



Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología

**“Efectos del entrenamiento en Mindfulness en consultantes
con Trastorno de la Personalidad Límite”**

Trabajo Final de Carrera
Mayo 2022

Alumna: Salvado Valentina

Matricula: 40221296

ID: 14-7385

Tutora: Lorna Osgood

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Presentación del tema	3
Planteo del problema y pregunta de investigación	4
Relevancia y justificación de la temática	4
Objetivos generales y específicos	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Alcances y límites del trabajo	6
Antecedentes	6
Estado del arte	8
Marco teórico	10
Desarrollo metodológico	12
Procedimiento	12
Índice comentado	12
Capítulo I: Trastorno de la Personalidad Límite	13
1.1. Definición y aspectos diagnósticos	13
1.2. Tratamiento para el TLP	16
Capítulo II: Teoría Biosocial del Trastorno de la Personalidad Límite	18
2.1. Teoría Biosocial	18
2.2. Terapia Dialéctico Comportamental	22
Capítulo III: Módulo de Mindfulness	27
3.1. Definición y componentes	28
3.2. Mindfulness y Psicoterapia	29
3.3. Mindfulness para la Terapia Dialéctico Comportamental	30
Capítulo IV: Efectos del entrenamiento en Mindfulness	36
4.1. Efectividad de la Terapia Dialéctico Comportamental	36
4.2. Efectos del Mindfulness en la sintomatología del TLP	37
Conclusión	41
Referencias bibliográficas	43

Resumen

En el siguiente trabajo final de carrera se expondrán los efectos del entrenamiento en Mindfulness en el contexto de la Terapia Dialéctico Comportamental (TDC) sobre la sintomatología de los consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite (TLP). El TLP es un trastorno de gran complejidad que se caracteriza por una desregulación emocional, la cual lleva a problemas de identidad, cognitivos, en las relaciones interpersonales y en el control de los impulsos. La TDC utiliza técnicas de la tradición zen, la terapia de la conducta y la filosofía dialéctica para lograr un equilibrio entre aceptación y cambio, y propone un dispositivo focalizado en el aprendizaje de habilidades de regulación emocional. En la presente tesina desarrollaremos específicamente las habilidades del Módulo de Mindfulness o Conciencia Plena para dar cuenta de los beneficios que tiene su práctica en la calidad de vida de personas con Trastorno de la Personalidad Límite.

Palabras claves: trastorno de la personalidad límite, desregulación emocional, terapia dialéctico comportamental, mindfulness, conciencia plena.

Introducción

Presentación del tema

En el siguiente trabajo indagaremos sobre los efectos del entrenamiento en Mindfulness en la sintomatología de los consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite. Según el DSM 5 un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, siendo el mismo estable a lo largo del tiempo y presenta malestar o prejuicios para el sujeto.

Uno de los trastornos de personalidad más diagnosticados en nuestra sociedad es el Trastorno de la Personalidad Límite (TLP), el cual se caracteriza, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Edición Nro 5, por ser un patrón persistente de inestabilidad en relación a la imagen corporal, las relaciones interpersonales y la afectividad. Dicho trastorno se caracteriza también por la dificultad que presentan los individuos en cuanto al control de impulsos y la gran desregulación emocional que todo esto conlleva.

A lo largo de los años se han propuesto diversos enfoques y tratamientos para abordar este trastorno de gran complejidad, pero en este trabajo tomaremos la Terapia Dialéctico Comportamental (TDC) como dispositivo para abordar al mismo. La terapia TDC fue creada por Marsha Linehan a fines de la década del 70, específicamente para el tratamiento de consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite, dicho trastorno lo describe a partir de la Teoría Biosocial en la cual plantea la idea de desregulación emocional como resultado de una vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante. Su dispositivo se basa en el entrenamiento de habilidades, las cuales se dividen en cuatro grandes módulos: "Efectividad Interpersonal", "Tolerancia al Malestar", "Regulación Emocional" y "Mindfulness". Este último módulo que plantea es en el cual indagaremos para describir los efectos que tiene esta práctica en personas con TLP.

Definiremos al Mindfulness, o Conciencia Plena por su traducción en castellano, como la práctica de prestar atención de una manera en particular en el momento presente, con intención y de manera no juiciosa (Kabat-Zinn J., 1994). Linehan plantea que sería muy fácil focalizarnos solamente en modificar la manera en la que piensa el individuo para resolver los problemas. Es por esto que su teoría se basa en la flexibilidad y la aceptación del paciente de sus experiencias internas y pensamientos (Linehan, 1998).

A partir de esto, podríamos llegar a establecer que el entrenamiento en Mindfulness será central para poder encontrar un balance entre la aceptación y el cambio de conductas,

llevando así a una disminución de la sintomatología del trastorno gracias a los beneficios de esta técnica.

Problema y preguntas de investigación

Como punto de partida de esta investigación encontramos como problemática la dificultad para el abordaje y tratamiento de consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite. Esto se debe a la complejidad, cronicidad y comorbilidad del mismo, como así también las alteraciones en las relaciones interpersonales y la egosintonía que los caracteriza, llevando así a un gran desafío a la hora de adherirse a un tratamiento (Fernandez Alvarez y Opazo, 2004).

La gravedad del trastorno, la elevada prevalencia, la tasa de mortalidad, el coste Institucional, así como las dificultades que se presentan al aplicar una psicoterapia a consultantes con TLP, son factores que han propiciado la proliferación de estudios que evalúan la eficacia de tratamientos (Fernández-Guerrero y Palacios- Vicario, 2017).

A raíz de esto surgen a la vez varios interrogantes que se analizarán a lo largo de la investigación.

- ¿Cuáles son las características de la sintomatología de las personas con Trastorno de la Personalidad Límite?
- ¿Cuál es la terapia que tiene más evidencia de efectividad a la hora de abordar el Trastorno de la Personalidad Límite?
- ¿ A partir de qué teoría podemos explicar la desregulación emocional que presentan los consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite?
- ¿Qué aporte y beneficios tiene el entrenamiento en Mindfulness para disminuir la sintomatología del Trastorno de la Personalidad Límite?

Relevancia y justificación de la temática

A pesar de los grandes avances que se han logrado con el tiempo, los trastornos de personalidad afectan alrededor del 12% de la población general, mostrando una gran disfunción social y mayor utilización de los sistemas asistenciales de salud. Dichos trastornos conllevan un deterioro que nos lleva a resaltar la importancia de aumentar los conocimientos respecto a la evolución y tratamiento de los mismos (Fernandez, Alvarez, 2011).

El Trastorno de la Personalidad Límite no sólo conlleva un gran sufrimiento para la persona que lo padece debido a la dificultad que le trae a nivel emocional, como interpersonal y

laboral, sino también para las personas que los acompañan en su día a día, ya sean amigos, familiares o pareja. En este trabajo nos enfocaremos específicamente en el paciente y no en el entorno social del mismo.

La prevalencia de este trastorno de personalidad se estima aproximadamente entre un 1,6% y 5,9%. Por un lado, en la atención primaria la prevalencia se estima alrededor del 6% y 10% entre los usuarios que asisten a centros de salud mental, y por otro lado, encontramos una prevalencia del 20% entre los consultantes hospitalizados en el área de psiquiatría. Además, el trastorno se diagnostica de forma predominante en mujeres, aproximadamente un 75% y suele disminuir su prevalencia en grupos de mayor edad (APA, 2013, DSM V, P.665).

Por otro lado, se estima que aproximadamente el 75% de los consultantes con TLP tiene comorbilidad con otros trastornos mentales, como los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares, alimenticios (especialmente la bulimia nerviosa), el consumo de sustancias, estrés post traumático, déficit de atención y también con otros trastornos de personalidad (Barrachina et al., 2011). Además, la tasa de mortalidad en estos consultantes presenta un elevado riesgo debido a las conductas suicidas y parasuicidas que presenta su sintomatología, la cual estima de 4-10% (Zanarini Frankenburg, Hennen, Reich y Silk, 2005).

Objetivos generales y específicos

Objetivo general

- Determinar el efecto del entrenamiento en Mindfulness en el contexto de la Terapia Dialéctica Comportamental sobre la sintomatología de los consultantes diagnosticados con Trastorno de la Personalidad Límite.

Objetivos específicos

- Establecer las características de la sintomatología de los consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite.
- Explorar la Teoría Biosocial de Marsha Linehan para describir el Trastorno de la Personalidad Límite.
- Describir y desarrollar el módulo de Mindfulness de la Terapia Dialéctica Comportamental.
- Especificar los beneficios que genera el entrenamiento de habilidades en Mindfulness en consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite.

Alcances y límites del trabajo

En la presente tesina se indagará sobre los efectos que tiene el entrenamiento en Mindfulness en consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite (TLP). Se tomaron los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Límite descrito en el DSM 5.

No se pretende incluir en el trabajo el tratamiento con niños, ya que el diagnóstico de dicho trastorno tiene lugar a fines de la adolescencia o principios de la vida adulta hasta los 30-40 años aproximadamente, luego disminuye su prevalencia en grupos de mayor edad.

A pesar de que hay investigaciones que abordan la temática de los trastornos de personalidad desde diferentes enfoques teóricos, como puede ser el psicodinámico o el cognitivo clásico de Aron Beck, tomaremos como abordaje una de las terapias de tercera generación, la Terapia Dialéctico Comportamental (TDC) de Marsha Linehan. Nos enfocaremos en este tipo de terapia únicamente debido a la extensión que implicaría abordar los demás enfoques.

El propósito de este trabajo es describir la eficacia del entrenamiento en habilidades de Mindfulness para el abordaje de consultantes con TLP. La teoría propuesta por la autora está compuesta por cuatro grandes módulos para la intervención de estos consultantes, pero en este trabajo nos enfocaremos principalmente en el Módulo de Mindfulness para determinar los efectos de esta práctica en la sintomatología presente en estas personas ya que es el mismo el cual contiene las habilidades básicas que estarán presentes en los demás módulos establecidos.

Antecedentes

Los trastornos de la personalidad se han estudiado desde la antigüedad. Según Tania Escribano Nieto en su artículo "Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento" (2006), uno de los primeros trabajos de la personalidad fue realizado por Hipócrates, quien identificó a partir de los humores corporales (bilis negra, bilis amarilla, sangre y flema), cuatro temperamentos básicos: el melancólico (pesimista), el colérico (irritable), el sanguíneo (optimista) y el flemático (apático). Siglos más adelante, comienzan a aparecer psiquiatras como Esquirol y Pinel, quienes describen a partir de situaciones clínicas, los tipos de personalidad considerados "socialmente inadaptados".

A partir del S.XX, autores como Krepelin, Breuer y Freud, realizan diferentes estudios para ir identificando tipos más específicos de personalidad. En 1923, Schneider, define a los trastornos de personalidad como "personalidades anormales" ya que se desviaban de la media respecto a la variación de "personalidad normal", y lo cual los llevaba a padecer sufrimiento debido a sus "anormalidades". Estas personalidades se caracterizaban por presentar un

trastorno en la conducta, falta de veracidad y egoísmo. Por otro lado, en 1926, Kretschmer propone una dimensión en la cual se encontraban diferentes personalidades patológicas que se extendían desde la esquizofrenia hasta la psicosis maníaco-depresiva, dependiendo de la gravedad de la misma.

Durante los años que se fueron estudiando los trastornos de personalidad, comenzaron a surgir autores describiendo consultantes con síntomas a los que hoy asociamos el Trastorno de la Personalidad Límite. En la antigüedad, Hipócrates ya había planteado que habían sujetos en los cuales coexisten la impulsividad, la melancolía y la ira. Pero en 1684 Bonet fue el primero en unir los estados de ánimo inestables y las conductas impulsivas en un síndrome al cual llamó “folie maniaco-mélancolique”. Años más tarde, Baillarger y Falret denominaron a estos consultantes bajo el término de “folie à double formé” o “folie circulaire” debido al carácter inestable y cambiante que los caracterizaba (Millon y Davis, 1998).

Krepelin (1921) habla de una “personalidad excitable” y Schneider (1923) comienza a denominar “personalidad lábil” haciendo referencia a los sujetos con este tipo de síntomas. En 1925, por un lado Kretschmer enfatizó sobre el curso impredecible del trastorno y la volubilidad emocional que presentaban los sujetos. Y por otro lado, Reich, destaca que los consultantes manifestaban un narcisismo primitivo, graves alteraciones del SuperYó y predominaba también la agresión infantil. Pero, es recién en 1938, cuando Stern denomina por primera vez el término límite (Nieto, 2006).

