

Facultad de Ciencias Sociales

Lic. en Psicología

Trabajo Final de Integración

“Mindfulness en el tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad”

Autor: Solivaret, María.

Tutora: Dra. Ramos Mejía, Gabriela.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	2
2.OBJETIVOS.....	3
2.1. Objetivo General.....	3
2.2. Objetivos específicos.....	3
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1. Trastorno Límite de la Personalidad.....	4
3.2. Terapia Dialéctica Conductual.....	7
3.3. Taller de Habilidades.....	11
3.3.1. Habilidades.....	12
3.4. Mindfulness.....	14
3.4.1. Mindfulness en el Trastorno Límite de la Personalidad.....	17
4. METODOLOGÍA.....	22
4.1. Tipo de estudio. ....	22
4.2. Participantes.....	22
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	23
5. DESARROLLO.....	24
5.1. Describir la importancia que tiene la práctica de Mindfulness para los profesionales que asisten a un grupo de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. ....	24
5.2. Describir la práctica de Mindfulness durante un taller de habilidades conformado por un grupo de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. ....	27
5.3. Analizar el uso y la utilidad de la práctica de Mindfulness en la vida cotidiana de un grupo de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.....	31
6. CONCLUSIONES.....	35
6.1. Resumen del desarrollo.....	35
6.2. Limitaciones.....	36
6.3. Perspectiva crítica .....	37

6.4. Aporte Personal.....	38
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

## 1. Introducción

La Práctica de Habilitación Profesional se realizó en una fundación dedicada a la formación, asistencia, prevención e investigación en el campo de la Salud Mental. Se encuentra principalmente enfocada en las corrientes cognitivas, conductuales, sistémicas y gestálticas, brindándole gran importancia a los aportes de la psicología positiva y del mindfulness.

Dicha institución brinda asistencia a pacientes con diferentes trastornos, entre los cuales se encuentran el Trastorno Límite de la Personalidad, el cual será central en el desarrollo del presente trabajo. Durante la práctica profesional se pudo observar el impacto de mindfulness en el tratamiento de un grupo de pacientes que acuden a un taller de habilidades como parte de un proceso integral dentro de la Terapia Dialéctica Conductual.

El tratamiento en cuestión se encuentra validado empíricamente y su meta más importante es que el paciente pueda crear “una vida que valga la pena ser vivida” y para lograr aquello es que la persona asistida debe aprender nuevas habilidades, entre ellas, la elegida como eje central del trabajo a desarrollar: conciencia plena o mindfulness.

El siguiente trabajo tiene como objetivo describir el entrenamiento en la práctica de mindfulness en el tratamiento de pacientes con TLP, como así también, indagar sobre la importancia y los cambios que pacientes y profesionales perciben a partir de dicha técnica.

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo General

Describir el entrenamiento en la práctica de mindfulness en el tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en una institución privada de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

### 2.2 Objetivos Específicos

☒ Describir la importancia que tiene la práctica de mindfulness para los profesionales que asisten a un grupo de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

☒ Describir la práctica de mindfulness durante un taller de habilidades conformado por un grupo de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

☒ Analizar el uso y la utilidad de la práctica de mindfulness en la vida cotidiana de un grupo de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

### 3. Marco Teórico

#### 3.1 Trastorno Límite de Personalidad

De acuerdo al DSM 5 (APA, 2013) el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa. Esta perturbación puede desencadenarse en distintos contextos como así también manifestarse en cinco o más de los siguientes hechos:

1. Esfuerzo desesperado por evitar el abandono.
2. Relaciones interpersonales intensas e inestables.
3. Alteración de la propia identidad que incluye inestabilidad en la autoimagen.
4. Impulsividad en distintas áreas como por ejemplo sexo, drogas, gastos y atracones alimentarios.
5. Comportamientos o amenazas de suicidio o automutilación.
6. Sensación crónica de vacío.
7. Enfado inapropiado e intenso, con limitaciones para controlarse en momentos de ira.

En lo que respecta al modelo de Millon en cuanto a la Personalidad Límite, el sujeto que padece dicho trastorno suele sufrir cambios de humor intensos, como así también períodos de apatía y debilidad extrema intercalados con otros de enfado, ansiedad y euforia. Fluctúan continuamente los niveles de energía, por lo cual se padecen alteraciones en el sueño y largos periodos de desequilibrio afectivo (Millon & Davis, 1998).

Una característica de los pacientes con TLP es que por lo general no comienzan psicoterapia por iniciativa propia sino que por presión familiar y/o legal y una vez en el consultorio no suelen manifestar como problema su trastorno de personalidad, sino que mencionan quejas relacionadas a la depresión y a la ansiedad (Beck, Freeman & Davis, 1995). Una causa de ello es que estos pacientes pueden ser muy demandantes, sintiéndose víctimas de las situaciones o personas que los rodean, a las cuales a menudo culpabilizan por cada una de las desgracias que se les presentan en la cotidianeidad (Fortes Álvarez, Sánchez Cabezado & Antequera Iglesias, 2012).

Precisamente en cuanto a los problemas legales, éstos suelen presentarse como consecuencia de las conductas violentas que pueden llevar a cabo los pacientes con TLP, como resultado de las agresiones con las que reaccionan ante situaciones difíciles y/o estresantes. Cabe subrayar que dichas agresiones no suelen ser planeadas, sino que son más bien impulsivas por no tener la capacidad de pensar en el momento, en las repercusiones de las mismas (Guerrero & Sánchez, 2005).

Al mismo tiempo, los pacientes fronterizos no se creen capaces de vivir de manera independiente y/o autosuficiente, por lo cual pueden acarrear frecuentemente con graves problemas interpersonales y/o laborales. En lo que respecta al ámbito de trabajo, los TLP frecuentemente no se adaptan a las reglas o al ambiente laboral, por lo cual acostumbran a perder o a abandonar sus empleos continuamente (Paumard, Rubio & Granada, 2007).

De la misma manera, debido a los cambios de humor entre otros factores, sus relaciones interpersonales suelen ser tumultuosas, ya que pueden pasar de la dependencia absoluta al maltrato extremo, sin motivo aparente. La causa de ello puede ser la falta de habilidad para tolerar las frustraciones y/o de comunicar las mismas de un modo argumentativo (Sadock & Sadock, 2008).

Otro factor determinante de los problemas en las relaciones interpersonales en pacientes TLP es la tendencia que tienen a personalizar cualquier reacción y/o comentario de otras personas, interpretando los mismos como un ataque directo hacia ellos (Mosquera & González, 2013).

Asimismo los pacientes con TLP están constantemente en la búsqueda de experiencias nuevas para ocupar lo que perciben como un vacío existencial que los agobia (Ruiz, Salazar & Caballo, 2012) y por consiguiente pueden llegar a sentir una angustia relacionada con no reconocerse, sumada al temor a sí mismos por no saber cómo podrá ser la próxima reacción impulsiva que pueden llegar a cometer (Larrosa, 2006).

En lo que concierne a la relación de TLP con el estilo de apego, se ha comprobado que la negligencia parental y la ausencia de figuras de apego pueden resultar factores traumatizantes muy poderosos en el desarrollo de un trastorno límite (Sabo, 1997 citado por Mosquera & González, 2013).

Estos pacientes, que frecuentemente sienten poca estima por sí mismos, a la vez que tienen temor a ser abandonados por los demás, cumplen criterios similares a los que Bowlby incluye para describir el estilo de apego inseguro ambivalente (Cassidy, 1999). Sumado a esto, las personas diagnosticadas con TLP que han desarrollado aquel estilo de apego, suelen mantener hasta la adultez un alto grado de irritabilidad e impulsividad (Oliva Delgado, 2004).

Consecuentemente, diversos estudios han postulado que la experiencia de trauma sin el cuidado y el apoyo de un cuidador, predispone a los individuos a desarrollar un TLP (Main & Hesse, 1990 citados por Cassidy, 1999).

Por otro lado, cabe indicar que el pronóstico del TLP dependerá en gran parte del número y del tipo de rasgos que acompañen al trastorno. Generalmente el grupo más favorable es el acompañado por rasgos depresivos ya que suelen tener una mayor adhesión a terapia, mientras que el grupo asociado a rasgos antisociales, resulta el más complejo y el de peor pronóstico, por tender a despreciar al tratamiento y/o al terapeuta (Rodríguez & Morales, 2008).

Por último, en lo que respecta a la Teoría Biosocial, Linehan (2003) sostiene que los criterios para el TLP manifiestan una pauta de inestabilidad como así también de desregulación cognitiva, conductual y emocional, y esto puede resumirse en cinco categorías:

1. Desregulación y labilidad emocional: Respuestas emocionales reactivas. Problemas para expresar la ira. Episodios de ansiedad, depresión e irritabilidad.
2. Desregulación interpersonal: Relaciones intensas y caóticas, y esfuerzos desesperados por evitar el fin de las mismas.
3. Desregulación conductual: Conductas impulsivas y extremas que incluyen autolesiones e intentos de suicidio.
4. Desregulación del sentido del yo: Sentimiento de vacío y cierto grado de desconocimiento de sí mismo.
5. Alteración cognitiva: Puede aparecer en situaciones estresantes y desaparecer una vez que la tensión haya disminuido.

Para el tratamiento de dichas desregulaciones se les enseña a los pacientes ciertas habilidades psicosociales basadas en un modelo terapéutico llamado Terapia Dialéctica Conductual.

