

# **Universidad de Palermo**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

## **Trabajo Final Integrador**

*Mindfulness en DBT*

Autor: Jennifer Quintela

Tutora: Nora Gelassen

## Índice.

1. Introducción	1
2. Objetivos	2
3. Marco Teórico	3
3.1. Trastorno Límite de la Personalidad	3
3.2. Terapia Dialéctico Conductual	4
3.2.1 Modalidades de tratamiento	7
3.2.1.1. Entrenamiento en Habilidades	10
3.3. Mindfulness	16
3.3.1. Práctica de Mindfulness	17
4. Metodología	22
4.1. Tipo de estudio	22
4.2. Participantes	22
4.3. Instrumentos	22
4.4. Procedimiento	22
5. Desarrollo	23
6. Conclusión	41
7. Referencias Bibliográficas	44

## **1. Introducción.**

El presente trabajo se lleva cabo durante el cursado de la Práctica y Habilitación Profesional de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. La práctica se realiza en una Institución privada dedicada a la formación, asistencia e investigación en el campo de la Salud Mental en Capital Federal. Esta institución posee dos equipos de trabajo enfocados en distintas patologías y estilos de tratamiento. Por un lado, el equipo de clínica general que parte del modelo cognitivo y por otro, el equipo DBT especializado en patologías cuya principal característica es la desregulación emocional y el auto daño. En este centro se brinda tratamiento principalmente a personas con Trastorno Límite de la Personalidad, a través de la Terapia Dialéctico Conductual que consta de un tratamiento integral que incluye psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades, taller de familiares y asistencia telefónica.

Durante el desarrollo del presente trabajo se asiste en calidad de alumna a la formación en Mindfulness y psicoterapia, y al posgrado en DBT con el fin de ampliar el conocimiento sobre la aplicación de estos modelos. A su vez la práctica en esta fundación ofrece la posibilidad de asistir como observador a supervisiones y reuniones semanales tanto del equipo de clínica general como del equipo enfocado en DBT, a los talleres de familiares, y de observar el entrenamiento en habilidades que se dicta de manera grupal una vez por semana en la institución. De este último y de la observación de los modos en los que los profesionales y pacientes ejercitan distintos principios de conciencia plena, surgió el interés por describir la inclusión en el tratamiento de herramientas de mindfulness y las dificultades que suelen surgir durante su adquisición.

## **2. Objetivos.**

### **General.**

Describir la integración de Mindfulness en la Terapia Dialéctico Conductual para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

### **Específicos.**

- Describir la implementación de ejercicios de Mindfulness en el tratamiento de pacientes de Trastorno Límite de Personalidad en el marco de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT).
- Describir el entrenamiento en habilidades de conciencia plena dentro del grupo de habilidades de DBT.
- Describir las dificultades que tienen las pacientes en la aplicación de los principios y ejercicios de Mindfulness en la vida cotidiana.

### **3. Marco Teórico.**

#### **3.1. Trastorno Límite de Personalidad.**

Según la concepción actual, los Trastornos de Personalidad se caracterizan por patrones persistentes de experiencia interna o conductas que producen malestar y que pueden manifestarse en la cognición, alterando la percepción sobre uno mismo y sobre su entorno; la afectividad vinculada a la labilidad emocional, la intensidad y el repertorio de emociones; el funcionamiento interpersonal; y la dificultad en regular las conductas. Estos patrones suelen ser inflexibles causando malestar y afectando el funcionamiento del individuo en diversos ámbitos (Gagliesi et al., 2007).

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) describe el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) a partir de determinadas características principales como la inestabilidad en las relaciones interpersonales, los afectos, la autoimagen, una marcada impulsividad y toma de riesgos que comienzan al principio de la vida adulta y se dan en diferentes contextos.