En un contexto principalmente psicoanalítico, Kernberg en 1967, define a la organización de personalidad límite como un nivel intermedio entre las estructuras de psicosis y neurosis (Ferrer Vinardell, 2013). A la vez, comienzan a aparecer las categorías del DSM, las cuales van cambiando la clasificación de los trastornos de la personalidad a lo largo del tiempo (Cabello, 2004). En 1952, el DSM-I, define a los trastornos de personalidad como un conjunto de rasgos disfuncionales que producen un comportamiento inflexible. Y en 1968, el DSM-II, agregó el malestar subjetivo significativo y el deterioro funcional que estos conllevan. Para este entonces, no se consideraba el Trastorno de la Personalidad Límite como una entidad diagnóstica definida y válida sino que se utilizaba para casos de indecisión clínica.

En 1980, la APA realiza cambios en la clasificación y conceptualización de los trastornos de personalidad, incorporando criterios específicos, por lo que en el DSM-III, los trastornos de personalidad se encuentran en un eje separado (Eje II) y es donde se incluye por primera vez el Trastorno de la Personalidad Límite como un trastorno diagnosticable. El DSM-IV y sus respectivas revisiones fueron incorporando datos a partir de los nuevos conocimientos sobre estos trastornos para así lograr una mayor validez a la hora de llegar a un diagnóstico. Las descripciones del DSM continuaron evolucionando a medida que aumenta la evidencia y conocimiento de dichos trastornos hasta llegar a lo que hoy en día conocemos

como DSM 5 y en el cual encontramos los criterios diagnósticos para el Trastorno de Personalidad Límite que abordaremos en este trabajo.

Milion (1981), plantea que las personas con Trastorno de la Personalidad Límite tienen una falta de sentimiento de identidad, como resultado de factores biopsicosociales que lleva a un accionar disfuncional. Estos consultantes se caracterizan por no tener metas claras y conscientes y no cuentan con las mismas estrategias para lidiar con la resolución de problemas como otros individuos.

En 1990, Aron Beck describe a este trastorno como un patrón inflexible de percepción y pensamiento. Los pensamientos sobre sí mismos, sobre su propia imagen y sobre el ambiente y sus relaciones, los cuales les presentan dificultades en distintas áreas de su vida. Y en 1992, Jeffrey E. Young establece que son personas con esquemas desadaptativos tempranos que son activados en diferentes eventos y dan resultado a respuestas emocionales que traen comportamientos problemáticos.

A medida que va avanzando la conceptualización de los trastornos de personalidad, también van surgiendo intervenciones desde diferentes enfoques teóricos para el abordaje de los mismos. Desde un enfoque psicodinámico, encontramos la Terapia Expresiva de Apoyo de Otto Kernberg (1996); la Terapia basada en la Mentalización de Bateman y Fonagy (2004), la cual consiste en un programa de 18 meses en una unidad de hospitalización parcial; y la Terapia Focalizada en la Transferencia de Clarkin, Levy, Lenzenwagner y Kernberg (2006), la cual se basa en el análisis de los mecanismos de defensa activados en la situación terapéutica.

Steven Hayes (2004) organiza el campo psicoterapéutico cognitivo-conductual en tres generaciones, la primera corresponde a las terapias que tienen como fuente teórica el conductismo y la segunda pone énfasis en los aspectos cognitivos y sociales. Desde este enfoque encontramos la Terapia Cognitiva de Beck y Freeman (1990-1995), la cual está orientada a poder corregir e identificar los pensamientos y procesos cognitivos disfuncionales; y la Terapia centrada en los Esquemas de Young (1994), la cual apunta a ayudar al paciente a encontrar modos funcionales que le permitan cubrir las necesidades emocionales vinculadas al origen de las disfunciones. Por otro lado, tenemos las terapias de tercera generación que centran su perspectiva terapéutica en el contexto, como la Terapia Dialéctico Comportamental de Marsha Linehan (1987), enfocada en equilibrar estrategias de cambio con técnicas de aceptación, teniendo en cuenta no sólo lo individual sino también las relaciones y el entorno, y la cual tomaremos como abordaje específico para el tratamiento de consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite.

Estado del Arte

Una vez que surgen las terapias de tercera generación a la hora de abordar diversos trastornos como son los de la personalidad, comienzan a realizarse nuevas investigaciones y aparece más información sobre los tratamientos más eficaces a la hora de trabajar con consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite (TLP). En 2012, Cuevas Yust, Carlos ; López Pérez-Díaz y Ángel Gustavo realizan una revisión sobre las intervenciones más eficaces para el tratamiento del Trastorno de la Personalidad Límite. En este mismo artículo establecen, basándose en la evidencia científica, que la Terapia Dialéctico Comportamental es, al momento, el abordaje psicoterapéutico con mayor validez empírica, sobre todo en lo que respecta a las impulsividad, la ira y las agresiones que caracterizan al trastorno, llevando a una disminución de las tendencias suicidas y conductas autolíticas.

También aparecen en los años siguientes autores como Lencioni, Guillermo, Sandomirsky, Marcelo Ariel y Klein, Eliana Carol, presentando trabajos sobre la integración de modelos para el abordaje clínico de los consultantes con TLP. En su estudio comparan dos modelos: La Terapia Dialéctico Comportamental de Marsha Linehan y La Terapia Basada en la Mentalización de Bateman y Fonagy, teniendo en cuenta específicamente la labor terapéutica, las técnicas a utilizar, la posición del terapeuta y la habilidad que proponen (Mindfulness para TDC y capacidad de mentalización para MBT). El objetivo principal del análisis se basó en poder comunicar la importancia de una correcta integración de estrategias de ambos modelos para aportar nuevas herramientas a la mejoría y evolución del cuadro de dichos consultantes.

La Terapia Dialéctico Comportamental está compuesta por cuatro grandes módulos en los que se basa para intervenir. Uno de ellos es el Módulo de Mindfulness, un concepto que ha ganado un gran lugar en el ámbito de la psicología, surgiendo así diferentes entrenamientos propuestos para incorporar como otra intervención de tratamiento posible.

En 2017, Pérez Escobar, Catalina realiza un estudio con el fin de conocer los beneficios y efectos de esta práctica dentro de la psicoterapia, dentro de los cuales destaca el alivio de sufrimiento, la disminución de los juicios de valor, la mejora en la comunicación y las relaciones interpersonales, la aceptación de los pensamientos y experiencias de la persona, llevando así a promover un mejor bienestar en los consultantes que padecen un trastorno complejo. Una cuestión muy importante que destaca la autora es que la práctica de Mindfulness, no sólo contribuye a poder utilizar otra herramienta en el proceso psicoterapéutico, sino que es una capacidad fundamental a tener en cuenta a la hora de la evaluación de cualquier cuadro, ya que todos los seres humanos pueden entrenarla para lograr cambios positivos porque interfiere en diversos procesos cognitivos como el proceso atencional.

El mismo año, Paladino, Carlos indaga sobre los alcances y limitaciones del Mindfulness como práctica clínica para evaluar la eficacia de la misma. A través de la revisión de guías de tratamientos eficaces, el autor llega a la conclusión que el único tratamiento eficaz

hasta el momento que presenta como componente principal el Mindfulness es la Terapia Dialéctica Comportamental, propuesta inicialmente para el abordaje del Trastorno de la Personalidad Límite y que hoy en día puede utilizarse también para otros trastornos de gran complejidad. El autor plantea que aún se necesita mayor investigación para determinar los alcances de la misma, pero que esto no quiere decir que haya ausencia de evidencia.

Marco Teórico

En el presente trabajo, definiremos a la personalidad como el conjunto de características o rasgos, que mejor describen el modo de ser, de sentir y de comportarse habitual de un individuo, de modo que es posible predecir con gran precisión su funcionamiento social, emocional y conductual en diversos contextos y momentos vitales (Fernandez Alvarez, 2004). Los rasgos son universales y dimensionales, y cuando estos se vuelven disfuncionales, es decir que la personalidad del sujeto causa un malestar significativo, es cuando hablamos de lo patológico. Muchos autores han definido a los trastornos de personalidad, pero en este trabajo tomaremos la definición establecida en el DSM 5, en el cual encontraremos diversos criterios diagnósticos con los cuales debe contar la persona para considerar que estamos frente a un trastorno de personalidad:

Trastorno general de la personalidad

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

Criterios Diagnósticos (DSM 5)
<p>A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos). 2. Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional). 3. Funcionamiento interpersonal. 4. Control de los impulsos.
<p>B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p>
<p>C. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en lo s la actividad social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana.
E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o de otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico)

El DSM 5 clasifica los diez trastornos de personalidad en tres clusters o grupos (A/B/C). En el grupo A encontramos aquellos consultantes considerados extraños, excéntricos o introvertidos, los cuales presentan un déficit social, como el trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico. El grupo C se caracteriza por personas muy ansiosas o temerosas con presencia de conflictos interpersonales e intrapsíquicos, como el trastorno evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo. Y en el grupo B es donde encontraremos el Trastorno de la Personalidad Límite que se caracteriza por una labilidad afectiva, conductas descontroladas y frecuentes problemas con las normas, es aquel inestable y conflictivo, dentro del cual también tenemos al trastorno antisocial, histriónico y narcisista. Especificaremos los criterios diagnósticos de este trastorno en el Capítulo I de nuestro trabajo.

Terapia Dialéctico Comportamental (TDC)

En la presente tesina seguiremos la línea de la Terapia Dialéctico Comportamental creada por Marsha Linehan específicamente para el abordaje de consultantes con TLP. Esta teoría se encuentra dentro de las terapias denominadas de tercera generación, las cuales han avanzado notablemente en los últimos años. Este modelo de intervención está compuesto por elementos de la filosofía dialéctica, la terapia cognitivo-conductual y el Mindfulness.

La autora plantea que los criterios diagnósticos establecidos por el DSM 5 pueden explicarse a partir del concepto de desregulación emocional, lo cual nos permitirá explorar cómo describe el origen del Trastorno de la Personalidad Límite a través del Modelo Biosocial (Linehan, 1993).

Esta terapia se focaliza en la dialéctica entre cambio y aceptación, a través de la integración de prácticas de Mindfulness, tomando a los comportamientos disfuncionales, como pueden ser las autolesiones como consecuencia de la falta de habilidad para regular una emoción o como intento para regular la misma.

El objetivo de la terapia TDC será que el paciente pueda ir aprendiendo a focalizar la atención, sin emitir juicios de valor sobre sus pensamientos y emociones, para así poder ir aceptando las mismas. No busca evitar las emociones negativas, sino que se puede realizar un

cambio para aumentar las positivas. A través de la enseñanza de habilidades se buscará que el individuo pueda aprender a regular sus emociones (Elices y Cordero, 2011).

Desarrollo metodológico

Procedimiento

En la presente tesina, a partir de las variables del Trastorno de Personalidad Límite, la Terapia Dialéctico Comportamental y el módulo de entrenamiento en Mindfulness, se realizará una revisión bibliográfica de tipo descriptivo y explicativo. A partir de la búsqueda en libros como así también de investigaciones y artículos publicados en Google Scholar, SciELO, ResearchGate, entre otras, se logró recopilar la información necesaria para establecer los efectos y beneficios que tiene este tipo de abordaje de entrenamiento en habilidades de Mindfulness a la hora de intervenir con consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite (TLP). Para la realización del trabajo se incluye tanto bibliografía en español como en inglés.

Para ampliar y enriquecer el trabajo, se indagó sobre diversos autores tanto clásicos como contemporáneos que desarrollen sobre la temática, para así también poder comparar los diferentes abordajes específicos para los trastornos de personalidad, y así definir el marco desde el cual nosotros decidimos trabajar para describir y explicar los efectos de dichas intervenciones en la calidad de vida de las personas y su entorno.

Índice comentado

El material se organizará en tres capítulos:

1. **Trastorno de la Personalidad Límite:** abordará por un lado las características diagnósticas del trastorno de desregulación emocional, como así la evolución, curso y comorbilidad del mismo.
2. **Teoría Biosocial del Trastorno de la Personalidad Límite:** describirá la teoría propuesta por Linehan respecto a la sintomatología del Trastorno de la Personalidad Límite, teniendo en cuenta la vulnerabilidad biológica y el ambiente invalidante.
3. **Módulo de Mindfulness:** desarrollará el módulo de Mindfulness propuesto por Marsha Linehan en su Terapia Dialéctico Comportamental, describiendo las herramientas y el entrenamiento de estas habilidades.
4. **Efectos del entrenamiento en Mindfulness:** indagará sobre los beneficios que brinda la práctica de Mindfulness en la sintomatología de los consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite.