### 3.2 Terapia Dialéctica Conductual.

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) fue diseñada en la década del 80 por la psicóloga Marsha Linehan cuando se encontraba trabajando con pacientes problemáticas, que cometían principalmente conductas autolesivas y/o suicidas (Gómez, 2013).

Linehan llevaba a cabo el tratamiento con herramientas de la terapia cognitivo conductual (TCC) estándar pero observó que por distintas razones, los pacientes en cuestión no se encontraban lo necesariamente motivadas como para lograr un cambio. A partir de ello, fue que decidió cambiar la intervención, sumando a las estrategias de cambio típicas de la TCC, estrategias de aceptación, como así también prácticas de budismo conocidas como mindfulness (Teti, Boggiano & Gagliosi, 2014).

Como resultado de lo expuesto, partiendo de la revisión realizada por Linehan sobre los abordajes al TLP y a la vez, proponiendo una teoría biosocial a partir de la cual surge su propuesta de tratamiento, es que se estructuró lo que ahora se conoce como TDC (Gempeler, 2008). Cabe indicar que tiempo después dicha terapia fue incluyéndose también en el

tratamiento de desórdenes psiquiátricos mayores, anorexia nerviosa y bulimia, inclusive (Gómez, 2013).

Vásquez Dextre (2016) describe que la teoría biosocial propuesta por Linehan, refiere que los problemas en las conductas de los pacientes con TLP se deben principalmente a la desregulación emocional que surge de la interacción de dos factores:

1. Vulnerabilidad biológica: Es el componente hereditario y podría relacionarse con el temperamento del paciente que presenta alta sensibilidad a los estímulos, respuestas demasiado intensas y retornos muy lentos a la calma y a la tranquilidad.
2. Ambiente invalidante: Representa a un entorno que responde de manera extrema e inapropiada a las experiencias internas y/o externas de las personas.

Ante lo expuesto, resulta evidente que la validación es fundamental en este tipo de tratamiento y para ello es necesario que el terapeuta encuentre cierto grado de verdad y de sabiduría en cada respuesta de los pacientes, ya que los mismos en la mayoría de los casos han vivido en ambientes invalidantes de sus propias experiencias y/o emociones (Linehan, 2003). Cabe indicar que frecuentemente los pacientes con TLP, al manifestar sus emociones tan intensamente, parecieran poner a prueba la capacidad de comprensión y contención de las personas que los rodean, por lo cual generan respuestas relacionadas a la confusión y al rechazo (Blanch, González, Mas & Solé, 2005).

En este punto, conviene poner énfasis en que el psicólogo debe poder sostener un delicado equilibrio que consta de validar los sentimientos de injusticia que pesan sobre los pacientes pero a la vez, no asumir que la realidad es tal como ellos la plantean en ese momento (Gunderson & Chu, 1993). En consecuencia, esto puede significar que el terapeuta deba mostrar un grado de tolerancia con el fin de expresar que los pensamientos y las emociones del paciente resultan razonables a partir de la historia y de la experiencia de los mismos (Lew, Matta, Tripp Tebo & Watts, 2006).

Resulta apropiado indicar que la TDC es ante todo, la aplicación de un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que combina una actitud realista y en algunos casos, irreverente, con una que se destaca por su llamativa calidez y flexibilidad (Linehan, 2003).

Por su parte, Fernández (1996) enfatiza en la importancia de que el terapeuta pueda mezclar y equilibrar ambas actitudes y las describe de la siguiente manera:

☐ Estilo de comunicación recíproca: El objetivo es reducir la diferencia en cuanto al poder percibido, entre paciente y terapeuta, mostrándose este último como alguien vulnerable que puede cometer errores y a la vez, reconocerlos durante la terapia. Se destacan la calidez y la honestidad del psicólogo que accede a que se lo perciba como una persona cercana, empática y afectuosa.

☒ Estilo de comunicación irreverente: Resulta eficaz cuando el terapeuta debe atraer por completo la atención del paciente, por lo cual accede a responder de una manera muy directa con la intención de sorprenderlo. El psicólogo se permite interactuar con superficialidad y hasta con cierta ironía, pero manteniendo siempre una actitud seria y respetuosa que no agrada de manera alguna al paciente.

Al mismo tiempo, cabe señalar que el foco en la TDC se encuentra principalmente sobre cuatro áreas particulares: la aceptación y validación de la conducta, el tratamiento de las conductas que afectan la terapia, la relación terapéutica y los procesos dialécticos (Linehan, 2003).

Consecuentemente, dicha terapia es un tratamiento de tercera generación que parte de la dialéctica construida a partir del balance entre estrategias de cambio y de aceptación radical (Gagliesi, 2007). Mientras que las estrategias de cambio incluyen el análisis de los comportamientos desadaptativos y diferentes técnicas para la resolución de problemas (Dimeff & Linehan, 2001), la aceptación radical habilita al paciente a normalizar sus malestares, aceptando sentimientos, pensamientos o recuerdos que le causan displacer para que los mismos dejen de manejar sus acciones y a cambio de ello, pueda trabajarse con los mismos de una manera más valiosa y funcional (Salas & Soriano, 2006).

Cabe destacar que la TDC es reconocida como particularmente eficaz para el tratamiento de TLP por varias razones, entre las cuales se destacan el aumento de adherencia al tratamiento, la disminución de conductas suicidas y de internaciones psiquiátricas, la reducción del uso de sustancias y como consecuencia de todo ello, el establecimiento de mejores relaciones interpersonales (Gibert, 2015).

Vásquez Dextre (2016) describe las cinco etapas que conforman la TDC como así también, las metas de cada una de ellas:

☒ Pre-tratamiento: Es la etapa elegida para orientar al paciente acerca de la filosofía y de la estructura de la terapia con el fin de que ambos, paciente y terapeuta, se comprometan a lograr los objetivos que propone el tratamiento.

☒ Etapa I: Las metas a concretar son las de disminuir los comportamientos que atenten contra la calidad de vida del paciente, autolesivos y/o suicidas principalmente, como así también eliminar las conductas que afecten el tratamiento acordado. Otro de los objetivos es el de aprender a mantenerse en el momento presente para poder entender y tolerar las propias emociones.

☒ Etapa II: La meta a alcanzar es la de experimentar las emociones sin disociarse ni teniendo síntomas de estrés postraumático. Cabe indicar que autores como Mosquera y González (2013) han comprobado que existe una fuerte correlación entre TLP, traumas en la infancia y disociación.

☒ Etapa III: El fin es aumentar la estima y el respeto propio como así también lograr metas personales.

☒ Etapa IV: El objetivo central es eliminar la sensación de vacío y comenzar a atravesar un estado de completud a través del trabajo espiritual.

Con el propósito de cumplir con dichas etapas, la TDC incluye una terapia individual y un taller de entrenamiento de habilidades basadas en las dificultades de los pacientes con TLP para poder auto-regularse (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013).

### 3.3 Taller de Habilidades

La formación de habilidades en TDC se lleva a cabo en talleres grupales porque se tiene por supuesto que resulta más factible adaptar las técnicas grupales al trabajo individual que viceversa (Linehan, 1993). Cada encuentro del taller funciona de manera similar a una clase y sigue un programa diseñado para mejorar la capacidad de cada una de las habilidades (Rizvi, Welch & Dimidjian, 2009).

La finalidad de los talleres grupales es que los pacientes con TLP adquieran técnicas para disminuir comportamientos autolesivos, sustituyendo los mismos por otros más funcionales y menos hostiles (Cordero, 2011).

Cabe indicar que los comportamientos autolesivos pueden definirse como conductas autodestructivas que aunque causan un daño inmediato, no suelen ser tan severas como para provocar un perjuicio mortal (Mendoza & Pellicer, 2002). Estos comportamientos suelen ser la causa más frecuente de hospitalización de los pacientes y aunque el suicidio consumado surge en menos casos, éstos pueden llegar a ser la consecuencia directa de los mismos (Biagini, Torruco & Carrasco, 2005 citados por Espinosa, Blum Grynberg & Romero Mendoza, 2009).

Debido a las características mencionadas, es fundamental en la TDC para el tratamiento de pacientes con TLP, un encuadre grupal, entre otras razones porque les permite a los integrantes del taller, observar las interacciones propias y ajenas, en un ambiente que les brinda apoyo constantemente (Beck et al., 1995).

Resulta apropiado indicar que la terapia individual que forma parte de la TDC no puede ser llevada a cabo por los psicólogos encargados del taller, y que durante dichas sesiones es que se practican y se entrenan las habilidades aprendidas durante el mismo (Marco, García Palacios, Navarro & Botella, 2012).

### 3.3.1 Habilidades

Las habilidades sociales podrían definirse como un conjunto de pensamientos, emociones y conductas observables que ayudan a crear y mantener vínculos interpersonales satisfactorios (Roca, 2003).

De lo dicho se desprende, que dichas habilidades comienzan a ser adquiridas por las personas en la infancia para poder adaptarse a sus medios físicos y sociales (Del Arco & García, 2005) acomodándose al movimiento y a los cambios de su cultura y/o sociedad (Michelson, 1993 citado por Del Arco & García, 2005).

Asimismo, Del Prette y Del Prette (1999) definen a las habilidades sociales como el conjunto de comportamientos que contribuyen a alcanzar resultados satisfactorios en la vida cotidiana de una persona. Las mismas tienen como objetivo que los pacientes puedan expresar sus emociones positivas y/o negativas sin perder, con ello, sus refuerzos sociales (Hersen & Bellack, 1976).