Los siguientes son los criterios diagnósticos descritos en la Sección III, y debe contar con por lo menos, cinco:

- Esfuerzos frenéticos por evitar el abandono ya sea real o imaginario
- Relaciones interpersonales inestables e intensas que oscilan entre los extremos de idealización y devaluación
- Alteración de la autoimagen y sentido de sí mismo inestable
- Impulsividad en por lo menos dos áreas
- Comportamientos de autodaño, amenaza o intentos suicidas recurrentes
- Alta reactividad a estímulos emocionales
- Dificultades para controlar la ira
- Sentimientos crónicos de vacío
- Ideación paranoide transitoria relacionada con estrés o síntomas disociativos graves

Hay distintas teorías que explican la etiología de este trastorno. Las teorías centradas en lo biológico involucran disfunciones en áreas específicas del cerebro a partir de alteraciones

genéticas y/o fisiológicas que se dan a lo largo de la vida intrauterina o en la temprana infancia. En cambio, las teorías sociológicas aseguran que las patologías que tienen como eje la desregulación emocional son producidas por un contexto cuyas características parten del machismo, la competencia desmedida, el consumismo y las normas sociales rígidas. A su vez, otras teorías plantean que el origen de este desorden se debe a recurrentes episodios de violencia física, sexual o psicológica durante la infancia y/o la adolescencia (Gagliesi et al., 2007).

Por su parte, la Dra. Marsha Linehan (2003) plantea la Teoría Biosocial con la que asegura que los trastornos del DSM pueden explicarse en términos de desregulación emocional. Define a la misma, como la incapacidad de modular emociones intensas para responder de manera adaptativa, la dificultad para volver a la calma después de estallidos emocionales y el bajo umbral de activación emocional. El principio fundamental de su teoría sostiene que la desregulación emocional es el resultado conjunto de cierta disposición biológica, más el contexto ambiental y determinadas transacciones de estos factores durante el desarrollo del individuo.

Linehan (2003) al hablar del contexto ambiental, hace hincapié en el rol del ambiente invalidante. Entendido como aquel que sistemáticamente responde de manera inadecuada a la experiencia privada, dejando de lado las necesidades expresadas por el individuo y sus preferencias. De esta manera se produce una ruptura entre lo que el sujeto cree necesitar y la respuesta de su entorno, llevándolo a desconfiar de sus interpretaciones, dificultando la modulación emocional y la tolerancia al malestar. Goleman (2009) plantea que cada emoción posee un repertorio específico de respuestas, estas son guías esenciales para la vida, conducen y motivan a alejarse o acercarse a diferentes estímulos. El déficit en el reconocimiento de las emociones y su modulación en los individuos con desregulación emocional lleva a la imprevisibilidad de las conductas y sus consecuencias, teniendo así respuestas desadaptativas.

De este repertorio de respuestas desadaptativas se desprende la necesidad de establecer una terapia basada en la adquisición de nuevas habilidades y en la disminución de conductas problema (Linehan, 2003).

### **3.2. Terapia Dialéctico Conductual**

La Terapia Dialéctico Conductual (DBT) es un tipo de terapia basada en la evidencia desarrollado por Marsha Linehan para pacientes con Trastorno límite de la personalidad con

riesgo o conductas suicidas. Pertenecen a las terapias llamadas de tercera generación o contextuales con base en el modelo conductista y cognitivo integrado con principios de conciencia plena y aceptación radical (Elices & Cordero, 2011).

En el marco de una terapia conductual, posee una perspectiva dialéctica con tres rasgos fundamentales: para este modelo la realidad está compuesta de distintos elementos que actúan como un todo dinámico en donde cada elemento del sistema está en interrelación con los demás, así se enfoca no solo en las conductas problema sino en el contexto y en las condiciones en las que se llevan a cabo. El segundo rasgo afirma que la realidad es un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí, la persona con trastorno límite está atrapada en polaridades sin poder conseguir la síntesis. Por último plantea que la realidad está en constante transición y por eso es necesario ayudar a los pacientes a sentirse cómodos con el proceso y a desarrollar tanto habilidades de cambio como habilidades de aceptación (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