Capítulo I: Trastorno de la Personalidad Límite

1.1 Definición y aspectos diagnósticos

Criterios diagnósticos

Según el DSM 5, el Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad en la autoimagen, los afectos y las relaciones interpersonales, además de una intensa impulsividad. Estas características comienzan a finales de la adolescencia o comienzos de la edad adulta y está presente en diversos contextos. Para su diagnóstico es necesario cumplir con cinco (o más) de los criterios diagnósticos descritos a continuación:

Tabla 2. Criterios Diagnósticos del TLP según el DSM 5 (APA, 2013)

Criterios Diagnósticos (DSM 5)
1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), las personas con TLP presentan una mayor sensibilidad a los factores externos, lo cual los lleva a experimentar un intenso temor frente al abandono. Este miedo viene acompañado de un gran sentimiento de soledad y la necesidad de contar con un otro, lo cual los puede llevar a realizar comportamientos para evitar el mismo.

Otra característica de estas personas es que tienden a idealizar a las personas de su entorno, poniendo una gran intensidad en el vínculo. Pero también así es como pueden pasar a otro extremo y devaluar a esas mismas personas por pensamientos que toman de manera literal como puede ser "no me quiere" o "no le importo". Una figura importante en la vida de una persona con TLP, puede llegar a ser considerada como un gran apoyo pero también como un "castigador". Estos cambios inesperados también se reflejan en la autoimagen, algunos los podemos observar en cuestiones relacionadas a sus aspiraciones, metas y proyectos laborales, como así también modificaciones relacionadas a sus opiniones, valores, amistades y hasta su identidad sexual. Muchas veces, esta autoimagen es dañina y trae consigo el sentimiento de no tener una relación significativa de contención y apoyo.

Las conductas impulsivas que presentan pueden darse en distintos contextos y situaciones. Algunos de estos comportamientos pueden manifestarse en atracones de comida consumo de sustancias, gastos excesivos, relaciones sexuales sin protección, juego patológico o conducir de manera irresponsable. Además, son recurrentes tanto los comportamientos como las amenazas de suicidio o autolesiones como pueden ser quemaduras o cortes. Esto puede llevar a la persona desde una discapacidad física hasta una muerte prematura.

Por otro lado, las personas con TLP pueden experimentar episodios de intensa disforia, ansiedad e irritabilidad frente a estresores, que puede durar unas horas o en pocos casos algunos días. Son episodios que pueden traer consigo desesperación y pánico y no suelen aliviarse a pesar de una situación satisfactoria para el individuo.

Algunos de los sentimientos que suelen vivenciar son el resentimiento, la ira, la venganza y la culpa debido a pensamientos y creencias negativas. También, en casos de mucho estrés pueden aparecer síntomas de tipo psicótico como despersonalización, ideas paranoides, alucinaciones o distorsiones en la imagen corporal, pero no son síntomas con una duración significativa sino respuesta al abandono real o imaginario.

Otro rasgo predominante en estos consultantes es el boicot constante hacia ellos mismos cuando están cerca de cumplir un objetivo, esto puede suceder en cuestiones relacionadas a lo profesional, lo académico, las relaciones o incluso en el proceso psicoterapéutico. Por lo cual, la pérdida de empleo, el abandono de la educación o la separación son recurrentes. En cuanto a los antecedentes de personas con TLP, algunas de las situaciones que podemos observar son el abuso, tanto físico como sexual, la pérdida temprana de cuidadores y el abandono.

Desarrollo y curso

El curso y desarrollo de este trastorno presenta una gran variabilidad. Se puede observar un recurrente uso de los sistemas de atención y salud mental durante la edad adulta acompañado de episodios de conductas de impulsividad e inestabilidad, pero disminuyen los criterios diagnósticos especificados previamente luego de los diez años, al igual que las conductas de riesgo, las cuales prevalecen en adultos jóvenes. A pesar de que alrededor de los treinta y cuarenta años de edad, las personas pueden llegar a una estabilidad en cuanto a su funcionamiento profesional y sus vínculos, son sujetos que pueden experimentar emociones negativas y de mucha intensidad a lo largo de toda su vida (APA, 2013).

Diagnóstico diferencial

Es fundamental el diagnóstico diferencial en el TLP ya sea para descartar un trastorno como para diagnosticar más de uno. Por un lado, este trastorno puede presentar a la par que un trastorno bipolar o depresivo. Además, se puede dar un cambio de la personalidad debido a otra afección médica que afecte el sistema nervioso central. Por otro lado, el TLP se debe diferenciar del trastorno por consumo de sustancias, aquellos relacionados a problemas de identidad, como así también de otros trastornos de personalidad (APA, 2013).

Tabla 3. Diagnóstico Diferencial del Trastorno de la Personalidad Límite (DSM 5)

Otros trastornos	Características	Trastorno de la Personalidad Límite
Histrionico	Búsqueda de atención Comportamiento manipulativo Emociones rápidamente cambiantes	Autodestructividad Rupturas airadas en las relaciones interpersonales Sentimientos crónicos de profundo vacío y soledad
Esquizotipico	Ideas paranoides	Ideas paranoides pasajeras Interpersonalmente reactivos en respuesta a situaciones estresantes
Paranoide Narcisista	Reacciones coléricas a estímulos menores Relativa estabilidad de la autoimagen Relativa falta de autodestructividad, impulsividad y preocupaciones por el abandono	Reacciones coléricas a estímulos menores Inestabilidad de la autoimagen Autodestructividad Impulsividad Miedo al abandono real o imaginado
Antisocial	Comportamientos manipulativos: Dirigidos a obtener beneficios materiales	Comportamientos manipulativos: lograr el interés de quien se ocupa de él
Dependiente	Temor al abandono: respuestas de sumisión Búsqueda urgente de una relación que reemplace la anterior	Temor al abandono: Respuestas de ira. Respuestas de rabia

1.2. Tratamiento del Trastorno de la Personalidad Límite

Tratamiento Farmacológico

Actualmente no existe un fármaco de primera elección que se pueda utilizar para todos los casos de TLP ni para tratar todos los síntomas que puedan presentar, es por eso que a continuación describiremos los grupos de fármacos más utilizados en consultantes diagnosticados con TLP dependiendo de sus síntomas predominantes. El objetivo del tratamiento farmacológico consiste en poder disminuir y controlar los síntomas relacionados a los comportamientos impulsivos, las alteraciones cognitivas perceptuales y los síntomas afectivos (Nieto, 2006).

Por un lado tenemos los antidepresivos, algunos de los más utilizados son la sertralina, la paroxetina, la venlafaxina y la fluoxetina. Estos se utilizan para los síntomas de inestabilidad afectiva, la depresión, la ira, la disforia asociada al rechazo personal y la impulsividad que puede llevar a conductas de riesgo tanto para ellos mismos como para terceros.

Por otro lado, tenemos los ansiolíticos, este grupo de fármacos se utilizan especialmente para disminuir los síntomas de ansiedad tanto aguda como excesiva que pueden presentar los consultantes. Además, se emplean para reducir las alteraciones del sueño. Un ejemplo es el clonazepan pero son psicofármacos con los cuales hay que tener mucho cuidado ya que en consultantes adictos podría resultar riesgoso, llevando al desarrollo de tolerancia o abuso de los mismos.

Otro grupo de fármacos que se emplean son los antipsicóticos, estos se utilizan en bajas dosis en casos donde sea necesario disminuir síntomas más agudos de un carácter más esquizotípico o psicótico como pueden ser ideas paranoides y síntomas de tipo alucinatorio. Además, se utilizan para la hostilidad, la ira, las conductas que lleven a un descontrol más grave y ayudan a mejorar los síntomas afectivos. Los antipsicóticos atípicos son los de mayor preferencia y dentro de ellos encontramos la olanzapina, risperidona y clozapina.

Y por último tenemos los estabilizadores del estado de ánimo los cuales son utilizados como alternativa si los demás fármacos tienen una eficacia parcial o la misma fracasa. Se emplean para regular los cambios de humor y normalizar la impulsividad. Es fundamental realizar un control y monitoreo de los niveles de sangre para controlar efectos secundarios sobre el funcionamiento del organismo. Algunos de los más utilizados son la carbamazepina, el valproato y el litio (Taboada, Cepeda & Alvano, 2012).

Alvarez (2001), plantea que la utilización de psicofármacos se debe realizar de una manera racional y juiciosa, pero que la misma debe emplearse de manera combinada con psicoterapia ya que está será fundamental para obtener mejores resultados.

Tratamiento Psicoterapéutico

Como mencionamos previamente la psicoterapia es de suma importancia para el abordaje de consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite y podemos encontrar una heterogeneidad de enfoques propuestos para el tratamiento de los mismos que fueron surgiendo a lo largo de los años. A pesar que hoy existen terapias tanto de base psicodinámica como de base cognitivo conductual, podemos decir que todas direccionan sus objetivos generales en la disminución de la impulsividad y las conductas autolíticas, y la mejoría en los vínculos interpersonales a partir de una mayor comprensión de sus conflictos tanto internos como relacionales (Díaz, 2001). Para este trabajo elegimos la Terapia Dialéctico Comportamental para el abordaje de estos paciente debido a la evidencia científica que tiene y la cual desarrollaremos en profundidad en el siguiente capítulo (Capítulo II).

Dificultades en la relación terapéutica

Como ya hemos dicho, la inestabilidad afectiva también afecta las relaciones interpersonales. A pesar de que la relación terapéutica no es igual que cualquier otro vínculo, ya que está dentro de un encuadre terapéutico en el cual se establecen los objetivos del tratamiento en conjunto con el consultante, también se enfrenta a dificultades a la hora de abordar dicho trastorno. Por un lado, la extensión de la terapia es muy larga y conlleva niveles de exposición interpersonal importantes, los consultantes muchas veces cuentan acontecimientos de fuerte intimidad que no comparten con otras personas. Además, el paciente puede sufrir altibajos, pueden aparecer circunstancias que se repiten y complican el proceso.

Los trastornos de personalidad son entidades clínicas muy complejas y se consideran egosintónicos, las personas tienen el síntoma muy incorporado por lo cual no lo perciben como algo para combatir, es por esto que a la hora de intervenir el terapeuta se encuentre con grandes capas de resistencia al cambio. Por otro lado, en algunos casos el alivio de síntomas en fases tempranas puede disminuir el interés del paciente de continuar el tratamiento. Todo esto puede llevar a rupturas en la alianza, desacuerdos en tareas u objetivos como así también en lo que respecta al vínculo como pueden ser las críticas, los cuestionamientos o la pasividad (Fernandez Alvarez, 2008).

Leiderman (2004), realizó una encuesta a psicólogos, psiquiatras y enfermeras, en la cual se llegó al resultado de que la mayoría prefería atender a otras patologías, como el trastorno bipolar o la esquizofrenia, antes que a consultantes con TLP. Regalado y Gagliosi (2012), a partir de una encuesta a profesionales de salud mental que trabajaban con consultantes con TLP, observaron que algunas de las emociones que producen estos consultantes sobre los terapeutas eran la frustración, la confusión, el cansancio, el sentimiento de ser manipulado, la invasión a la privacidad y la desmotivación (Vásquez-Dextre, 2016).

Capítulo II: Teoría Biosocial del Trastorno de la Personalidad

Límite

2.1. Teoría Biosocial

Marsha Linehan (1993), plantea en su teoría Biosocial que el Trastorno de la Personalidad Límite está caracterizado principalmente por una desregulación emocional, resultado de dos factores, por un lado la vulnerabilidad biológica y por otro lado el ambiente invalidante (ver Tabla 3). Esta desregulación es sistemática y aparece en casi todas las áreas y emociones del sujeto.

Vulnerabilidad biológica

A medida que avanza el estudio sobre este trastorno se va comprobando el componente biológico en él. Algunos de los factores biológicos que se han observado son una disfunción dopaminérgica y noradrenérgica, deficiencias en el sistema serotoninérgico central, niveles elevados de vasopresina y una respuesta elevada del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. Marsha Linehan (1993), plantea que una disfunción en cualquier parte del sistema de regulación de emociones puede llevar a una vulnerabilidad emocional inicial que luego se verá en las dificultades para la modulación de emociones. Esta base biológica no es necesariamente hereditaria y puede ser diferente en distintos consultantes con TLP, es decir que no hay un componente biológico que se encuentre en la base de todos los casos.