En lo que respecta a los pacientes con TLP cabe recordar que los mismos sufren de dos componentes: la vulnerabilidad emocional y la carencia de las habilidades necesarias para lograr regular sus emociones (Serrani, 2011).

En consecuencia, uno de los objetivos primordiales de la TDC es que el paciente aprenda habilidades sociales para poder regular sus emociones y sus conductas: prácticas básicas de conciencia conocidas como mindfulness como así también habilidades de efectividad interpersonal, de regulación de las emociones y de tolerancia al malestar (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013).

La efectividad interpersonal puede definirse como la capacidad que tienen las personas para relacionarse con los demás mediante el uso de la asertividad y de una buena comunicación, con el objetivo de lograr de esta manera, resultados sociales funcionales y productivos (Kunnanatt, 2004). Al mismo tiempo, se habla de dicha efectividad, cuando se puede navegar en las situaciones interpersonales, pidiendo lo que se necesita y sabiendo decir que no cuando las circunstancias así lo requieran (Gagliesi, 2007).

De lo dicho se desprende que una relación interpersonal puede considerarse como efectiva cuando se logra un sentido estable del yo, a la vez que se tiene la capacidad para expresar espontáneamente las emociones previamente reguladas (Linehan, 2003).

De ahí que a los pacientes se los debe animar a desafiar a las cogniciones distorsionadas relacionadas con las interacciones interpersonales como así también a identificar y reconocer sus metas dentro de aquellas interacciones. El objetivo es que los integrantes del taller puedan aprender técnicas para encontrar un equilibrio entre cuidar su propia autoestima y mantener también, sus relaciones (Oldham, Skodol & Bender, 2009).

Por otro lado, Lozano (2004) manifiesta que la desregulación de las emociones puede expresarse a través de depresión episódica, irritabilidad, ansiedad y problemas para expresar el enojo. En consecuencia, la regulación emocional se encuentra relacionada con el proceso de

comenzar, mantener o cambiar los estados afectivos internos para poder conseguir una meta determinada (Thompson, 1994 citado por Garrido Rojas, 2006).

Poder lograr autorregularse emocionalmente se trata de poder inhibir las conductas inadecuadas que surgen como consecuencia de las emociones positivas o negativas, como así también, actuar a partir de las metas y no dependiendo únicamente del estado de ánimo del momento, poder apaciguar las actividades fisiológicas inducidas por las emociones, y por último, conseguir concentrar la atención aún en presencia de una emoción intensa (Linehan, 2003).

Paralelamente, Pastor (2009) relaciona la tolerancia al malestar con la capacidad que tienen las personas para afrontar los momentos de crisis sin realizar, para ello, ningún tipo de conducta disruptiva. Dicha habilidad sirve para encontrar un significado al sufrimiento, entendiendo que el mismo, forma y formará parte de la vida y no será posible deshacerse de él indefinidamente. Las técnicas para tolerar el malestar incluyen las tácticas de distracción, el mejorar el momento analizando las ventajas y desventajas del mismo y por último, el poder fortalecerse a sí mismo (Palacios, 2006).

En efecto, esta habilidad sirve para aprender a sobrellevar la angustia y para que los pacientes puedan tolerar los sentimientos de ira y de vacío sin recurrir a conductas problemáticas. A su vez, resulta eficaz para que logren observar sus patrones interpersonales con el fin de que estén más dispuestos a probar nuevas formas de interpretar los comportamientos de los demás (Oldham et al., 2009).

Ante lo expuesto, cabe indicar que la única técnica que se realiza en todos y cada uno de los encuentros que forman parte de los talleres, antes de comenzar con la rutina debida es conciencia plena o mindfulness (Cordero, 2011) puesto que enseñar dicha práctica, formal o informalmente, brinda a los pacientes distintas capacidades funcionales que transforman la relación que tienen con ellos mismos, disminuyendo el sufrimiento que les generan los síntomas y creando nuevas maneras de enfrentar sus vidas (Siegel, 2010).

### 3.4 Mindfulness

Mindfulness o conciencia plena es la primera técnica aprendida durante el tratamiento de la TDC y consiste en enfocar la atención en el presente, sin juzgar los pensamientos y emociones del momento (Elices & Cordero, 2011).

Aunque las tradiciones espirituales orientales han asegurado por mucho tiempo que la práctica de mindfulness puede conducir a la reducción del sufrimiento y al aumento del bienestar, fue recién en las últimas décadas que dichas técnicas han sido adoptadas en Occidente, incorporando las mismas en distintos tratamientos de la salud mental (Baer, 2015). Igualmente, cabe indicar que a pesar de que deriva de técnicas de meditación budista, en la actualidad se utiliza como estrategia psicológica sin ninguna intencionalidad religiosa (Gempeler, 2008).

En lo que respecta a su práctica, Mañas (2009) apunta a que generalmente mindfulness comienza a ejercitarse con la técnica de meditación-concentración, la cual consiste en intentar centrar la mente interrumpidamente en un solo estímulo, al que se llamará objeto, y dicho

objeto, en un principio, no será otro que la propia respiración. Durante este ejercicio debe seguirse el ritmo de la inspiración y espiración en cada movimiento respiratorio y al notar que la mente comienza a divagar, se debe volver al objeto de atención, o sea, a la respiración (Simón, 2007).

Consecuentemente, mindfulness guía al paciente para que pueda aceptarse a sí mismo e idealmente debe poder practicarse también fuera del consultorio o de los talleres ya que intenta que la persona esté intencionalmente en el momento presente, atenta a cada uno de sus pensamientos (Gagliesi, 2007). De ahí que otro de los objetivos, es que la persona asista a un acontecimiento por vez, sea cual sea el mismo y que no realice una actividad pensando en otra (Rizvi et al., 2009).

Por añadidura, se podría decir que esta técnica es lo contrario a vivir automáticamente basado en los hábitos, porque aunque los mismos se seguirán teniendo, se intenta aprender a vivir con ellos de un modo más consciente (Alidina, 2015).

Resulta importante para la práctica del mindfulness escuchar al cuerpo para ver con claridad que es lo que le está pasando, ya que no se pueden cambiar las emociones y los pensamientos, si no se cambia el cuerpo también. Por consiguiente, es necesario pasar de la reactividad de la mente que consta de respuestas automáticas e inconscientes, a la responsabilidad que está constituida por respuestas controladas y conscientes (Moñivas, García Diex & García de Silva, 2012).

En consecuencia, Siegel (2010) enfatiza en que en el momento en que el sentido del mundo se encuentra dominado por el pensamiento automático, las personas no solo corren verdaderos riesgos de llevar a cabo una vida rutinaria y monótona, sino que también de reaccionar ante ciertas situaciones de manera mecánica e irreflexiva.

Aunque sobre mindfulness existen diversas definiciones, desde una perspectiva científica se lo podría definir como la capacidad de mantener la atención en un objeto durante una cantidad de tiempo ilimitado (Lutz, Dunne & Davidson, 2007 citado por Simón, 2007).

A su vez cabe indicar que la atención debe estar enfocada intencionalmente en el momento presente pero sin juzgarlo de ninguna manera (Kabat Zinn, 1994) con el objetivo de no estar pendiente de las rumiaciones del pasado ni de las expectativas y/o temores del futuro (Bishop et al., 2004).

Paralelamente, mindfulness puede definirse como conciencia plena, es decir, como un estado de conciencia relacionado con el bienestar y la plenitud que difícilmente puede expresarse con palabras (Campayo & Demarzo, 2014).

Bishop et. al (2004) sostienen que los componentes básicos del mindfulness son la atención en el momento presente pero también la actitud con la que se vive dicho momento y destacan de este último la curiosidad, la apertura y la aceptación, como opuestos de la evitación (Ramos & Hernández, 2010).

Cabe enfatizar en que el mindfulness no es un discurso, sino que una práctica, la cual puede ser entendida como una experiencia emocional, física y perceptual (Germer, Siegel & Fulton,

2005). De acuerdo con esto, Marquès Brocksopp (2014) destaca que uno de los objetivos de la técnica es que la persona no emita juicios de valor pero que a la vez, sea consciente de su corporeidad y de sus sensaciones, para poder así desconectar intencionalmente de sus habituales patrones conductuales y cognitivos.

En este punto, cabe mencionar las diferencias que Stahl y Goldstein (2011) destacan entre practicar mindfulness informal o formalmente:

☐ Práctica Informal: Consiste en centrar la atención plena en las actividades que se llevan a cabo en la vida cotidiana, desde comer hasta relacionarse con los otros, sin importar el lugar ni el contexto del momento.

☐ Práctica Formal: Consta de la posibilidad de tomarse al menos 15 minutos para poder enfocarse deliberadamente en la respiración, las sensaciones, los pensamientos y las emociones. Se pueden utilizar técnicas de relajación muscular progresiva o de respiración diafragmática, a través de diferentes prácticas y/o ejercicios.

Ante lo expuesto, es conveniente agregar que durante la práctica formal de mindfulness, se etiquetan los pensamientos y sensaciones como lo que realmente son, con el fin de poder diferenciarlos de las reacciones o de los juicios de valor (Delgado Pastor & Kareaga, 2011).