DBT toma a las emociones como conductas y como tales pueden ser tratadas a través de un aprendizaje activo. Para entender los programas de cambio de conducta que utiliza este modelo es importante plantear los principios del condicionamiento. El condicionamiento se basa en la contingencia, ésta es la relación entre la conducta y los eventos ambientales que influyen en ella. Los principios más importantes son el reforzamiento, el castigo y la extinción. El reforzamiento incrementa la frecuencia de una respuesta, ya sea a partir de un evento favorable luego de realizada la conducta que se pretende repetir (Refuerzo Positivo) o a partir de retirar un estímulo aversivo inmediatamente después de realizada la conducta deseada (Refuerzo Negativo) (Kazdin, 2009). En la interacción social suceden varias combinaciones de estos dos tipos de refuerzo que producen incrementos en determinadas conductas ya sea voluntaria o involuntariamente. En cuanto al castigo, es una penalización luego de realizada una conducta indeseada con el objetivo de que la misma disminuya, puede ser a partir de la presentación de un estímulo aversivo luego de realizada o el retiro de un reforzador positivo. Tanto los refuerzos como el castigo se entienden como tales en cuanto realicen determinado efecto en la conducta, lo que para un individuo podría ser un reforzador positivo para otro puede llegar a ser un estímulo neutral. Cada refuerzo o castigo se entiende en su propio contexto. Por último, la extinción hace referencia al cese del reforzamiento de una respuesta para que la misma se reduzca o elimine, al

ignorar una conducta indeseada se le quita atención, la cual puede estar funcionando como refuerzo positivo haciendo que la misma se repita (Kazdin, 2009).

Linehan (2003) afirma que las familias utilizan estos principios consciente o inconscientemente incrementando o disminuyendo determinadas conductas que generan modelos de respuesta que el individuo aprende y usa para desenvolverse en diferentes ámbitos. Estas respuestas aprendidas no siempre son adaptativas. A través de la detección de las mismas y aplicando programas de modificación de conducta pueden desaprenderse las necesarias para lograr mayor funcionalidad en la vida del paciente. En estos principios de aprendizaje se basa DBT para realizar sus estrategias e intervenciones.

Además para que el tratamiento funcione se deben trabajar las conductas en cierto orden jerárquico. Las conductas prioritarias para el trabajo terapéutico son las que atentan contra la propia vida, luego las conductas que atentan contra la terapia, después las conductas que atentan contra la calidad de vida, continua en relevancia el incremento de habilidades, la disminución del estrés postraumático, alcanzar los objetivos personales y encontrar el sentido de la propia vida (Linehan, 1993).

Esta terapia ofrece un tratamiento integral que incluye psicoterapia individual, taller de familiares, entrenamiento en habilidades, asistencia telefónica y en caso que fuese necesario, tratamiento farmacológico para los pacientes, y para los terapeutas además propone reuniones de equipo y supervisiones (Gagliesi et al., 2007).

Ansón López y Ripollés Colomer (2015) plantean que en la amplitud de modalidades y en la estructura misma del modelo reside la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual frente a la terapia cognitiva tradicional en personas con TLP. Los pacientes que ingresan al programa de DBT manifiestan mayor adherencia al tratamiento, una significativa disminución en la gravedad y frecuencia de las conductas de autodaño, notables mejorías en la sintomatología depresiva e impulsiva, y mayor funcionalidad en el comportamiento global. Las autoras recomiendan, a pesar de las grandes ventajas, realizar estudios sobre la eficacia de esta terapia en el marco de la Salud Pública ya que este tipo de tratamiento integral no está al alcance de la población en general debido a los costos del mismo, y a que requiere de una mayor organización y estructura



que la terapia tradicional. De esta manera refieren la importancia de adaptar el programa de DBT a diversos entornos terapéuticos.

### ***3.2.1 Modalidades de tratamiento.***

A continuación se describirán brevemente las primeras modalidades de tratamiento junto con las reuniones de equipo y supervisiones para luego realizar un desarrollo más extenso del entrenamiento en habilidades, el cual es objeto del presente trabajo.

En relación a la psicoterapia individual, se realizan sesiones de una hora de duración entre una y dos veces por semana según necesidad. En las primeras sesiones se orienta al paciente acerca del tratamiento para obtener su compromiso. Se realiza una decisión conjunta de trabajo en equipo y se hacen acuerdos explícitos sobre lo que se espera de las sesiones. La alianza terapéutica tiene como principal característica la relación colaborativa simétrica a partir de un estilo terapéutico cálido, realista y directivo (Miller, Rathus & Linehan, 2006).