La vulnerabilidad emocional se caracteriza por una alta reactividad emocional, una alta sensibilidad a los estímulos y un lento retorno a la calma. Los consultantes con TLP presentan dificultades en la regulación de las emociones, la cual consta de (1) la habilidad de inhibir una conducta desadaptativa relacionado a emociones positivas o negativas, (2) lograr organizarse para realizar una acción coordinada dirigida a lograr objetivos personales sin depender del estado anímico, (3) poder calmar o disminuir las reacciones fisiológicas debido a una emoción fuerte, (4) conseguir la concentración de la atención frente a esa emoción y (5) poder experimentar emociones poco placenteras sin un aumento de intensidad (Linehan, 2003).

Ambiente invalidante

Además del factor mencionado previamente, se observa lo que denomina la autora un ambiente invalidante. Linehan (1993) menciona que hay tres tipos de familias invalidantes. Por un lado tenemos las familias caóticas, las cuales se caracterizan por el maltrato y la

negligencia; por otro lado tenemos las familia perfectas en las cuales la expresión de emociones negativas son generalmente mal vistas; y por último las familias típicas, donde los niveles de invalidación pueden generar comportamientos de desregulación por el alto grado de vulnerabilidad.

Los ambientes invalidantes se caracterizan por responder de manera inadecuada a las experiencias internas. Algunas de las cuestiones que podemos mencionar es que son ambientes que rechazan las respuestas del individuo, donde no se les enseña a identificar sus emociones ni confiar en sus respuestas, por lo cual buscan éstas en el exterior y se auto invalidan. Por otro lado, refuerzan la escalada emocional, no se les enseña a expresar sus emociones y comunicar su malestar de manera adecuada. Y por otro lado son ambientes que sobresimplifican, se les enseña a responder con un gran nivel de frustración, llevando a poca tolerancia al malestar y no se les enseña cómo tener expectativas realistas y fijar metas. El ambiente invalidante contribuye a la desregulación ya que fracasa a la hora de enseñar al niño a poner nombre a la emoción y modular su activación. Una de las experiencias más traumáticas e invalidantes en la infancia es el abuso sexual, y se han realizado investigaciones que estiman que hasta un 75% de consultantes con TLP lo han sufrido (Linehan, 2003).

Desregulación e impulsividad

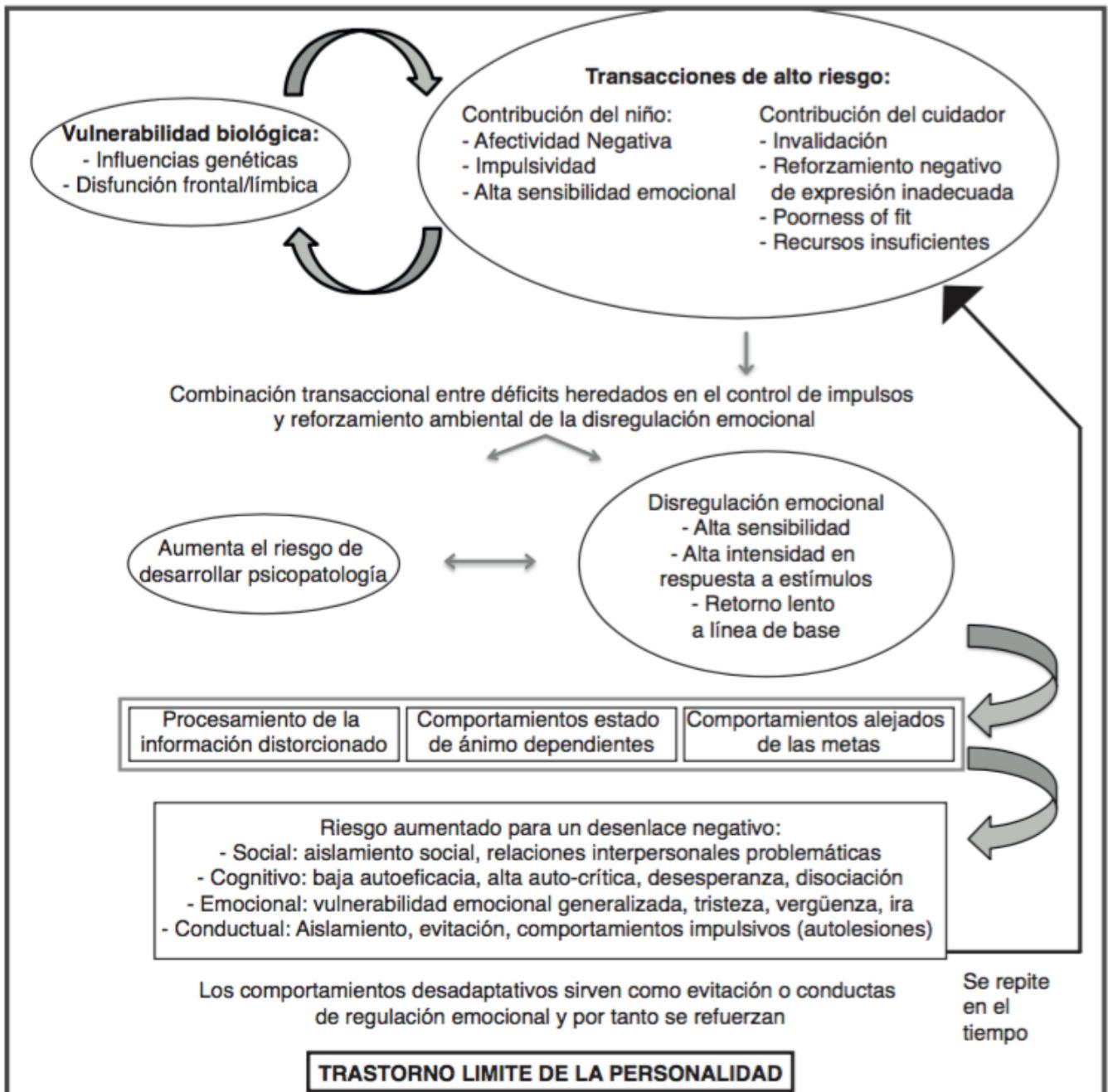
La regulación emocional consiste en poder identificar cuando se presenta una emoción, cómo vivenciar y cómo expresar la misma. Las emociones tienen una función adaptativa pero éstas pueden resultar perjudiciales si la duración o intensidad de la misma no está justificada o no va acorde a una situación o meta personal, lo que lleva a que las personas sientan la necesidad de utilizar otras estrategias de regulación emocional (Gross, 2014; Linehan, 2015).

Las conductas impulsivas de las personas con TLP pueden ser efecto o consecuencia de la desregulación emocional que caracteriza a estos consultantes. La desregulación emocional puede llevar a buscar estrategias disfuncionales o no adaptativas en pos de lograr regular una emoción. Se han realizado estudios en los cuales se evidencia que algunos comportamientos impulsivos como las autolesiones (cortes, quemaduras, entre otros), traen consigo un alivio de los estados emocionales negativos que experimentan los consultantes. Otro ejemplo puede ser el consumo de sustancias, lo cual puede utilizarse también como forma de “apagar” las emociones. La conducta suicida o parasuicida a pesar de considerarse un comportamiento disfuncional, sí logra su eficiencia en cuanto a una estrategia, a pesar de ser extrema, con propiedades reguladoras de algún afecto, para disminuir o evitar un dolor emocional (Linehan, 2003). Estas estrategias de regulación resultan útiles en el corto plazo, por lo cual no son sostenibles en el tiempo y no permiten que el individuo pueda generar un contacto directo con su experiencia emocional (Linehan, 2014).

Podemos decir entonces que las conductas problemáticas de los consultantes con TLP estarían cumpliendo la función de poder regular las emociones percibidas con una gran intensidad, son estrategias aprendidas para reducir el malestar o solucionar problemas, consecuencia de un ambiente que ha invalidado las habilidades de regulación más efectivas o por ausencia de las mismas. Es por esto que la terapia TDC tiene sus bases en la enseñanza y aprendizaje de habilidades psicosociales para la regulación emocional.

La autora establece que para poder lograr la regulación de las emociones, la persona debe contar con la habilidad de inhibir las conductas impulsivas y reemplazarlas por aquellas más funcionales a pesar del malestar que pueda traer la misma. Algunas de las estrategias pueden ser: cambiar el foco atencional, verificar los hechos o realizar acción opuesta frente a la emoción (Gross, 2014; Linehan, 2015).

Tabla 3. Teoría Biosocial del TLP (adaptado de Linehan en Elices Armand-Ugon, 2016)



Marsha Linehan reordena los criterios diagnósticos del DSM 5 en cinco grupos dependiendo el área de desregulación ya que plantea que todos pueden explicarse a partir de la idea de desregulación emocional (ver Tabla 4). A continuación explicaremos cómo se relaciona la desregulación emocional con los demás tipos de desregulación (de identidad, interpersonal, cognitiva y conductual) (Sampelayo, 2020).

Tabla 4. Reorganización de los criterios del DSM-5 según la Teoría Biosocial

DSM 5 (APA, 2013)	Teoría Biosocial (Linehan, 1993)
Inestabilidad afectiva por una reactividad notable del estado de ánimo Ira intensa e inapropiada y dificultades para controlar esta	Desregulación emocional
Impulsividad en áreas potencialmente autolesivas Comportamiento o amenazas de suicidio o comportamiento de automutilación	Desregulación conductual
Ideas paranoides transitorias o episodios disociativos	Desregulación cognitiva
Esfuerzos desesperados por evitar el abandono real o imaginario Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por la devaluación e idealización.	Desregulación interpersonal
Alteraciones en la identidad Sentimientos crónicos de vacío	Desregulación en la identidad

Desregulación de la identidad

Como ya hemos mencionado previamente, los consultantes con TLP presentan una inestabilidad de su autoimagen. El sentido de identidad se va desarrollando por medio de la perspectiva que tenemos de nosotros mismos y nuestras interacciones con los demás. En los consultantes con TLP podemos observar una sobrerregulación debido a la gran intensidad que experimentan, lo cual genera que su comportamiento dependa de sus estados emocionales. Todo esto los lleva a experimentar sentimientos de vacío, a dudar sobre su experiencia interna y dificulta la toma de decisiones. El ambiente invalidante también refuerza sus respuestas emocionales perjudicando la perspectiva sobre el entorno y sobre ellos mismos.

Desregulación interpersonal

Podemos relacionar esta área con lo planteado respecto a la identidad, ya que para poder lograr una estabilidad en las relaciones interpersonales es fundamental tener una percepción estable de uno mismo. Para esto las personas deben poder regular sus conductas impulsivas, expresar sus emociones de forma funcional y poder tolerar el malestar. Todas estas áreas son aquellas en las que los consultantes con TLP tienen mayor dificultad, llevando así a que también se presenten problemas en sus vínculos interpersonales.

Desregulación cognitiva

Se han realizado estudios en los cuales se evidencia que los consultantes con TLP presentan una dificultad tanto en la toma de decisiones como también a la hora de atender a los estímulos, procesar y almacenar la información. Esto se debe a que al no poder regular las emociones intensas o controlar un comportamiento frente a un estímulo que puede generar una emoción negativa, se producen distorsiones cognitivas. Estas distorsiones llevan a que los sujetos con dicho trastorno tengan una limitada coordinación y organización de actividades, sin lograr depender de su estado anímico.

Desregulación conductual

La impulsividad es uno de los síntomas principales de los consultantes con TLP lo cual los lleva a presentar conductas autolíticas o suicidas. Estos comportamientos impulsivos se consideran un intento desadaptado para regular sus emociones o resolver un problema que se les presenta. Estudios han demostrado que muchos consultantes realizan estas conductas con el fin de poder disminuir emociones negativas o dolorosas, por eso es que muchos son comportamientos sin intención suicida. Es por esto que a veces las conductas son consecuencia de la falta de habilidad para regular una emoción o como intento para regular la misma.

2.2. Terapia Dialectico Comportamental

La Terapia Dialéctico Comportamental (TDC) fue desarrollada por Marsha Linehan en la década de 1980. La autora junto a su equipo de investigación comenzaron a estudiar consultantes mujeres con conductas autolíticas y riesgo suicida, y a realizar intervenciones desde un enfoque conductual, pero estas no lograban funcionar para todas las personas y las mismas manifestaban que su malestar estaba subestimado, por lo cual abandonaban el tratamiento. Es por esto que la autora plantea que ella misma debía comenzar a aceptar a sus consultantes y enseñarles a ellos a realizar lo mismo. Se realiza un cambio en el foco puesto

en cambiar a los consultantes para incorporar estrategias de aceptación y poder ayudar a estos consultantes que no logran conseguir beneficios terapéuticos desde otros enfoques teóricos. Hoy en día la TDC es una de las intervenciones psicoterapéuticas más estudiadas y con mayor evidencia científica en el abordaje de consultantes con TLP (Gagliesi, 2013).