Por último, es preciso señalar que diferentes estudios han hallado múltiples ventajas de practicar mindfulness, entre las mismas se pueden destacar la mejora en la regulación de las emociones como así también en las pautas cognitivas, la disminución de los pensamientos negativos y un notable progreso en las relaciones interpersonales, ya que pueden comenzar a percibirse eficazmente las señales emocionales (no verbales) de los otros (Siegel, 2010).

#### 3.4.1 Mindfulness en el Trastorno Límite de la Personalidad

Son varios los motivos por los cuales el mindfulness es utilizado en el tratamiento de pacientes con TLP pero entre los mismos se destaca la gran eficacia comprobada en dicho tratamiento como así también, que el aprendizaje de la práctica suele resultar simple y breve, pudiéndose ejercitar en cualquier momento, solo o en compañía (Coutiño, 2012).

Una de las metas principales de la práctica de mindfulness en el tratamiento de pacientes con TLP es que los mismos puedan conectar con su mente sabia, la cual podría definirse como la integración de la mente emocional y la mente racional (Elices & Cordero, 2011).

La mente sabia es al mismo tiempo la base lógica del entrenamiento del mindfulness y resulta muy importante es los pacientes con TLP porque los mismos suelen identificarse y/o manejarse, excesivamente, con la mente emocional, en el sentido de que son sus emociones las que controlan la mayoría de sus pensamientos y/o comportamientos (Palacios, 2006).

Mientras que la mente racional es la que piensa de una manera fría y práctica porque está enfocada en los objetivos y en las tareas, la emocional actúa apasionadamente y depende del humor porque está focalizada en las emociones y en los impulsos (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013).

En conclusión, la mente sabia es la que sintetiza intuitivamente la esencia de ambas mentes, integrando la observación, el razonamiento, la experiencia sensorial, la intuición y el aprendizaje (Linehan, 1993), y el medio más eficaz para ejercitarla es el mindfulness (Palacios, 2006).

Paralelamente, Orgilés y Gascó (2014) destacan la importancia de señalarles a las personas que padecen TLP, la distinción entre dolor y sufrimiento y una buena manera de marcarles dicha diferencia, es a través del mindfulness. Aunque ambos estados son naturales, el sufrimiento es solo una de las opciones que se presentan para enfrentarlo y está fuertemente condicionado por los pensamientos de las personas, que en los pacientes fronterizos suelen ser: “Es injusto que me pase a mí” o “Yo no puedo con esto”, entre otros.

Por consiguiente, uno de los objetivos de practicar mindfulness es que los pacientes logren observar aquellos pensamientos sin juzgarlos y manteniendo un estado de equilibrio, con el fin de comprender que lo que ellos consideran bueno o malo, angustioso o satisfactorio, está despojado de una identidad verdadera y/o determinante (Rimpoche, 1992, citado por Coutiño, 2012).

Cabe agregar que al enfrentarse con aquellos pensamientos y/o sentimientos aversivos a través de la práctica de mindfulness, comienzan a disminuir las conductas problemáticas y/o evitativas de los pacientes con TLP, por lo cual pueden presentarse nuevos comportamientos que deben ser reforzados por el terapeuta (Kohlenberg, 2009, citado por Ortega, Salinas & Suck, 2015).

Las conductas evitativas en los pacientes con TLP, surgen como respuesta al peligro, en forma de inhibición y/o evitación pero en cualquiera de los casos, la conducta surgirá por la necesidad incontrolable de manejar la ansiedad ante la vivencia continua de amenaza (Carrasco & Díaz, 1997). En consecuencia, es que resulta importante que el terapeuta destaque y refuerce los cambios positivos que el paciente pudo incluir en su conducta (Rodríguez & Caus, 2012).

Es menester señalar que durante todo el tratamiento con personas con TLP, los terapeutas deben trabajar de una manera eficaz pero a la vez desprejuiciada, con el fin de transmitirle a los pacientes que, aunque la atención plena (objetivo del Mindfulness) no se adquiere fácilmente, una vez que la misma, con esfuerzo y dedicación puede ser ejercitada, será de gran ayuda para llevar una mejor calidad de vida (Rizvi et al., 2009).

Asimismo, aunque suele mencionarse como un factor a tener en cuenta que los efectos de la práctica comienzan a ser realmente notorios en un mediano o largo plazo (Justo, Mañas & Martínez, 2010), en lo que respecta a la ansiedad, los pacientes comienzan a sentirse más tranquilos luego de un tiempo muy breve, desplegando a partir de aquello, mayores logros para el control de la impulsividad (Laplana & Mar, 2015).

En cuanto a los beneficios a largo plazo, diversos estudios han comprobado que la práctica regular de mindfulness, puede transformar y para bien, el cerebro humano (Sarmiento Bolaños & Gómez Acosta, 2013).

Lo señalado anteriormente ocurre pese al impacto que lo malo tiene en la mente, ya que genera un poder descomunal en el cerebro, el cual responde naturalmente con más fuerza a los hechos negativos que a los positivos. La práctica cotidiana de mindfulness consigue crear estados mentales beneficiosos para que las personas puedan sentirse bien en el momento. Más importante aún, ejercitar la técnica habitualmente, puede instalar las experiencias mentales beneficiosas en el cerebro, de manera realmente duradera (Hanson, 2015).

Resulta necesario señalar que en pacientes con TLP, el tamaño del hipocampo y de la amígdala suele ser menor, existiendo una activación excesiva de la misma ante estímulos que generen algún tipo de emoción negativa (Chávez León, Ng & Ontiveros Uribe, 2006). Como consecuencia, ante dichos estímulos se sufre una activación del sistema de alerta simpático (Goleman, 2012) que mediado por la adrenalina, implica cierto descontrol en la capacidad de regular por ejemplo, las respuestas ansiosas (Cahill & Fernández, 2006).

No obstante, para poder activar el sistema nervioso parasimpático, que neurológicamente se trata de una modalidad de restablecimiento y recuperación, y a la vez generar emociones positivas, una de las técnicas primordiales es la práctica cotidiana de mindfulness ya que es un método muy eficaz para relajarse y encontrar un estado de calma y equilibrio (Goleman, 2012).

Asimismo, lo más llamativo que se pudo verificar es que luego de practicar mindfulness por ocho semanas, se logra una reducción de la actividad de la amígdala y como resultado de ello, una disminución significativa de la angustia, del miedo o de la tensión (Alidina, 2015).

Sin embargo, cabe indicar que sumergirse con conciencia plena en las propias sensaciones puede generar miedo, especialmente a los pacientes con TLP ya que una gran parte de ellos, han atravesado experiencias dolorosas y/o traumáticas y por ello evitan ser conscientes de su propio cuerpo (Siegel, 2010).

Igualmente, Gunaratana (2013) explica que la aparición del miedo durante la práctica de mindfulness puede deberse a una concentración deficiente y advierte que en aquellas situaciones, lo importante es observar el temor tal cual es pero sin aferrarse a él, como así también no juzgar las emociones generadas, ya que al no luchar contra las mismas es que se pueden encontrar distintas maneras de afrontarlas.

Como resultado de lo expuesto, conviene poner énfasis en que la práctica responsable de mindfulness va generando progresivamente distintas experiencias que logran cambiar de manera gradual la relación de las personas con sus propios miedos, ya que al intentar aceptarlos y explorarlos en vez de evitarlos, comienza a resultar más fácil y/o factible el enfrentamiento con los mismos (Delgado Pastor & Kareaga, 2011).

## 4. Metodología

### 4.1 Tipo de estudio

Descriptivo.

### 4.2 Participantes/muestra

El estudio se llevó a cabo a través de grupos de entre 8 y 10 pacientes que asisten a un taller de habilidades en una institución privada de salud mental. La duración del mismo es de 2 horas y media y está conformado por pacientes mujeres diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad. Sus edades varían entre los 25 y los 50 años y llevan formando parte del taller, dependiendo del caso, entre 2 meses y 1 año.

Los talleres son grupales y coordinados por psicólogos cuyas edades promedian los 40 años y llevan poco menos de una década trabajando en la institución.

Cabe indicar que para preservar la identidad de dichos participantes, los nombres que se leerán a lo largo del trabajo, serán ficticios.

### 4.3 Instrumentos

☑ Observación participante de un taller de habilidades en una institución privada de salud mental, incluyendo anotaciones diarias para recolectar la información correspondiente.

☑ Entrevistas semi-estructuradas a tres psicólogos de la institución para indagar acerca de la importancia que ellos vislumbraban en el mindfulness para el tratamiento del TLP. De este modo se les preguntó a los profesionales sobre los efectos de la práctica en sus pacientes como así también, los cambios y la influencia de esta técnica en la vida de los mismos.

☑ Entrevistas semi-dirigidas a seis pacientes que asisten al taller de habilidades para indagar sobre si ejercitan mindfulness fuera de la institución y de ser así, cómo es que el mismo repercute en sus vidas cotidianas. Paralelamente se preguntó sobre los aportes que les brinda la técnica y sobre la importancia que tiene para ellas el llevarla a cabo. Asimismo, se intentó profundizar en los cambios que perciben desde que aprendieron y comenzaron a realizar dicha práctica.

### 4.4 Procedimiento

La información ha sido recolectada mediante las observaciones participantes en los talleres de habilidades semanales, de 2 horas y media de duración, durante alrededor de 4 meses.

Se han realizado entrevistas individuales de aproximadamente 10 minutos a tres psicólogos de la institución, con el fin de conocer la importancia que tiene para los mismos la práctica de mindfulness en el tratamiento de las pacientes que asisten al grupo de habilidades.

