlo vívidamente en tu mente. Imagina que por un giro del destino has muerto, pero puedes asistir a tu funeral en espíritu. Estás viendo y escuchando las cosas buenas que sobre ti dice tu madre, tu padre, tus hermanos/as, tus amigos/as, tus profesores/as y otros/as asistentes. Imagina esta situación y quédate emocionalmente en el velatorio. Ahora me gustaría que visualices lo que te gustaría que estas personas, que forman parte de tu vida, recordaran de ti. ¿Qué te gustaría que tu madre o tu padre recordaran de ti como hijo?

-Posible respuesta del/la paciente: No sé...¿que he sido un/a buen/a hijo/a?

-Terapeuta: Haz que ella lo diga. Deja que ella diga exactamente lo que te gustaría que dijera si pudieras elegir libremente sobre ello. (PAUSA Y SE PERMITE AL/LA PARTICIPANTE HABLAR).

-Terapeuta: Ahora, ¿qué te gustaría que tus hermanos/as recordarán de ti como hermano/a? No pienses en el pasado. ¿Si tú pudieras elegir lo que dicen de ti, ¿qué sería? Si no has vivido hasta ahora como querías, diles cómo te gustaría ser.

-Posible respuesta del/de la paciente: No sé...quizás que me querían mucho y que estaban orgullosos/as de mí...(PAUSA Y SE PERMITE AL/A LA PARTICIPANTE HABLAR)

-Terapeuta: Ahora, ¿qué te gustaría que tus amigos/as recordaran de ti? Deja que digan lo que quieran, sin contenerse.

-Posible respuesta del/de la paciente: Que me van a echar de menos y que ya no será lo mismo sin mí...(PAUSA Y SE PERMITE AL/LA PARTICIPANTE HABLAR).

-Terapeuta: ¿Ha sido como hubieras querido? Sólo toma nota en tu mente de las cosas que te han



**Universidad  
Europea** CANARIAS

dicho. Ahora vamos a ir volviendo poco a poco a habitación y paulatinamente vamos abriendo los ojos.

### **Anexo XXIX. Metáfora del lodo (Vargas, 2023)**

“Supón que estás empezando un viaje hacia una bonita montaña que estás viendo claramente desde la distancia. Al poco tiempo de empezar la marcha andas derecho a un lodazal que se extiende tan lejos como te alcanza la vista en todas las direcciones. Te dices a ti mismo: No voy a hacer lo que iba a hacer si tengo que ir a través del barro. Todo es maloliente y fangoso y me humedece los zapatos. Me cuesta sacar los pies fuera del fango. Estoy mojado y cansado. ¿Por qué nadie me habló de este lodazal? Cuando esto ocurre uno puede elegir: abandonar el viaje o entrar en el lodo. La terapia es como eso. La vida es como eso. Vamos hacia el barro, no porque queramos ponernos perdidos, sino porque hay barro entre nosotros y el lugar hacia el que nos dirigimos.”