Principios fundamentales de la terapia

Terapia Comportamental

La terapia TDC tiene sus bases en la terapia conductual o comportamental. La autora parte de la teoría de que muchos patrones y conductas disfuncionales de los consultantes son aprendidas, por lo tanto su terapia tiene un gran énfasis en los principios de aprendizaje. Primero se realizará un análisis en “cadena” de aquellas conductas disfuncionales o desadaptativas para luego poder ir identificando aquellas variables que influyen en su refuerzo o mantenimiento. Realizar esto tendrá como objetivo lograr clarificar las consecuencias y los reforzadores de los comportamientos problema para poder establecer una solución y así incorporar conductas alternativas y funcionales.

Tradición Zen

La autora integra principios de la tradición Zen con el objetivo de promover la aceptación por parte de los consultantes, considera útil enseñarles a los mismos a aceptar sus vidas y su pasado, sus problemas y sus circunstancias. Aceptar la realidad en la que uno vive puede ayudar a mejorar la tolerancia al malestar y así tener una mejor calidad de vida. Se utilizarán las prácticas provenientes del Zen (meditación, respiración, entre otras) para poder lograr un equilibrio junto a las estrategias de cambio provenientes de la terapia comportamental.

Filosofía Dialéctica

Por último desde la visión dialéctica, se plantea que diferentes elementos de la realidad pueden estar interconectados, es por esto que dos cosas que parecieran opuestas pueden ser realidad en un mismo momento. Hablamos de dialéctica ya que nos referimos a un proceso de síntesis entre dos elementos. Para la terapia TDC la integración será entre el cambio (tesis) y la aceptación (antítesis). Como los consultantes con TLP tienen una visión completamente diferente, de manera polarizada, incorporar esta filosofía puede contribuir a que no sea todo “blanco o negro” y permitir otras matices (Armand-Ugon 2016).

Etapas del tratamiento

El tratamiento se dividirá en 5 fases o etapas por las cuales va pasando el consultante dependiendo de los objetivos logrados (Gempeler, 2008).

Pre-tratamiento

Es fundamental esta etapa debido a que se deben lograr primero ciertos objetivos para poder comenzar el tratamiento. Primero el terapeuta realizará una evaluación del paciente para poder conceptualizar el caso, luego deberá orientarlo y explicarle el modelo de terapia, este punto es muy importante ya que se necesita que el consultante se comprometa e involucre con el tratamiento. Finalmente se establecerán los objetivos de acuerdo a la desregulación predominante y los comportamientos desadaptativos del individuo en particular.

Etapa 1

En esta primera etapa se tendrá como objetivo la estabilidad conductual, lograr disminuir y controlar las conductas disfuncionales, tanto los comportamientos autolíticos como aquellos que afectan la vida de terceros. También aquellas conductas que interfieren con la calidad de vida y la terapia, como pueden ser las faltas o problemas de salud o estilo de vida. Se focalizará en el aprendizaje, fortalecimiento y generalización de habilidades de tolerancia al malestar, de conciencia, de efectividad interpersonal y regulación de emociones.

Etapa 2

En la segunda etapa del tratamiento, se tendrá como meta el trabajo del trauma, por ejemplo sí hay estrés postraumático. Se busca que el consultante logre experimentar sus pensamientos, sensaciones, emociones y sentimientos sin disociarse de los mismos ni evitarlos. Se trabajará también con el sentido de no pertenencia. El objetivo es que el consultante pueda tener una experiencia emocional no angustiante.

Etapa 3

Luego en la etapa tres se buscará incrementar el autoestima y el auto respeto del consultante para así aumentar su calidad de vida. El objetivo está en poder ayudar al paciente a construir su propia vida, aumentando las habilidades para la resolución de problemas y así que puedan alcanzar sus metas. No se pretende que todo sea felicidad sino poder aceptar la infelicidad de la vida cotidiana sin considerarla un problema.

Etapa 4

La meta de la última etapa del tratamiento se basará en el trabajo espiritual individual de cada consultante. Se buscará que los consultantes puedan trabajar en la expansión de la conciencia para eliminar la sensación crónica de incompletud y vacío, llevando así a que puedan aumentar la capacidad de disfrute y experimentar la sensación de libertad.

Modalidades de la terapia

A continuación describiremos las cinco modalidades de la terapia TDC, que se encuentran en relación con las funciones principales del tratamiento (Linehan, 1993)

Terapia individual

Consta de encuentros semanales, de duración variable, con un sólo terapeuta y se realiza en conjunto con la terapia grupal (el grupo de habilidades). Es un espacio fundamental ya que el entrenamiento en habilidades tiene como objetivo que el paciente pueda utilizar lo aprendido en diferentes contextos de su vida, por lo que también se evidencian en el encuentro terapéutico. El terapeuta deberá poder lograr un equilibrio entre su rol compasivo pero a la vez poder marcar un encuadre correspondiente. La función de esta modalidad es aumentar la motivación del paciente.

Coaching telefonico

Esta modalidad busca poder ayudar al paciente en momentos de crisis y reducir las conductas autolesivas. Previamente se establecerán las normas sobre esta modalidad, para que el paciente pueda hacer uso de ella manteniendo el encuadre. Este contacto debe ser breve y servirá para que el consultante pueda aprender a cómo pedir ayuda y fortalecer la relación terapéutica. Su meta será asegurar la generalización de las habilidades aprendidas en el contexto del paciente.

Terapia de familiares y allegados

Muchas veces la familia o entorno del consultante no tiene la información correspondiente acerca de cómo acompañar al paciente con TLP y su sintomatología. Por lo tanto estos encuentros se basaran en la psicoeducación y afrontamiento de posibles crisis. El taller tendrá como objetivo establecer un ambiente no invalidante, que mejoren la comunicación y así poder ayudar a que el consultante tenga la posibilidad de reforzar las habilidades aprendidas.

Reunión de Supervisión de Equipo

No sólo es fundamental aumentar la motivación del consultante sino también del terapeuta, es importante incrementar sus habilidades también, por lo cual esta modalidad es un espacio fundamental para evitar el síndrome de “burnout” por parte de los terapeutas. Además, brinda la posibilidad de supervisión y discusión de casos complejos para ampliar estrategias y herramientas de intervención.

Entrenamiento en habilidades

El grupo de habilidades es coordinado por dos terapeutas, especializados en la temática y son encuentros semanales con una duración de dos horas. A partir de cuatro módulos (los cuales describiremos más adelante) se buscará que el paciente pueda incrementar sus capacidades. Si partimos de la base de que los consultantes con TLP tienen una dificultad en la realización de conductas efectivas, la enseñanza de habilidades permitirá que puedan incorporarlas y fortalecerlas para luego ponerlas en práctica en su vida cotidiana. El dispositivo se divide en cuatro grandes módulos, los cuales describiremos a continuación (Linehan, 1993):

1. *Módulo de Tolerancia al Malestar:* en él se trabajan diferentes estrategias para poder sobrellevar las crisis y tolerar el dolor. Algunas de éstas son la distracción, la aceptación radical, la auto tranquilización, la consideración de ventajas y desventajas, y la predisposición positiva y la terquedad. Las emociones negativas forman gran parte de la vida de estos consultantes, por lo tanto sí no se trabaja en cómo aceptarlas y valorarlas, puede aumentar el sufrimiento de los mismos.
2. *Módulo de Regulación Emocional:* en el siguiente módulo encontraremos ejercicios de identificación tanto de las emociones como de los obstáculos que interfieren en poder realizar un cambio en las mismas, actividades de Mindfulness, prácticas para poder aumentar las emociones positivas, entre otras. Todas están orientadas en lograr disminuir la labilidad emocional que caracteriza a este trastorno.
3. *Módulo de Efectividad Interpersonal:* este módulo tiene como objetivo mejorar los vínculos interpersonales de los consultantes con TLP ya que es un área en la cual presentan gran dificultad. Para lograrlo se utilizaban diferentes estrategias, algunas orientadas a disminuir el miedo al abandono, otras de gestión de demandas y peticiones y otras de asertividad y obtención de objetivos concretos.
4. *Módulo de Mindfulness:* las habilidades que se enseñan en este módulo se consideran nucleares en la TDC por lo cual se aplican y revisan en cada uno de los módulos mencionados previamente. En el siguiente capítulo, desarrollamos este módulo en profundidad.

Capítulo III: Módulo de Mindfulness

3.1. Definición y componentes

La palabra Mindfulness es la traducción al inglés del término “sati” proveniente del idioma pali (proveniente del budismo), el cual significa conciencia, atención y recuerdo (Siegel, Germer y Olendzki, 2009). Aunque no hay una traducción exacta al castellano, podemos encontrarla como “Conciencia o Atención Plena”.

Podemos encontrar diversas definiciones de Mindfulness. En 1976, Hahn define este término como la capacidad de mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente. Años más tarde, Kabat-Zinn, referente del Mindfulness en occidente, la describió como la manera de llevar la atención a las experiencias en el momento presente, aceptándose sin juzgar. En 2004, Bishop et al. hablo de un forma de atención no elaborativa, es decir que no juzga, que está centrada en el presente y en la que cada sentimiento, pensamiento o sensación que aparece en el campo atencional es aceptada y reconocida tal y como es. Y en 2007, Simon define al Mindfulness como la capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser consciente de los contenidos de la mente momento a momento (Vásquez-Dextre, 2016).

Cuando hablamos de Mindfulness podemos hacer referencia por un lado a una práctica, como así también a un proceso psicológico o un constructo teórico. La práctica de Mindfulness será lo que conocemos parecido a la meditación, con el objetivo de poder estar en el “aquí y ahora”, entrenando esta práctica se busca que los individuos puedan identificar sus emociones y pensamientos, aceptandolos y sin emitir juicios de valor sobre los mismos. Por otro lado, nos referiremos a un constructo teórico ya que tiene un objeto de estudio, método y campo de aplicación, además de haber maneras de medirla y pudiendo relacionarse también con los constructos de aceptación y conciencia reflexiva. Y por último, mencionamos este término como un proceso psicológico debido a que invita a cambiar la manera automática y más inconsciente de realizar nuestras actividades, aunque sea en algún momento del día para poder ser conscientes de nuestras acciones y la manera de funcionar de nuestro organismo (Moñivas, Garcia-Diex & García De Silva, 2012).

Como plantea Gremer (2005), la práctica del Mindfulness, inserta en el budismo y la cultura oriental, puede verse como una filosofía o modo de vida que nos invita a poder implicarnos en las actividades diarias desde un punto de vista distinto, llevando así a actuar de una manera en particular.

Para concluir, podemos decir entonces que el Mindfulness “es una experiencia meramente contemplativa, se trata de observar sin valorar, aceptando la experiencia tal y como se da. Es una observación abierta e ingenua, ausente de crítica y valencia. Se diría que es una

forma de estar en el mundo sin prejuicios: abierto a la experiencia sensorial, atento a ella y sin valorar o rechazar de forma activa y taxativa dicha experiencia” (Pareja, 2006, p.2).

A continuación describiremos algunos de los elementos o componentes esenciales de esta práctica (Pareja, 2006):

Atención al momento presente

Como aspecto fundamental, esta práctica se focaliza en centrarse en el momento presente, ya sea una actividad o tarea de la vida cotidiana, como así también puede ser atender a nuestros pensamientos, nuestras experiencias internas. Lo que se busca es que la persona pueda vivir cada experiencia permitiéndose soltar el control de lo que debería pasar, dejando que suceda lo que tenga que suceder en ese momento dado.

Apertura a la experiencia y los hechos

Cuando los pensamientos y el lenguaje interfieren queriendo interpretar cada experiencia que nos sucede, muchas veces terminan sustituyendo la experiencia real. El Mindfulness propone abrirnos y permitirnos centrarnos en los aspectos sensoriales y emocionales, dejando de lado los prejuicios e interpretaciones para así poder ir observando como va sucediendo esa experiencia de manera natural, sin interferencia, dejando que las sensaciones vayan guiando ese momento determinado. Un ejemplo puede ser contemplar un cuadro, ir percibiendo lo que nos va generando esa observación, lo que sentimos a partir de ella.

Aceptación radical

Como ya hemos mencionado previamente, uno de los aspectos centrales de la Conciencia Plena es la aceptación. Aceptar una experiencia tal y como es, por fuera de sí esta es agradable o desagradable ya que ambas son “naturales”. No busca reducir las reacciones negativas y aumentar las positivas, sino entenderlas como parte de la experiencia de cualquier ser humano, para así de este modo no rechazarlas o intentar huir de ellas.