Asimismo, se llevaron a cabo entrevistas de 10 minutos a las pacientes que formaban parte de los encuentros grupales con el fin de conocer la información que manejaban sobre la práctica y principalmente, para conocer en profundidad los efectos del mindfulness en la vida cotidiana de las mismas.

## 5. Desarrollo

### 5.1 Describir la importancia que tiene la práctica de Mindfulness para los profesionales que asisten a un grupo de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Para llevar a cabo dicho objetivo, se realizaron entrevistas individuales a tres psicólogas de la institución, llamadas R, P y F. Sus respuestas guardaron algunas diferencias pero se destacaron varias similitudes.

En el caso de R, ella considera fundamental la práctica de mindfulness en el tratamiento de personas con TLP y lo justifica del siguiente modo: “Me parece indispensable en el tratamiento para que las pacientes puedan empezar a distinguir entre hechos reales y pensamientos o interpretaciones que no son efectivos en el momento. Es una base también para que puedan conectar con lo que les está pasando, porque a veces se dan cuenta de eso cuando la emoción es demasiado intensa, por lo cual con mindfulness pueden aprender a identificar bien cuáles son las emociones en el momento indicado y hasta evitar crisis, inclusive”. La respuesta de R resulta interesante ya que una vez que las pacientes con TLP logran identificar sus pensamientos y emociones a través de la práctica de mindfulness, pueden aparecer nuevos comportamientos funcionales y estos deben ser notados y reforzados por los terapeutas (Kohlenberg, 2009, citado por Ortega et al., 2015).

Por otro lado, R confiesa que aunque luego de un tiempo las pacientes comienzan a ver los beneficios de conciencia plena y eso les resulta motivador, al principio del tratamiento existe en ellas un grado de resistencia a practicarlo ya que no lo hacen de manera constante, como debería ser, sobre todo en un comienzo: “Igual, una vez que le encuentran sentido, logran incorporarlo a sus vidas, sobre todo lo que se relaciona con integrar los cinco sentidos en las tareas que disfrutan realizando en el día a día” cierra la entrevistada.

En lo que respecta a P, ella cree que el mindfulness es realmente importante en el tratamiento de pacientes con TLP y que su relevancia se relaciona con que puede aumentar el uso de otras herramientas y a la vez, conectar con lo que necesitan en el momento indicado. Aunque lo considera como una meta en el tratamiento, P empezó a practicar mindfulness desde que comenzó a trabajar en la institución ya que antes no solía interesarse por la meditación y destaca: “Al principio las prácticas fueron muy intensas, fue mi manera de ver que realmente era eficaz. No me servía de a ratitos”. En la actualidad realiza prácticas formales cada vez que puede, en el colectivo a veces o a la noche en su casa e informales varias veces al día. En este punto cabe enfatizar en las diferencias que plantean Stahl y Goldstein (2011) entre la práctica informal y formal de mindfulness ya que es esta última la que requiere de un tiempo determinado para enfocarse en la respiración, sensaciones, pensamientos y emociones.

Al mismo tiempo, la profesional considera que las practicas interpersonales de mindfulness tienen un gran impacto en las pacientes pero destaca principalmente las que tienen que ver con conectar con el cuerpo, argumentándolo del siguiente modo: “Estamos siempre sobreestimando la mente y lo que mayor potencialidad de cambio puede tener es conectar con el cuerpo, para saber qué es lo que siente y dónde se encuentra aquello”. A partir de las palabras de P, cabe citar a Siegel (2010) que enfatiza en que los pacientes con TLP, en muchos casos por haber sido víctimas de experiencias traumáticas, evitan ser conscientes de su propio cuerpo.

Del mismo modo, la última entrevistada llamada F, considera que mindfulness es la habilidad principal de los talleres porque les permite a las pacientes ubicarse en el momento actual y de esa manera tomar mejores decisiones, aún en los momentos de crisis: “Si están concentradas en el presente, se vuelven más receptivas y disminuyen las posibilidades de que actúen de manera automática, por lo cual en lo que respecta a efectividad, mindfulness es absolutamente importante”. A partir de la reflexión brindada por F, se puede comprender la influencia del mindfulness en el objetivo de disminuir las respuestas automáticas de las pacientes, convirtiendo paulatinamente las mismas en más controladas y conscientes (Moñivas, García Diex & García de Silva, 2012).

Al igual que sus colegas, la psicóloga confiesa que por lo menos al principio a las pacientes les cuesta incluir la práctica en sus vidas cotidianas y sugiere una posible causa de ello: “A las consultantes suele llevarles alrededor de 6 meses comprender qué para que el mindfulness les resulte efectivo, deben ejercitarlo en el día a día y no únicamente un rato en la fundación”. En efecto, F intenta ejercitar mindfulness de manera informal, habitualmente y en variadas ocasiones, y en lo que respecta a la práctica formal, afirma: “Lo practico todos los días aunque sea un ratito, generalmente cuando me quedo sola, luego de llevar a mis hijos al colegio”. A partir de la opinión de F sobre el tiempo que demoran las pacientes en integrar la habilidad a su cotidianidad, cabe destacar que Hanson (2015) advierte que para crear estados mentales realmente beneficiosos a través del mindfulness, resulta indispensable que al mismo se lo practique habitualmente y de manera duradera.

Para cerrar, la entrevistada destaca que las pacientes suelen conectar mejor con el mindfulness a partir de técnicas que les permitan concentrarse en sus propios cuerpos y lo justifica de la siguiente manera: “Es por medio de los ejercicios corporales que las personas pueden llegar a identificar donde se encuentra por ejemplo, la tensión y por lo tanto, conectar más con sus sensaciones físicas, es un gran paso para comenzar a sentirse mejor”.

Ante lo expuesto a partir de las entrevistas, se puede observar que las psicólogas consultadas perciben al mindfulness como indispensable en el tratamiento de pacientes con TLP, coincidiendo en que su relevancia se debe principalmente a que a través de su práctica, los pacientes logran conectar con lo que les está pasando en el momento presente y de esa manera, identificar qué es lo que realmente necesitan.

Pese a ello, las profesionales también concordaron en que existe cierta resistencia por parte de los pacientes, especialmente en el comienzo del tratamiento, a ejercitar mindfulness regularmente, y sugieren que una posible causa de ello, es qué recién después de un tiempo

determinado, dichos pacientes logran encontrarle algún sentido y/o beneficio a la práctica en cuestión.

5.2 Describir la práctica de Mindfulness durante un taller de habilidades conformado por un grupo de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Con el fin de describir dicho objetivo, se formó parte de varios encuentros grupales donde pacientes con TLP aprenden habilidades para mejorar su calidad de vida. El taller en cuestión, se encontraba conformado por 10 pacientes y era coordinado por dos psicólogas, a las que llamaremos F y P. Cabe recordar que en la TDC se generan encuentros grupales porque según Linehan (1993) resulta más factible adaptar las técnicas grupales al trabajo individual que viceversa.

La modalidad de taller era la siguiente: Las integrantes del grupo a medida que ingresaban al lugar indicado, comenzaban a acomodarse en forma de ronda y aunque quizás con algunas personas no hacía tanto tiempo que se conocían, parecía haber mucha confianza entre ellas. Cuando llegaba el horario pautado, lo primero que se realizaba era una práctica de mindfulness o conciencia plena.

Luego de la práctica, las pacientes que querían, compartían con el grupo las tareas acordadas la semana anterior y después se continuaba con la clase y por lo tanto, con la habilidad acordada para aquella semana. Dichas habilidades podían variar entre efectividad interpersonal, regulación de las emociones y tolerancia al malestar y tal como se ha mencionado en el marco teórico, las mismas resultan fundamentales para que las pacientes puedan regular no solo sus emociones, sino que también, sus conductas (De la Vega Rodríguez & Sánchez Quintero, 2013).

En lo que respecta a mindfulness, por diferentes motivos personales, a las pacientes que conformaban el taller, su práctica no les era indiferente (para bien o para mal) y lo manifestaron de varias maneras que serán relatadas a continuación.

Mindfulness es la habilidad que se aprendió exclusivamente durante las primeras clases del taller y ciertos autores como Siegel (2010) sugieren que una de las causas de aquello es qué, ejercer dicha práctica brinda a los pacientes distintas habilidades para transformar la manera de relacionarse con los demás, pero también, con ellos mismas.

Consecuentemente, en el primer encuentro, P explicó que si las pacientes no realizaban prácticas de mindfulness resultaría difícil que pudieran completar el taller ya que “diferentes pensamientos y/o emociones actuarán como enemigos del avance hacia una vida que valga la pena ser vivida”.

Se pudieron observar diferentes reacciones en las participantes mientras practicaban mindfulness y aunque aquello puede relacionarse con los ejercicios, además debe asociarse con la forma en la cual las pacientes llegaban al taller, es decir, con las situaciones experimentadas previamente, como así también, con la actitud para participar, una vez en la institución.

Como se ha mencionado anteriormente, uno de los primeros objetivos del mindfulness es practicar la mente sabia, la cual es definida por Elices y Cordero (2011) como la integración de la mente emocional y la mente racional, por lo cual una vez comprendida dicha integración por las pacientes, se les pidió a las mismas que brinden ejemplos propios sobre situaciones en las que sentían que actuaban de manera más emocional que racional. Luego de varios minutos, comenzaron a realizarse ejercicios con el fin de conectar con la mente sabia.