Elección de las experiencias

Puede ser que a partir de todo lo planteado sobre el Mindfulness, uno crea que esta práctica no tiene un propósito, una intención. Pero en realidad, cuando hablamos de vivir una experiencia también hablamos de una elección, nos invita a poder elegir de manera activa donde implicarnos, nuestra manera de llevar a cabo nuestras acciones y poder aplicar esta práctica según nuestros intereses y sobre aquello que decidimos centrarnos (Pareja, 2006).

3.2.Mindfulness y psicoterapia

Aplicaciones clínicas

A lo largo de los años y a partir de diferentes estudios ha incrementado la evidencia sobre todas las aplicaciones clínicas del Mindfulness. Edgar Vasquez-Dextre en su artículo “Mindfulness: conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas” (2016), realiza una revisión de la evidencia científica de la aplicación de técnicas de Mindfulness con resultados beneficiosos en: estrés-distrés, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del estado del ánimo y trastornos de personalidad; como así también en casos de abuso de sustancias, somatización, enfermedades cerebrovasculares, cáncer y el tratamiento del dolor.

Terapias basadas en Mindfulness

Podemos decir que las terapias denominadas de primera y segunda generación, se focalizaron principalmente en base a un “modelo de cambio”, buscando que el individuo pueda lograr un cambio en su manera de pensar y actuar (Hayes, 2004). En cambio, el Mindfulness encuentra un lugar y aplicación dentro de las llamadas terapias de tercera ola o tercera generación. Steven Hayes establece que estas terapias realizan un giro en el modelo de cambio planteado hasta ese momento para poder basarse en un “modelo de aceptación”. Este modelo no trata que los síntomas desaparezcan sino que las personas puedan cambiar su experiencia subjetiva sobre los mismos. De este modo, el paciente lograría a partir de la aceptación, poder aprender a convivir con sus emociones y pensamientos. A continuación mencionaremos algunas de las terapias que utilizan estas técnicas (Moñivas, Garcia-Diex & García De Silva, 2012).

A fines de los 70, Marsha Linehan comienza a desarrollar la “Terapia Dialéctico Comportamental” en la cual se utiliza la práctica de Mindfulness y será aquella que desarrollaremos en este trabajo para indagar sobre los beneficios del entrenamiento en dicha práctica en consultantes diagnosticados con TLP.

Jon Kabat-Zinn (1982), fue uno de los primeros en integrar técnicas de meditación tanto en la psicología como en la medicina a partir del desarrollo de la “La Terapia de Reducción del Estrés (MBSR)”. A partir de un programa específico (duración de ocho semanas) que cuenta con cinco componentes: la meditación (caminando y estática), el yoga, el escaneo corporal y la atención en las actividades diarias; se busca que el paciente pueda afrontar el estrés y sufrimiento. Para esto utiliza técnicas y actitudes específicas derivadas de la cultura oriental zen, dentro de las cuales podemos encontrar: la capacidad de no juzgar, la paciencia, la aceptación, la confianza, entre otros.

Por otro lado, encontramos también la “Terapia de Aceptación y Compromiso” (ACT) de Hayes, Strosal y Wilson, desarrollada en 1999; y la “Terapia Cognitiva basada en Mindfulness” (MBCT) de Segal, Williams y Teasdale, desarrollada en el año 2002; entre otras.

Mindfulness en la relación terapéutica

No sólo podemos notar un incremento de evidencia sobre las aplicaciones clínicas a partir de las técnicas de Mindfulness en el abordaje de problemas tanto de salud física como mental, sino también se puede observar un avance en la eficacia de esta práctica para la relación terapéutica.

Edgar Vazquez-Dextre (2016), resume alguno de los factores asociados al terapeuta y los efectos del Mindfulness sobre los mismos. Podemos decir que la práctica en Mindfulness trae consigo grandes beneficios para establecer una buena relación terapéutica ya que permite al profesional poder diferenciar sus propias experiencias de las de los consultantes, además de aumentar la paciencia e intencionalidad.

Por un lado, se ha evaluado como la Conciencia Plena promueve la empatía hacia los consultantes ya que ayuda a los mismos a poder expresar y comunicar sus sensaciones, emociones y pensamientos con mayor claridad. También ayuda al terapeuta en relación a no emitir juicios de valor y a cómo reaccionar frente aquello que el consultante experimenta.

Por otro lado, podemos notar un incremento de las habilidades de consejería, mayor insight y eficiencia de la identidad profesional. También, encontramos una relación con el control de la ansiedad y el estrés, disminuyendo los mismos y reduciendo así afectos negativos y rumiaciones.

3.3.Mindfulness para La Terapia Dialéctico Comportamental (TDC)

En este trabajo tomaremos la terapia TDC para el tratamiento de consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite. Para la Terapia Dialéctico Comportamental, el entrenamiento en Mindfulness o habilidades de Conciencia Plena, es de suma importancia a la hora de intervenir con consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite.

Como mencionamos previamente, uno de los módulos del tratamiento es específico de Mindfulness, pero también se las denomina “habilidades básicas”, ya que son las primeras en enseñar y las cuales se trabajan durante todo el dispositivo y se van revisando al comienzo de cada módulo.

La autora Marsha Linehan en su “Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite” (2003), describe tres estados mentales. Por un lado tenemos la “mente emocional”, esta se caracteriza por presentar cogniciones “calientes” y que lleva a la dificultad

de poder tener un pensamiento lógico y razonable ya que los hechos se encuentran distorsionados por el estado afectivo del momento. Nos encontramos frente a la “mente emocional” en el momento en el que nuestra conducta y pensamientos se ven bajo el control del estado emocional actual. Por otro lado, encontramos la “mente racional”, la cual se caracteriza por pensar de forma intelectual, con lógica y razonamiento. De este modo, el individuo puede concentrar su atención y planear su conducta de una manera “fría” frente a los posibles problemas que se le presenten. Finalmente, se propone una “mente sabia”, este concepto aparece para lograr una integración de los dos estados mentales mencionados previamente y agregar así también un análisis lógico y conocimiento intuitivo.

La importancia de estos estados mentales, nos lleva al entrenamiento de las habilidades de conciencia ya que éstas serán las necesarias para lograr un equilibrio entre la “mente racional” y la “mente emocional”, logrando llegar así a la “mente sabia”. Este concepto deberá ser enseñado al comienzo para que así el paciente se vaya familiarizando con el mismo y poder activarla a la largo de todos los módulos de entrenamiento de habilidades.

Como mencionamos anteriormente, las habilidades de conciencia serán el motor para activar la “mente sabia” y las dividiremos en dos grupos. Por un lado, tenemos las habilidades que hacen referencia al “qué” hacer y por otro lado las habilidades que indicarán “cómo” hacerlo, las mismas las iremos describiendo a continuación.

Habilidades de conciencia “cómo”

Las llamadas habilidades de conciencia “cómo”, son tres: actuar de manera efectiva, focalizarse en una sola cosa en cada momento y adoptar una postura no juiciosa. Estas habilidades tienen que ver con la actitud con la cual el sujeto realiza las habilidades “qué”, son aquellas que se basan en cómo el sujeto participa, atiende y describe (Feliu Soler, 2014).

La primer habilidad que definiremos tiene que ver con el “cómo ser efectivo”, esta habilidad tiene como objetivo “reducir la tendencia del sujeto a estar más preocupado por lo que está “bien” que por hacer lo que es necesario en una situación en particular” (Marsha Linehan, 2003, p.130). Los consultantes con TLP tienen la tendencia de no confiar o dudar sobre sus propias acciones debido a la preocupación de lo “que sería correcto”. Es por esto que cuando hablamos de efectividad, buscamos priorizar aquello que resultaría más efectivo realizar para lograr determinado objetivo para que el sujeto pueda aumentar su autoestima y autoeficacia.

Por otro lado, tenemos la habilidad de “cómo centrarnos en una sola cosa en un momento dado”, la cual busca poder ir enseñándole al consultante a que en el momento de realizar una actividad, pueda poner toda su atención y conciencia únicamente en ella, dejando de lado otros pensamientos o actividades. Como mencionamos previamente, las habilidades de

Conciencia Plena o Mindfulness son las primeras en enseñar para que así luego puedan ir poniéndolas en práctica en las tareas y actividades propuestas en el espacio grupal. Esta habilidad busca la concentración de los participantes, que puedan controlar su atención para no tener una atención dividida, producto de pensamientos o preocupaciones que pueden surgir en un momento determinado.

Una de las características de los consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite es que son individuos que tienden a ver y juzgar tanto a los demás como así mismos de una manera muy polarizada, como bueno y malo o blanco y negro, es decir en términos de mucha devaluación (negativos) o de excesiva idealización (positivos). Es por esto que la terapia TDC busca el aprendizaje de poder adoptar un enfoque no evaluativo, una postura no sentenciosa o juiciosa sobre los acontecimientos. La Terapia Dialéctico Comportamental lo que propone no es cambiar los juicios negativos por positivos sino lo que plantea es dejar de juzgar, dejar las etiquetas de bueno o malo de lado para poder enfocarnos en las consecuencias de determinada conducta o acontecimiento (Linehan, 2003).

Habilidades de conciencia “qué”

Las habilidades de conciencia “qué” son aquellas que consisten en participar, describir y aprender a observar. Comenzaremos a desarrollar primero la habilidad de observar y describir ya que el aprendizaje de estas logrará que lleguemos a una verdadera participación.

Cuando hablamos de aprender a observar, nos referimos a poder concentrar nuestra atención tanto en las experiencias externas, por ejemplo las sensaciones, como internas, como las emociones y pensamientos, sin categorizarlas, priorizando ser conscientes de lo que sucede en ese determinado momento únicamente. Para esto, se puede practicar el entrenamiento de observar los elementos sensoriales del evento, como puede ser los olores, sabores y otras sensaciones físicas (Feliu Soler, 2014).

La segunda habilidad “qué” es la de describir. Esta habilidad es de suma importancia para el autocontrol y la comunicación. Lo que se busca a partir de poder describir con palabras los hechos tanto ambientales como conductuales ayuda a que la persona no tome sus pensamientos y emociones de manera literal. Por ejemplo, el sentimiento de miedo, no tiene porque necesariamente significar que una situación sea amenazadora, pero el hecho de precipitar nuestras acciones en base a sensaciones físicas del miedo como puede ser sentir los músculos del estómago tensos para así terminar suspendiendo un examen por confundir las percepciones del entorno que en este caso sería comenzar un examen.

La terapia TDC busca que los consultantes logren desidentificarse de sus pensamientos, que puedan verlos como productos de su mente y no que “son sus pensamientos”, para así también dejar de identificarlos como hechos. Por ejemplo, sí

pensamos como la mente emocional puede interferir en cierta conducta o respuesta, no sera lo mismo pensar “Pedro se está burlando de mí”, dejando al sujeto en una situación de vulnerabilidad emocional, que si el pensamiento es “creo que Pedro se está burlando de mí”, lo cual puede ayudar a que el sujeto equilibre con la mente racional y llegue a una mente sabia.

Para finalizar, nuestra tercera habilidad, para la cual necesitamos el aprendizaje de las dos previamente mencionadas, es la habilidad de conciencia “qué” de participar. La participación se basa en una interacción fluida del individuo y el entorno, logrando así llegar de alguna forma a un “hábito”. El individuo puede participar de manera espontánea y se encuentra inmerso completamente en dicha actividad sin separarse de los acontecimientos de la misma (Linehan, 2003).

Podríamos decir entonces, que ambas habilidades de conciencia, tanto las “qué” como las “cómo”, son fundamentales en el tratamiento con consultantes con desregulación emocional, ya que les permitirá a los participantes lograr un mayor autocontrol sobre los procesos atencionales y mejorar la relación con ellos mismos y con su entorno. Para su entrenamiento se les indica a los consultantes que puedan ejercitar las habilidades enseñadas a lo largo de su semana y pueden ir compartiendo sus progresos o dificultades a la hora de poner en práctica las mismas.

A lo largo del dispositivo, los participantes del equipo de habilidades tendrán que realizar tareas para poner en práctica lo aprendido. A continuación mostraremos un ejemplo de una ficha de deberes dentro del módulo de Mindfulness, otra dentro del módulo de Regulación de Emociones y otra del módulo de Tolerancia al Malestar en los cuales se utilizan también las habilidades de conciencia.

FICHA DE HABILIDADES BÁSICAS DE CONCIENCIA N 1

Controlar la propia mente

Mente emocional (mente sabia) Mente racional

¿Cómo las describirías? (temperatura-color-velocidad)

¿Cuál aparece de forma más frecuente/predomina?

¿Les pondrías un nombre/cómo las personificarías?

¿Quién es tu “mente sabia” y qué suele decirte? (tu psico-compañero/a-ese amiga/o)

Pensá unos minutos cómo sería tu vida si pensaras desde una mente sabia...

¿Cómo te sentirías, qué harías, qué consecuencias tendría en vos y en tu entorno?

FICHA DE DEBERES DE REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES Nº 3

Pasos para reducir las emociones dolorosas

Nombre Semana de inicio

Comprueba si has usado cada una de las habilidades de regulación de las emociones durante esta semana y describe lo que hiciste. Si necesitas más espacio, escribe en el dorso de esta página.

REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD A LA MENTE EMOCIONAL:

- ¿He tratado mi enfermedad física?
- ¿He comido de forma equilibrada?
- ¿He ingerido drogas que alteran el estado de ánimo?
- ¿He dormido lo suficiente?
- ¿He hecho ejercicio?
- ¿He ganado en competencia?

AUMENTO DE EVENTOS POSITIVOS

INCREMENTO de las actividades diarias placenteras (traza un círculo): L M MI J V S D (descripción):

OBJETIVOS A LARGO PLAZO en los que he trabajado:

RELACIONES A LAS QUE HE ATENDIDO (describir):

EVITAR EVITAR (describir):

CONCIENCIA DE EXPERIENCIAS POSITIVAS

- ¿He concentrado (y vuelto a concentrar) la atención en experiencias positivas?
- ¿Me he distraído de las preocupaciones que surgen ante las experiencias positivas (como que «lo bueno se va acabar»)?

CONCIENCIA DE LA EMOCION ACTUAL

- ¿He observado la emoción? Recordado:
- ¿He experimentado la emoción? ¿He actuado según lo dictado por la emoción?
- Número de ocasiones en que me he sentido diferente.

ACCIÓN OPUESTA: ¿Qué he hecho para actuar de manera opuesta a la emoción?

FICHA DE TOLERANCIA AL MALESTAR N 4

Guía para aceptar la realidad: ejercicios de conciencia

1. Conciencia de las posiciones del cuerpo

Empezar concentrando la atención en la respiración. Respirar más sosegada y profundamente de lo normal. Ser consciente de la posición del cuerpo, de si se está caminando, de pie o sentado. Ser consciente del propósito de esa posición.

2. Conciencia de la conexión con el universo

Concentrar la atención en aquella parte de nuestro cuerpo que está en contacto con un objeto (el suelo, las moléculas de aire, una silla o los brazos de un sillón, las sábanas, la ropa, etc.). Intentemos ver todas las formas en las que estamos conectados a ese objeto. Pensemos en la función de ese objeto en relación con nosotros.

3. Conciencia mientras nos preparamos un té o un café

Preparar un té o un café para invitar a un amigo o para beber nosotros mismos. Hacer cada movimiento despacio, siendo conscientes de todo. No dejemos que ningún movimiento nos pase desapercibido. Démonos cuenta de que levantamos la tetera o la cafetera por su asa. Fijémonos en cómo vertemos el líquido caliente y aromático en la taza

4. Conciencia mientras lavamos los platos

Limpiar los platos conscientemente, como si cada uno de ellos fuese un exquisito objeto de contemplación. Pensemos que cada plato es sagrado. Fijémonos en la respiración para evitar que la mente se pierda.

5. Conciencia mientras lavamos la ropa

No lavar demasiada ropa al mismo tiempo. Seleccionar sólo tres o cuatro piezas de ropa. Encontrar la posición más cómoda o sentarse o estar de pie para evitar dolores de espalda. Frotar las prendas conscientemente. Estar atentos a cada movimiento de las manos y brazos.

6. Conciencia mientras limpiamos la casa

Dividir el trabajo en fases: ordenar cosas, limpiar el lavabo, pasar la aspiradora, barrer el suelo y quitar el polvo. Darnos bastante tiempo para cada tarea. Moverse despacio, tres veces más despacio de lo habitual. Concentrar la atención en cada tarea.

7. Conciencia mientras nos damos un baño

Darse un baño de 30 a 45 minutos de duración. No nos demos prisa. Desde el momento en el que preparamos el agua hasta que nos vistamos con ropa limpia, hagamos cada uno de los movimientos de forma lenta y pausada. Estemos atentos a cada movimiento. Pongamos atención a cada parte del cuerpo, sin discriminar ninguna.

8. Practicar la conciencia en la respiración

Sentarse cómodamente en el suelo, o en una silla, con la espalda recta y ambos pies tocando el suelo. Cerrar los ojos y abrirlos ligeramente para mirar un objeto cercano. Con cada respiración, digamos sosegadamente la palabra «Uno». Al inhalar, digamos la palabra «Uno». Al exhalar, digamos la palabra «Uno». Intentemos poner toda nuestra mente en la palabra «Uno».

CAPÍTULO IV : Efectos del entrenamiento en Mindfulness

4.1. Efectividad de la Terapia Dialéctico Comportamental

A lo largo de los años se han realizado diversos estudios en los cuales se compara la TDC con otros tratamientos habituales para evaluar la eficiencia de la misma en consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite (ver Tabla 5 para ver resultados específicos).

Tabla 5. Ensayos clínicos donde se compara la eficacia de la TDC con otras intervenciones de tratamiento para el TLP (Elices Armand-Ugon, 2016)

Autor y año	Duración de intervención/ seguimiento	Tratamiento/ Comparador	RESULTADOS EN TDC
Linehan et al., 1991	1 año / a 1 año	TDC / Tratamiento habitual	Mejorías en conducta parasuicida, menos días de hospitalización, mayor retención. Las mejorías se mantienen en el seguimiento
Linehan et al., 1999	1 año / a 4 meses	TDC / Tratamiento habitual	Reducción en abuso de sustancias, mayor retención. Seguimiento: mejoría en ajuste social y global.
Turner et al., 2000	1 año	TDC / Terapia Cognitivo Conductual	Mejoría en autolesiones, ideación suicida, depresión, impulsividad, ira, funcionamiento psicológico global, menos días de ingreso hospitalario. Mayor retención.
Koons et al., 2001	1 año	TDC / Tratamiento habitual	Mejoría en ideación suicida, depresión, desesperanza y rabia.
Verheul et al., 2003	1 año / a 6 meses	TDC / Tratamiento habitual	Mejoría en autolesión, consumo de alcohol y retención. Las mejoras se mantienen en el seguimiento: impulsividad, autolesiones y reducción consumo alcohol. No hay diferencias en disminución de consumo de drogas entre ambas intervenciones.
Linehan et al., 2006	1 año / a 1 año	TDC / Terapia centrada en esquemas	Mejoría conducta suicida, menor hospitalización por ideación suicida, menos visitas a urgencias y hospitalizaciones psiquiátricas y mayor retención. Ambas intervenciones mejoran: depresión, razones para vivir, ideación suicida.
Carter et al., 2010	1 año / a 1 año	TDC / Tratamiento habitual	Reducción en discapacidad (cantidad de días en cama) y calidad de vida (dominios físico, psicológico y ambientales). Ambas mejoran en: autolesión y hospitalización.
Pasieczny et al., 2011	6 meses	TDC / Tratamiento habitual	Reducciones en autolesiones, visitas a urgencias, ingresos y duración de los ingresos, depresión, ansiedad y sintomatología general.

A partir de ellos podemos destacar algunos de los beneficios y resultados de la TDC en la sintomatología de consultantes con TLP. Por un lado se ha observado que la TDC en comparación a otros tratamientos presenta mejoras en cuanto a la conducta suicida y parasuicida, la ideación suicida y los comportamientos autolíticos. Por otro lado, se evidenció la reducción del consumo y abuso de sustancias como drogas o alcohol. Además, en cuanto a la hospitalización psiquiátrica se observó una disminución de visitas e ingresos a urgencia como también la cantidad de días de internación.

Es fundamental destacar que la terapia TDC presenta también mejoras en cuanto a los síntomas disociativos, de impulsividad, ira, depresión y ansiedad. La efectividad estudiada se mantiene en el seguimiento de la misma, contribuyendo a una mejor calidad de vida de los consultantes con TLP. La TDC ha demostrado aumentar el funcionamiento global de la persona (dominio físico, psicológico, ambiental y social) y disminuir problemas interpersonales (Elices Armand-Ugon, 2016).

3.2. Efectos del Mindfulness sobre la sintomatología del TLP

Podemos observar grandes beneficios en la utilización de la práctica de Mindfulness en relación a la sintomatología de los consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite como lo son la desregulación emocional y la impulsividad.

Por un lado, el entrenamiento en Mindfulness tendrá como objetivo aumentar la habilidad de las personas para ser conscientes de sus emociones sin la necesidad de reaccionar a las mismas, por lo cual tendría un efecto positivo en la regulación de las emociones. Algunos de los resultados que se encontraron a partir de la utilización de esta práctica es que las personas mostraron una mejoría en relación al control ejecutivo y una recuperación más rápida luego de un acontecimiento estresante o amenazante. Por otro lado, el Mindfulness será fundamental para disminuir la creencia literal de los pensamientos como si fueran hechos, llevando así a que la persona pueda observar a los mismos desde una perspectiva menos rígida y negativa y evitar el incremento de sufrimiento, mejorando también la capacidad de no reactividad a procesos tanto internos como externos.

El entrenamiento en Mindfulness tendrá un papel importante en relación a reducir las conductas impulsivas ya que éstas se caracterizan por una forma de actuar automática, sin contemplación ni planificación que llevan a consecuencias negativas. Poder cambiar el foco de atención en el momento presente y ser conscientes de las acciones resultará una herramienta para poder observar la conducta y elegir la manera de actuar (Feliu-Soler, 2014).

Como hemos visto en el Capítulo III, la práctica del Mindfulness ha encontrado su lugar en el ámbito de la psicoterapia debido a los efectos terapéuticos de la misma. Se han realizado

estudios en poblaciones no clínicas que relacionan el entrenamiento en habilidades de Mindfulness con una mejoría en la regulación emocional, reduciendo estados anímicos negativos y aumentando los positivos. Además se han observado beneficios en cuanto a la reducción de pensamientos rumiativos, a funciones cognitivas, especialmente en cuanto a los procesos atencionales, y a síntomas depresivos (Elices Armand-Ugon, 2016)

Diversos autores han planteado que la falta de habilidades de Mindfulness puede ser un factor para explicar los síntomas nucleares de la sintomatología límite como la desregulación emocional y la impulsividad. Está relación observada nos daría el pie para poder establecer que el entrenamiento en esta práctica resultaría útil para una intervención en consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite (TLP), como ya se realiza en el contexto de la Terapia Dialéctico Comportamental (TDC) (Feliu-Soler, 2014).

Como ya hemos mencionado el Mindfulness es una práctica central en la intervención TDC para el tratamiento de consultantes con TLP, estas habilidades son transversales y esenciales para lograr el desarrollo del resto de las habilidades (Linehan, 2015). A pesar de haber estudios como mencionamos previamente que evalúan la efectividad de la TDC en el tratamiento de estos consultantes, no hay todavía tantos ensayos que estudian específicamente el uso del Mindfulness.

Los estudios mencionados en la Tabla. 6, se realizaron para ir aportando evidencia a este aspecto tan importante dentro del dispositivo de la TDC. En los estudios (1), (2), (3) y (4) se realizó una intervención que consto en 10 semanas de entrenamiento en Mindfulness para evaluar su efectos en diversos aspectos de la sintomatología del TLP.

Tabla 6. Ensayos clínicos sobre los efectos del entrenamiento en Mindfulness en el TLP (Elices Armand-Ugon, 2016 - Feliu Soler, 2014)

Autores	Año	Estudio
Soler J, Valdepérez A, Feliu-Soler A, Pascual JC, Portella MJ, Martín-Blanco A, Alvarez E, Pérez V.	2012	“Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder” (1)
Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Borràs, X., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., Armario, A., ... & Soler, J	2014	“Effects of Dialectical Behaviour Therapy-mindfulness training on emotional reactivity in Borderline Personality Disorder: preliminary results” (2)

Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J.	2016	“Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: a pilot randomized trial” (3)
Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Portella, M. J.	2016	“Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study” (4)

A partir de ellos se observó que en comparación a otros tratamientos de igual duración, el Mindfulness fue más eficaz para reducir los síntomas de estos consultantes, mostrando mejoras clínicas en su sintomatología. No sólo se vio una mejoría del funcionamiento global de las personas sino también que aumentaron la capacidad de decentering (Elices Armand-Ugon, 2016). Esta capacidad es aquella que nos permite observar nuestros sentimientos y pensamientos como un suceso temporal y objetivo en la mente y no como algo literalmente cierto que define nuestra identidad, pudiendo distanciarnos de los mismos. La habilidad de decentering es considerada fundamental para un funcionamiento psicológico saludable y un factor clave a tener en cuenta en diferentes intervenciones psicoterapéuticas y patologías (Soler Ribaudi & Riba Serrano, 2018).