Lo planteado fue dificultoso ya que como se ha mencionado, las pacientes se encuentran muy identificadas con la mente emocional (Palacios, 2006). Igualmente, resultó alentador ver el esfuerzo y la voluntad que las mismas pusieron en aprender acerca de la mente sabia y las consecuencias de ello.

En consecuencia, los primeros ejercicios que se llevaron a cabo durante el taller estuvieron relacionados con el poder conectar con la mente sabia y entre los mismos pueden destacarse el de hacerse una pregunta (no era necesario que fuera expuesta al grupo) e intentar responderse con la mente sabia, como así también el de intentar reaccionar con aquella mente ante ciertas situaciones que se les pudieran presentar a lo largo de la semana.

En los encuentros siguientes, aunque debían trabajar el resto de las habilidades, los primeros minutos siempre estuvieron dedicados a la práctica de mindfulness, por lo cual se realizaron variados ejercicios con diferentes consecuencias.

Es menester indicar que varias prácticas de mindfulness que se realizaron en el taller estuvieron relacionadas con la respiración, es decir, en prestar atención a la misma de diferentes maneras pero a las integrantes del grupo, en varios momentos les costaba concentrarse, o al menos así sucedía en un principio. Las causas que expresaban cuando eran indagadas sobre la causa de ello, es que se les cruzaban pensamientos o sentimientos continuamente y que luego de unos minutos podían volver a enfocarse en su respiración. Relacionado con ello, es que Gunaratana (2013) explica que durante la práctica de mindfulness resulta importante intentar no juzgar las emociones que aparecen ya que de esa manera es que se pueden encontrar distintas maneras de afrontarlas.

En otros encuentros, se realizaron prácticas de mindfulness relacionadas con la autocompasión que según las coordinadoras del taller, resultaban fundamentales para la técnica como así también para pacientes con TLP. Cabe destacar un ejercicio en particular que consistía en abrazarse uno mismo, acariciando las propias manos, los brazos, como así también las mejillas. Esta práctica afectó singularmente a las pacientes, a tal punto que las coordinadoras del taller, además de estar muy atentas a las reacciones de las mismas, en determinados momentos tuvieron que salir del salón en compañía de alguna de ellas, por encontrarse especialmente emocionadas.

Resulta pertinente indicar que durante algunas clases, con el fin de que las pacientes pudieran conectar con mindfulness de manera útil y certera, se expusieron videos con distintas explicaciones y esta manera resultó realmente motivadora para ellas. Lo dicho resultó evidente por sus maneras llamativamente entusiastas de dar devoluciones o puntos de vista, como así también en la acción de pedirles a las coordinadoras que en cuanto pudiesen, llevaran más videos para compartir.

Cabe destacar que durante varias reuniones, también se practicó mindfulness de manera interpersonal, es decir, se llevaron a cabo prácticas en compañía de otra integrante del taller. Como se explicó anteriormente, no todas las integrantes se conocían en profundidad pero sin embargo, aquello no resultó un obstáculo en el momento de llevar a cabo dichos ejercicios, sino que por el contrario, las pacientes parecían concentrarse especialmente en compartir sus experiencias, secretos, y malestares con sus compañeras. Llegado el momento de las devoluciones, esto se traducía en frases como: “Me emocionó ver a mi compañera tan feliz” o “Mi compañera logró transmitirme la ternura que sentía y ahora me siento mejor yo”, entre otras.

Resultan realmente significativos en lo que respecta a este objetivo, los llamados juicios de valor. En el taller, los mismos suelen aparecer constantemente ya que las pacientes suelen sentir muy poca estima por ellas mismas (Cassidi, 1999), a la vez que se encuentran muy identificadas con sus pensamientos y les cuesta percibirlos como algo externo a ellas. Es por esto, que durante las clases de habilidades se deben evitar los comentarios juiciosos y cada vez que alguna de las integrantes (psicólogas inclusive) realiza alguno negativo sobre ella o su experiencia, una coordinadora golpea una campanilla para resaltar el error y que no pase desapercibido que lo que se acaba de decir es un juicio y no la realidad en sí. Tal es la importancia de aquello, que Delgado Pastor y Kareaga (2011) nombran como un objetivo fundamental del mindfulness que la persona logre etiquetar a los pensamientos y a las sensaciones como lo que realmente son para poder así, diferenciarlos de las reacciones o de los juicios de valor.

Es importante destacar que no son pocas las veces que las pacientes, durante o después de una práctica, lloraron o estuvieron llamativamente sensibles. En aquellos momentos, una de las coordinadoras les ofrecía salir juntas del salón para hablar sobre lo ocurrido y brindarles apoyo en un espacio de mayor intimidad.

Por el contrario, en muchas oportunidades, ocurrió que las integrantes que habían llegado a la clase con un actitud seria, con ciertos rasgos de enfado o de angustia, luego de la práctica de mindfulness, cambiaban desde su postura hasta su gestualidad que comenzaba a ser más calma, sumando esto a una actitud mucho más empática y voluntariosa para con el resto de sus compañeras.

5.3 Analizar el uso y la utilidad de la práctica de Mindfulness en la vida cotidiana de un grupo de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Con el fin de llevar a cabo dicho objetivo, se observó la realización de la práctica de mindfulness en los distintos encuentros del taller de habilidades, como así también, se llevaron a cabo una serie de entrevistas voluntarias a las pacientes que lo integraban. Cabe indicar qué, más allá de las similitudes que han podido percibirse en el objetivo anterior en cuanto a las reacciones de las integrantes luego de la práctica de mindfulness, en este punto se destacan varias diferencias en cuanto a la adhesión de la práctica en la cotidianidad de las pacientes.

Para dar cuenta de lo mencionado, resulta pertinente comenzar por el caso de L, quien asistía al taller desde hace poco más de siete meses. A la paciente en cuestión se la observaba con verdadera motivación hacia la práctica de mindfulness, ya que desde el momento en el que arribaba al taller (siempre era una de las primeras en hacerlo) comentaba que tenía muchas ganas de practicar conciencia plena o directamente, debido a las características de su día, manifestaba: “Necesito que hagamos urgente mindfulness porque vengo con un acelere tremendo, estoy muy ansiosa de verdad”. Cabe recordar que uno de los beneficios a corto plazo de la práctica en cuestión es el de lograr que los pacientes se sientan más tranquilos luego de poco tiempo y como consecuencia de ello, obtener más herramientas para el control de la impulsividad (Laplana & Mar, 2015).

Cuando se le preguntó acerca la repercusión de mindfulness en su vida cotidiana, L respondió que le daba mucha importancia y que lo practicaba todos los días que podía aunque añadió: “Me pasa que al principio me costaba mucho mindfulness, en el sentido de conectarme con mi cuerpo, con las sensaciones y etc. pero ahora cuando lo hago me ayuda mucho porque estoy más pendiente de lo que me pasa y lo respeto más. El tema es que no lo hago mucho”.

Por otro lado, A, otra de las integrantes, solía conmovirse mucho durante las prácticas formales de mindfulness y lo expresaba de diferentes maneras que podían ir desde llorar hasta negarse a compartir con el resto su experiencia, justificando aquella acción con argumentos que se relacionaban con su temor, en sus propias palabras “a ponerse peor o más triste”. Igualmente, aquella actitud pudo ser comprendida conociendo la respuesta de Adriana, al ser consultada sobre si percibía cambios desde que practicaba mindfulness: “Ahora no, no me da ganas porque no estoy en un buen momento pero antes sí. Lograba relajarme y responder de una mejor manera, sin apresurarme y así evitaba tantos sufrimientos, al actuar con impulsividad. Cero enojos. Al estar mejor yo, lograba concentrarme mejor. Pura aceptación”. A partir de aquella confesión de la paciente, parecería apropiado señalar que según Bishop et. al (2004), además de la concentración en el momento presente, otro de los componentes básicos para una práctica efectiva de mindfulness es la actitud con la cual puede llevarse a cabo dicha experiencia.

De igual modo que a A, L, que asistía al taller desde hace seis meses, también consideraba que la práctica de mindfulness la había ayudado a tomar mejores decisiones, como así también a prestar más atención al momento presente: “Mindfulness me ayuda a estar aquí y ahora. A dejar de rumear con cosas del pasado y a tranquilizarme para que no se ponga todo peor”. Sin embargo, resulta importante indicar que durante un encuentro en particular, luego de un ejercicio de autocompasión que consistía en realizarse muestras de afecto a uno mismo, L no pudo contener el llanto: “No me gustó esta práctica. Hoy me cuesta ser buena conmigo misma, darme cariño y todo eso”, manifestó durante su devolución, visiblemente conmovida. P, una de las coordinadoras, respondió amablemente que no todas las prácticas son para cualquier momento, validando así lo que estaba sintiendo L, y ambas acordaron que intentaría hacerlo en otro momento que quizás le resultara más apropiado.

Por otro lado, resulta pertinente describir una situación en particular que ocurrió con otra de las integrantes que denominaré C. Una vez terminada una práctica de mindfulness que consistía en recordar una actitud de una persona allegada que mereciera gratitud de su parte,

a C se la podía notar enojada o quizás más seria de lo que estaba antes de comenzar la técnica. Cuando las coordinadoras quisieron profundizar sobre ello, la paciente respondió: “Me sentí mal porque me daba culpa no haber sido agradecida en el momento correspondiente...”. F, una de las psicólogas que coordinaba el encuentro, asintió gestualmente y luego manifestó que aquello le pasaba a mucha gente: “Suele aparecer la culpa cuando uno se siente bien pero lo verdaderamente valorable es que hayas podido observar aquella emoción que surgió y al mismo tiempo, expresarla tan claramente”. F terminó de decir aquellas palabras y C hizo un chiste pertinente que daba por seguro que había comprendido exactamente el mensaje que la psicóloga había intentado transmitir y luego expresó: “Creo que poco tiempo antes no lo hubiera podido comprender o expresar. Está bueno el cambio”.

De manera clara, a partir de los ejemplos de L y C, se puede demostrar la importancia de la validación por parte de los terapeutas, ya que la misma resultó primordial para las reacciones de las pacientes. P y F al lograr validar las emociones y experiencias de las integrantes del grupo, dejaron en evidencia lo fundamental que resulta que los terapeutas encuentren cierto grado de verdad y sabiduría en las respuestas de sus pacientes (Linehan, 2003)

Sin embargo a Px, otra de las integrantes del taller, en contraste con el resto de sus compañeras, los cambios hasta el momento no le parecían lo suficientemente evidentes: “No entiendo mucho para que sirve mindfulness. En el momento me siento bien pero fuera de la institución me es muy difícil”, recalcó. Llamativamente, cuando se le preguntó sobre si percibía alguna ventaja desde que lo practicaba, su respuesta fue la siguiente: “Ahora que lo pienso, la semana pasada me tomé cinco minutos para estar con mi hijo pero fueron cinco minutos reales. Estaba completamente con él y creo que él también lo percibió porque la pasamos genial. Evidentemente pude practicar mindfulness y pensándolo bien, desde hace un tiempo la relación con mi hijo está mucho mejor”.

Por último, resulta apropiado destacar una experiencia de C, otra de las pacientes, que estaba por cumplir un año en el taller. En una clase en particular, se les pidió a las integrantes que a partir de alguna situación que se les presentase durante la semana, intentasen acudir a la mente sabia. En el encuentro siguiente, como de costumbre, F Y P le pidieron a las pacientes que compartiesen su tarea y así lo hicieron, pero la respuesta de C llamó particularmente la atención: “El viernes a la noche estaba muy emocional, demasiado, y aunque tenía planes, me pregunté qué era lo que realmente quería hacer y decidí no salir. No me obligué a hacer cosas... Me quedé mirando mi película favorita porque distraerse a veces no es salir, sino que conectarse con uno mismo, ¿no?”.

Consecuentemente, cuando a C se le preguntó sobre si algún ejercicio de mindfulness había llamado particularmente su atención, respondió afirmativamente y citó aquel que trataba sobre practicar mente sabia y justificó: “Sin saberlo en el momento, había podido conectarme con mi mente sabia. Pensé que había actuado solo por la emoción pero en el taller comprendí que no. Me es motivador saber que puedo”.

## 6. Conclusiones

### 6.1 Resumen del desarrollo

A partir del trabajo expuesto, se ha tenido la oportunidad de entender algunos de los enlaces entre mindfulness y el tratamiento de pacientes con TLP. Como se ha mencionado, las pacientes que asisten al taller de habilidades tienen problemas para regular sus emociones y según Vásquez Dextre (2016) dicha desregulación surge de la interacción entre la vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante. Como consecuencia de ello, con la ayuda de un grupo de profesionales y formando parte del citado taller, es que las pacientes aprenden las habilidades ya mencionadas, para mejorar su calidad de vida.

Cabe destacar que el mindfulness resulta relevante para el tratamiento de TLP ya que sumado a otros beneficios, las pacientes con su práctica regular comienzan a enfrentarse con sus emociones y pensamientos aversivos, disminuyendo así sus conductas problemáticas (Kohlenberg, 2009, citado por Ortega, Salinas & Suck, 2015). Aquello también pudo quedar evidenciado tanto en la observación del taller como en los testimonios de los psicólogos y de las pacientes.

Pese a lo expuesto, suele ocurrir que la importancia de mindfulness es proporcionalmente inversa a la adhesión de algunos pacientes que no terminan de comprender o percibir su funcionalidad. Aquello pudo observarse en distintas integrantes del grupo que solo luego de reflexionar sobre el efecto de dicha práctica en su cotidianidad, habían podido encontrar varias ventajas o cambios que no habían sido advertidos hasta el momento.

Un ejemplo de lo explicado es el caso de la paciente llamada C que, a partir de su experiencia, había logrado conectar con su mente sabia pero solo percibió aquello luego de ser entrevistada, ya que hasta el momento existía en ella la creencia de haber actuado exclusivamente de manera emocional. Resulta importante indicar que en palabras de Linehan (2003) la mente sabia sintetiza la observación, el razonamiento, la experiencia sensorial, la intuición y el aprendizaje, y C había logrado, sin ser consciente de ello, realizar aquella integración.

Continuando la misma línea, otro ejemplo relevante podría ser el de A, otra de las integrantes, ya que al manifestar los cambios percibidos luego de la práctica de mindfulness, quizás sin saberlo, había citado uno de los objetivos fundamentales del mismo, que es la aceptación. De hecho, para Salas y Soriano (2006) dicha aceptación es el primer paso para que el paciente con TLP pueda validar sus malestares con el fin de que sus pensamientos y emociones dejen de controlar sus acciones.

Se podría concluir en que los objetivos propuestos fueron cumplidos, principalmente debido a la gran colaboración de las pacientes y de los profesionales de la fundación. Como resultado, ha quedado evidenciada la importancia de la práctica de mindfulness en el tratamiento de pacientes con TLP pero a la vez, parecería necesario que los pacientes con ayuda de los profesionales, también pudieran asimilar dicha relevancia, ya que quizás a partir de ello,

encontrarían una mayor motivación para ejercitar la práctica regularmente, dentro y fuera de la fundación.

## 6.2 Limitaciones

En lo que respecta a las limitaciones, una de las complicaciones más frecuentes en el diagnóstico de los pacientes con TLP, es que la sintomatología de los mismos suele presentarse en diferentes trastornos psiquiátricos, por lo cual el diagnóstico debe ser lo más exhaustivo posible y como parte de un proceso clínico que debe ser revisado de manera rigurosa y frecuente.

Por otro lado, en cuanto a la experiencia en la institución, hubiera sido enriquecedor tener acceso a mayor información sobre las pacientes involucradas, para poder así comparar y describir en mayor medida los cambios, a partir de la práctica de mindfulness. En efecto, de haber podido tener acceso a las historias puntuales de las pacientes, se hubiera intentado profundizar sobre los cambios particulares a partir de los beneficios de la práctica.

Consecuentemente, de haber contado con detalles sobre el diagnóstico de las pacientes, se podría haber anticipado de algún modo la posible adherencia a mindfulness, ya que como sugieren Rodríguez y Morales (2008) los pacientes con TLP con mayores rasgos depresivos tienen una mejor adhesión a la terapia, a diferencia a los pacientes con mayoría de rasgos antisociales que tienden a despreciar al tratamiento y/o a los terapeutas.

## 6.3 Perspectiva crítica.

Luego de observar el taller de habilidades y de realizar las entrevistas correspondientes a psicólogos y a pacientes de la fundación, pudo concluirse en que mindfulness es una práctica fundamental en el tratamiento de pacientes con TLP pero que resulta muy importante el momento, la manera y principalmente el tiempo durante el cual se lleva a cabo. De hecho, aunque los pacientes comienzan a sentirse más tranquilos luego de un tiempo breve (Laplana & Mar, 2015), para que pueda notarse una verdadera disminución de la angustia, del miedo y de la tensión, la práctica de mindfulness debe ejercitarse durante un plazo cercano a las ocho semanas (Alidina, 2015).

En lo que respecta a la importancia que tiene la práctica de mindfulness para los psicólogos que asisten a un grupo de pacientes con TLP, parecería haber quedado evidenciado que los mismos coinciden en que ejercitar dicha práctica resulta fundamental en el tratamiento pero que a la vez, difieren en la manera de practicarlo, ya sea personal o profesionalmente. Por consiguiente, a la hora de transmitir mindfulness a las pacientes, la falta de consenso puede dificultar la adherencia a la práctica una vez fuera de la institución.

Es importante destacar que a partir de la observación en el taller de habilidades se pudo notar un gran compromiso de parte de las coordinadoras para con sus pacientes como así también una verdadera intención de transmitir mindfulness de una manera clara y motivadora aunque los resultados, en muchos casos, no parecerían ser los esperados.

En cuanto a las pacientes los casos son más dispares. Mientras que un grupo mayoritario, valora los cambios que provoca el mindfulness en su vida cotidiana, por lo cual lo ejercitan cotidianamente, otras pacientes parecen no haber encontrado aún la manera de conectarse con dicha práctica por lo cual no la experimentan lo suficiente como para percibir algún tipo de cambio significativo. Ejemplos como el de L, Ad y Lx que por diferentes motivos expresaron no poder (o no querer) realizar la práctica una vez fuera de la institución, dan cuenta de ello.

#### 6.4 Aporte personal

Parecería interesante a modo de sugerencia, que de manera paralela al taller de habilidades, en la fundación se ofreciese un curso intensivo de mindfulness dirigido a las pacientes, porque quizás de aquella manera podrían profundizar más en la práctica como así también descubrir nuevos beneficios desconocidos hasta el momento, de una manera más intensa y personalizada. A su vez, esto podría aumentar la adherencia que como se destacó a lo largo del trabajo, en un principio es como mínimo, parcial.