Por un lado, se mostraron resultados en algunos aspectos del Mindfulness, específicamente en los postulados de “no juzgar”, “describir” y “no reaccionar”, relacionados a las habilidades de conciencia “cómo” y “qué”, llevando a una mayor aceptación por parte de los consultantes. Como ya sabemos las personas con TLP tienen una gran tendencia a juzgar tanto a ellos mismos y sus pensamientos como a los demás, es por esto que un aumento en esta habilidad es fundamental para disminuir la gravedad del trastorno y evitar emociones secundarias (Linehan, 1993).

Por otro lado, se observaron efectos beneficiosos en relación a los síntomas de impulsividad, mostrando un aumento en la tolerancia al malestar, lo cual a su vez se asocia a una disminución de otras conductas desadaptativas como los comportamientos autolíticos, el abuso de sustancias tóxicas, gastos excesivos o atracones. Además, las personas que realizaron el entrenamiento en Mindfulness, mostraron mejoras en cuestiones relacionadas a la inhibición de respuestas, la atención selectiva y lograron disminuir el tiempo de respuestas conductuales, pudiendo mejorar la conciencia sobre sus comportamientos y realizar los mismos en pos de orientarse con mayor efectividad a una tarea (Feliu-Soler, 2014). Como hemos visto en el Capítulo II, la impulsividad y la desregulación emocional se encuentran muy relacionadas entre sí, por lo cual la disminución de conductas impulsivas contribuiría a una mejor regulación emocional.

A pesar de los resultados beneficiosos que se han observado en todos los estudios, también hay que considerar que se presentan muchos abandonos en el tratamiento. Como hemos mencionado previamente, la TDC no busca la eliminación de los síntomas sino lograr construir una mejor relación con ellos a partir de la aceptación de los mismos. Ya hemos hablado sobre la dificultad de la adherencia al tratamiento de los consultante con TLP, por lo cual los abandonos podrían ser simplemente una falta de motivación por parte de la persona como también debido al gran desafío que implica para sus características de personalidad. Es por esto que el refuerzo por parte del terapeuta y la adaptación de una tarea de acuerdo a la sintomatología del consultante en particular son fundamentales para motivar al mismo (Elices Armand-Ugon, 2016).

Los ensayos muestran y corroboran la eficacia y los efectos positivos del entrenamiento en Mindfulness en el contexto de la TDC como intervención para disminuir algunos de los síntomas nucleares presentes en personas con TLP como la desregulación emocional y la impulsividad, además de aumentar sus capacidades de Mindfulness. Igualmente, es necesario realizar más estudios que evalúen específicamente esta práctica que está cobrando un papel central hoy en día en diferentes abordajes terapéuticos (Elices Armand-Ugon, 2016 ; Feliu-Soler, 2014).

Para finalizar, expondremos el testimonio de la Lic. Soledad Gaitan, profesional especializada en TDC y co-coordinadora del Grupo de Habilidades en la institución SEPSIAT en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el cual resume su experiencia sobre la práctica de Mindfulness:

“Desde mi experiencia como co-coordinadora del grupo de habilidades he podido observar como la práctica de mindfulness, si bien tiene consignas sencillas, que impresionan del sentido común, como: simplemente respirar llevando la atención a la respiración, revisten de una gran dificultad para nuestros consultantes. En una primera instancia, el simple hecho de respirar llevando nuestra atención a nuestro interior genera activación emocional en los participantes, hay quienes refieren “no puedo”, “no me salió bien”, “no me pude concentrar”. Frente a esto, recordamos que el objetivo de mindfulness es ampliar nuestro estado de atención con lo que el presente tenga para ofrecernos en ese momento, intentando observar, describir y participar de la experiencia sin emitir juicios de valor. A su vez, a medida que el entrenamiento avanza, es notable como la práctica de mindfulness comienza a generalizarse y a ser utilizadas para la ejecución de otras habilidades que también se enseñan en el entrenamiento. Desde mi rol de coordinación del espacio grupal, junto a mi colega de trabajo, ponemos especial énfasis en cómo mindfulness, podrá, gradualmente ir brindando una mayor habilidad a la hora de notar pensamientos, emociones y generar ese espacio, esa pausa, necesaria para elegir el curso de nuestra conducta, es decir de pasar a la acción” (Lic. Soledad Gaitan / MN 51126, 2022)”

Conclusiones

En la presente tesina se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de describir los efectos del entrenamiento en Mindfulness en el contexto de la Terapia Dialéctico Comportamental (TDC) de Marsha Linehan en la sintomatología de consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite (TLP).

A partir de la conceptualización del trastorno podemos observar que nos encontramos frente a un cuadro de gran complejidad, no sólo por la diversidad de síntomas que afectan la calidad de vida del consultante sino también por el gran desafío que implica el tratamiento con los mismos.

Para poder describir la sintomatología presente en estos consultantes, tomamos la Teoría Biosocial de Marsha Linehan la cual utiliza el término de desregulación emocional para explicar los mismos. Está desregulación emocional predominante en los consultantes, lleva a que presenten conductas impulsivas como estrategias extremas de regulación, y la podemos relacionar no sólo con la conducta sino también con los síntomas que afectan las relaciones interpersonales, la identidad de la persona y las distorsiones cognitivas. La desregulación emocional estará determinada por una vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante, los consultantes se caracterizan por presentar una gran sensibilidad a los estímulos, una alta reactividad emocional y un lento retorno a la calma, acompañado de un contexto que no favorece la regulación emocional, debido a que no se les enseña a poder identificar y expresar sus emociones y los lleva a buscar estrategias disfuncionales para modular las mismas.

Para poder abordar este trastorno, elegimos la Terapia Dialéctico Comportamental, la cual presenta diferentes fases y modalidades para poder ir trabajando diferentes aspectos del trastorno y para así brindar contención no sólo al paciente sino también a su entorno y al terapeuta. A pesar de también mostrar una gran complejidad, es hoy en día aquella que cuenta con mayor evidencia de efectividad en el tratamiento de consultantes con TLP. El Mindfulness está tomando un papel muy importante dentro de la psicoterapia, mostrando resultados beneficiosos para diversas patologías y trastornos. En la TDC, el entrenamiento en Mindfulness es el componente central, las habilidades básicas de conciencia “qué” y “cómo”, son aquellas que se enseñaran al principio del dispositivo para lograr activar la “mente sabia” y que el consultante pueda luego incorporarlas en las tareas a realizar en los demás módulos.

Podemos llegar a la conclusión que los consultantes que utilizan la práctica de Mindfulness muestran mejoras significativas en su sintomatología, aumentando sus capacidades de atención y de no juzgar, favoreciendo una menor reactividad emocional y disminuyendo conductas impulsivas disfuncionales. El entrenamiento en habilidades de conciencia buscará que el paciente pueda contar con mayor recursos para abordar los

problemas a los que se enfrentan en la vida cotidiana. No tendrá como foco principal la eliminación de los síntomas o la evitación de las crisis, ya que son características de la personalidad del sujeto que los acompañarán toda su vida, pero sí en lograr que el mismo aumente sus habilidades para tener herramientas para poder manejar y tolerar el malestar de las mismas con mayor conciencia y aceptación.

Una vez que los consultantes van incorporando estas estrategias, no sólo se muestran efectos en la relación con ellos mismos sino también con su entorno, mejorando sus vínculos interpersonales y disminuyendo aquellos conflictos, lo cual a su vez favorece la relación terapéutica y así también el tratamiento y su evolución. El equilibrio entre los procesos de aceptación y el cambio, contribuyen a que el consultante aumente su autonomía y autoestima, para así poder resolver problemas y alcanzar sus metas. El entrenamiento en Mindfulness ayudará a que el consultante pueda experimentar sus emociones sin que esto traiga una consecuencia negativa.

Como la mayoría de los estudios que existen hoy en día se basan en la eficacia de la Terapia Dialéctica Comportamental en su totalidad, resultaría interesante seguir estudiando los efectos específicos que tiene el entrenamiento en Mindfulness en el abordaje de consultantes con Trastorno de la Personalidad Límite, como así también las habilidades aprendidas en los demás módulos, para poder evaluar los beneficios de los mismos en la sintomatología presente.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, E. (2001). Terapia cognitivo-conductual del trastorno borderline de la personalidad. *Anales de Psiquiatría*, 17, 53-60
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed., text Rev.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barrachina, J., Pascual, J. C., Ferrer, M., Soler, J., Rufat, M. J., Andión, O., Tiana, T., Martín-Blanco, A., Casas, M. y Pérez, V. (2011). Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 725-730.
- Beck, A., Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York. The Guilford Press
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis
- Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21, 51-70
- Elices Armand-Ugon, M. (2016). *Disregulación emocional y mindfulness en el trastorno límite de la personalidad: características y tratamiento*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Elices, M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 1(3), 132-152.
- Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. (2016). Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A randomized trial. *Mindfulness*, 7(3), 584-595.
- Fernández-Alvarez, H. (2004). Terapia de grupo y trastornos de personalidad. In *La integración en psicoterapia: manual práctico* (pp. 229-257).
- Fernández-Alvarez, H., & Opazo, R. (2004). La integración en psicoterapia: manual práctico. In *La integración en psicoterapia: manual práctico* (pp. 451-p).

- Fernández-Guerrero, M. J. y Palacios-Vicario, B. (2017). El trastorno límite de personalidad en la producción científica publicada en revistas editadas en España. *Clínica y Salud*, 28(3), 147-153.
- Feliu Soler, A. (2014). *Caracterización del Trastorno Límite de la Personalidad y efectos del entrenamiento en mindfulness*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Borràs, X., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., Armario, A., ... & Soler, J. (2014). Effects of Dialectical Behaviour Therapy-mindfulness training on emotional reactivity in Borderline Personality Disorder: preliminary results. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(4), 363-370.
- Gagliesi P. Entrevista a Marsha Linehan, creadora de la Terapia Conductual Dialéctica. *Psyciencia*; 2013. (Citado el 17 de agosto del 2015). Disponible en: <http://www.psyciencia.com/2013/10/21/entrevista-marsha-linehan-terapia-dialectico-conductual-pablo-gagliesi/>
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37, 136-148.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: conceptual and empirical foundations.
- Hayes, S. C. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Desclée De Brouwer.
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Editorial Kairos.
- Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical consideration and preliminary results. *Gen Hosp Psych*. 1982; 4:33-47.
- Kabat-Zinn J. *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hyperion, editor. New York, USA.1994.
- Lencioni, G., Sandomirsky, M. A., & Klein, E. C. (2015). Integración de modelos para el abordaje clínico de los/las pacientes con desregulación emocional. In *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Linehan M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. 1st Edition ed. Press TG, editor. New York London 1993.
- Linehan, M.M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidós.
- Linehan, M. M. (2015). DBT skills training manual (2 a ed.). Guilford Press.
- Millon, T. (1981) Disorder of Personality: DSM III, Axis II. New York: Wiley.
- Millon, T. y Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, S.A
- Moñivas, A., García-Diex, G., & García-De-Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia*, 12, 83-89.
- Nieto, T. E. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y tratamiento. *Copyright© Instituto InNiS*, 19.
- Paladino, C. (2017). Mindfulness como práctica clínica: alcances y limitaciones. Una evaluación de su eficacia. In *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Pérez Escobar, C. (2017). *Efectos de la práctica de mindfulness en psicoterapia* (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2017). *MBCT Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*. Editorial Kairós.
- Siegel D, Germer C, Olendzki A. Mindfulness: What is it? Where did it come from? In: *Didonna F. Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer; 2009. p. 17-37.
- Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Portella, M. J. (2016). Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1-10.
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., ... Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on

attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 50(2), 150-157.

Taboada, A., Cepeda, M., & Alvano, S. A. (2012). Trastorno límite de la personalidad.

Vallejo Pareja, M. Á. (2006). Mindfulness. *Pap. psicol*, 92-99.

Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51.

Young, J. E., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6(1), 11.

Yust, C. C., & Pérez-Díaz, Á. G. L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. y Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of personality disorders*, 19(5), 505-523.