Al mismo tiempo, resulta necesario destacar la importancia de que hubiese una mayor disponibilidad de espacios públicos donde se brindaran talleres para pacientes con TLP, dado que en la actualidad parecerían ser insuficientes y como consecuencia, dicha parte del tratamiento queda sujeta en varios casos a la situación económica de los pacientes. Asimismo, las pocas instituciones donde suelen ofrecerse dichos talleres, en su mayoría son muy costosas y se encuentran en zonas céntricas que pueden no resultar del todo cómodas para personas que viven lejos de las mismas.

Finalmente, podría ser interesante el pensar en el desarrollo de futuras investigaciones en diferentes instituciones dedicadas al tratamiento o investigación de trastornos mentales, con el propósito de evaluar sobre la proporción de pacientes con TLP que logran ejercitar mindfulness cotidianamente. Si dicha proporción no resultase elevada, se sugiere investigar con diferentes profesionales y/o expertos en la práctica, acerca de nuevas estrategias para lograr una mayor adherencia, ya que como se ha podido exponer a lo largo del trabajo, la técnica en cuestión resulta relevante y beneficiosa para los pacientes con dicha patología.

## 7. Referencias Bibliográficas

Alidina, S. (2015). Vencer el estrés con mindfulness. Barcelona: Paidós.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Baer, R. A. (2015). Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. New York: Academic Press.

Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Barcelona: Paidós.

Bishop, S. R., et al., (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.

Blanch, M. García Ma, González, P. Mas, E. Solé, M. (2005). Familia, sociedad y Trastorno Límite de Personalidad. Barcelona: ACAI-TLP

Cahill, C. R., & Fernández, E. M. (2006). Situación actual de los tratamientos en el trastorno límite de personalidad. *Psiquiatría*. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/download/278/263>.

Campayo, J. G., & Demarzo, M. (2014). Manual práctico mindfulness: curiosidad y aceptación. Barcelona: Siglantana.

Carrasco, J. L., & Díaz, M. (1997). Psicobiología de los trastornos de la personalidad. *Psiquiatría*. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewArticle/151>.

Cassidy, J. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Londres: Rough Guides.

Chávez León, E., Ng, B., & Ontiveros Uribe, M. P. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. *Salud mental*, 29(5), 17.

Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(01).

De la Vega Rodríguez, I., & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56.

Del Arco, N., & García, C. R. (2005). Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 11(11), 63-74.

Del Prete, Z. A. P., & Del Prete, A. (2003). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. Barcelona: Paidós

Delgado Pastor, L. C., & Kareaga, A. A. (2011). La ansiedad generalizada y su tratamiento basado en mindfulness. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 99(5), 50-65.

Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. The California Psychologist, 34(3), 10-13.

Elices, M., & Cordero, S. (2011). La Terapia Dialéctico Conductual para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 1(03), 132-152.

Espinosa, J. J., Blum Grynberg, B., & Romero Mendoza, M. P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. Salud mental, 32(4), 317-325.

Fernández, B. A. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. Psicología conductual, 4(1), 123-140.

Fortes Álvarez JL, Sánchez Cabezudo A, Antequera Iglesias J. (2012) Trastorno Límite de la Personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? Cómo reconocerlo. FML, 16(12), 9.

Gagliesi, P. (2007). Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad. Revista Persona, 7 (1).

Garrido Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. Revista Latinoamericana de Psicología, 38(3), 493-507.

Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. Revista Colombiana de psiquiatría, 37(1), 136-148. 42

Germer, C. Siegel, R.D. & Fulton, P.R. (2005). Mindfulness and Psychotherapy. New York: Guilford Press.

Gibert, M. (2015). El trabajo con adolescentes con tendencia límite y trastorno por el uso de sustancias en un hospital de día. Revista de Patología Dual, 2(3), 16.

Goleman, D. (2012). Inteligencia emocional: Nuevos Descubrimientos. Barcelona: Kairós.

Gómez, E. (2013). Terapia Dialéctica Conductual. Revista de Neuro-Psiquiatría, 70(1-4), 63-70.

Guerrero, L. G., & Sánchez, J. I. R. (2005). Agresividad y delictología en el trastorno límite de personalidad. Psicopatología clínica legal y forense, 5(1), 107-126.

Gunaratana, B. H. (2013). El libro del mindfulness. Barcelona: Kairós.

Gunderson, J.G., Chu, J.A. (1993): Treatment implications of past trauma in borderline personality disorder. Harvard Review of Psychiatry, 1(2), 75-81.

Hanson, R. (2015). Cultiva la felicidad: Aprende a remodelar tu cerebro y tu vida. Málaga: Sirio.

- Hersen, M., & Bellack, A. S. (1976). Social skills training for chronic psychiatric patients: Rationale, research findings, and future directions. *Comprehensive Psychiatry*, 17(4), 559-580.
- Justo, C. F., Mañas, I. M., & Martínez, E. J. (2010). Mejora en algunas dimensiones de salud percibida en pacientes con fibromialgia mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society & Education*, 2(2), 117-130.
- Kabat Zinn, J. (1994). *Wherever you are, there you go*. Hyperion: New York.
- Kunnanatt, J. T. (2004). Emotional intelligence: The new science of interpersonal effectiveness. *Human resource development quarterly*, 15(4), 489-495.
- Laplana, J. J. P., & Mar, R. R. (2015). Programa de taichi y mindfulness en Trastornos Límite de la Personalidad. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 33-44. 43
- Larrosa, V. R. (2006). Los síntomas "ocultos" en el TLP. *Psiquiatría*. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/404>.
- Lew, M., Matta, C., Tripp-Tebo, C., & Watts, D. (2006). Dialectical behavior therapy (DBT) for individuals with intellectual disabilities: A program description. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 9(1), 1.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Lozano, J. C. (2004). Quemaduras autoprovocadas en pacientes con Trastorno Borderline de la Personalidad. Presentación de un caso. *Boletín de Medicina General Integral*, 8(2).
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de psicología*, 50(1), 13-29.
- Marco, J. H., García-Palacios, A., Navarro, M., & Botella, C. (2012). Aplicación de la Terapia Dialéctica Comportamental a un caso de Anorexia Nerviosa y Trastorno Límite de la Personalidad resistente al tratamiento: seguimiento a los 24 meses. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 121-128.
- Marquès-Brocksopp, L. (2014). Mindfulness, spiritual well-being, and visual impairment: An exploratory study. *British Journal of Visual Impairment*, 32(2), 108-123.
- Mendoza, Y., & Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*, 25(4), 10-16.
- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Moñivas, A; García-Diex, G; García-De-Silva, R; (2012). Mindfulness (Atención Plena): Concepto y Teoría. *Portularia*, 12(1), 83-89.

Mosquera, D., & González, A. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 85-96.

Oldham, J. M., Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2009). *Essentials of personality disorders*. London: American Psychiatric Pub.

Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.

Orgilés, M. L. M., & Gascó, J. S. (2014). ¿Por qué no soy un Terapeuta Mindfulness? *Información Psicológica*, 10(6), 54-69.

Ortega, M. A. R., Salinas, A. N. V., & Suck, A. T. (2015). Modelo conductual contextual de la etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología Iberoamericana*, 23(2), 66-76.

Palacios, A. G. (2006). La terapia dialéctico comportamental. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 255-272.

Pastor, L. C. D. (2009). *Correlatos psicofisiológicos de Mindfulness y la preocupación: eficacia de un entrenamiento en habilidades Mindfulness*. Granada: Editorial de la Universidad.

Paumard, C., Rubio, V., & Granada, J. M. (2007). Programas especializados de Trastornos de Personalidad. *Norte de Salud mental*, 7(27).

Ramos, N. S., & Hernández, S. M. (2010). Inteligencia emocional y mindfulness; hacia un concepto integrado de la inteligencia emocional. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 24(24), 134-146.

Rizvi, S. L., Welch, S. S., & Dimidjian, S. (2009). *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer.

Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Valencia: ACDE.

Rodríguez, M. E. R., & Caus, T. O. (2012). A propósito de un caso. Tratamiento con Buprenorfina/Naloxona en paciente con Trastorno Límite de la Personalidad. *Revista española de drogodependencias*, 37(2), 199-204.

Rodríguez, T. E. M., & Morales, J. G. (2007). Trastorno límite de personalidad: Constructos caracterológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(2), 55-64.

Ruiz, E., Salazar, I. C., & Caballo, V. E. (2012). Inteligencia emocional, regulación emocional y estilos/trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 20(2), 281.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Salas, S. V., & Soriano, M. C. L. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. Papeles del psicólogo, 27(2), 79-91.

Sarmiento Bolaños, M. J., & Gómez-Acosta, A. (2013). Mindfulness. Una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica. Avances en Psicología Latinoamericana, 31(1), 140-155.

Serrani, D. (2011). Terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del trastorno límite de personalidad. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 17(2), 169-188.

Siegel, D. (2010). Cerebro y mindfulness. Barcelona: Paidós.

Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. Revista de psicoterapia, 66(67), 5-30.

Stahl, B., & Goldstein, E. (2011). Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica. Barcelona: Kairós.

Teti, G. L., Boggiano, J. P., & Gagliosi, P. (2014). Dialectical-Behavior Therapy: A possible treatment for patients with severe disorders. Vertex, 26(119), 57-64.

Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. Revista de Neuro-Psiquiatría, 79(2), 108-118.