En la primera sesión los pacientes deben acordar las siguientes reglas para poder ingresar y permanecer en tratamiento:

- Los pacientes están fuera de la terapia y se considera que la han abandonado si tienen cuatro ausencias consecutivas
- Todos los pacientes deben tener psicoterapia individual
- No pueden presentarse al tratamiento bajo la influencia de alcohol o drogas
- No pueden hablar de las conductas problema con otros pacientes
- Cuando llaman solicitando ayuda, deben estar dispuestos a aceptar la ayuda
- Deben guardar confidencialidad de la información que se maneja durante las sesiones
- Deben avisar con antelación si van a llegar tarde o a faltar
- No se pueden mantener relaciones íntimas o sexuales entre los pacientes (Linehan, 1993)

Durante la psicoterapia individual el terapeuta utiliza herramientas específicas como el registro diario, en donde el paciente anota entre las sesiones determinados sentimientos,

emociones o conductas problema que vayan surgiendo y que el terapeuta utiliza como guía de trabajo en cada sesión. El terapeuta a cargo es el terapeuta principal del cliente, es el responsable de aumentar la motivación y el compromiso, inhibir las conductas desadaptativas, incrementar las respuestas adaptativas y el uso de habilidades (Miller, Rathus & Linehan, 2006).

La asistencia telefónica también es parte del trabajo terapéutico del terapeuta principal. Los llamados están mediados por horarios y circunstancias prescriptas y se estructuran como parte del tratamiento. Durante la comunicación se tienen en cuenta los principios del aprendizaje para ir guiando al paciente a conductas más eficaces. El objetivo del coaching telefónico es ayudar al paciente a utilizar en la vida cotidiana las habilidades que aprende en terapia, brindar el soporte necesario para que supere las crisis reduciendo las conductas suicidas, parasuicidas y desadaptativas. También mediante esta modalidad el paciente aprende a pedir ayuda y regular su estado de ánimo de formas más adaptativas y el terapeuta puede reforzar activamente las habilidades competentes cuando el paciente logra generalizarlas y utilizarlas fuera del encuadre terapéutico (Lencioni & Gagliesi, 2008).

El taller de familiares está pensado para guiar a los allegados de los pacientes que usualmente se sienten atrapados por la culpa, la confusión o el enojo, a que aprendan y utilicen habilidades que les permitan actuar mejor en situaciones de conflicto. El taller es semanal de dos horas de duración y durante el mismo, los familiares adquieren conocimientos sobre distintas estrategias y herramientas para relacionarse como tipos de validación, cómo pedir efectivamente y tipos de refuerzos para vincularse de manera más eficaz (Gagliesi et al, 2007).

El concepto de validación es central en este modelo. Se basa en comunicarle a la persona que sus respuestas son entendibles y tienen sentido en su contexto y situación actual. Parte de encontrar la validez inherente de la conducta tratando de entender las emociones, acciones o reglas implícitas con las que la persona se desenvuelve. Frente a esto, las conductas problema como los intentos de suicidios o las autolesiones, son entendidas como la mejor alternativa que pudo encontrar el paciente para disminuir su malestar (Linehan, 2003).

Virginia Satir (2006) asegura que desde la infancia, las personas aprenden mejor, si se sienten valoradas, y a partir de modelos de conducta directa. Los elementos que hacen a una familia disfuncional han sido aprendidos y por consiguiente, pueden desaprenderse adquiriendo

nuevos modos más efectivos. Las familias validantes que propician un entorno seguro para el desarrollo de todos sus miembros, entienden que el cambio es inevitable y que los individuos viven en constante evolución. Aprender a relacionarse desde la contención y el respeto es fundamental dentro de una familia enriquecedora.

En este sentido, señala Linehan (2003) el ambiente invalidante fue aquel que señaló al paciente como el único portador del problema y el único que debía cambiar. La invalidación tanto si proviene de otros o si es autogenerada es profundamente aversiva, dificultando así el aprendizaje y la confianza en la capacidad de mejorar. La importancia de esta modalidad reside en ayudar al contexto y al paciente a disminuir las formas invalidantes de relacionarse y a adquirir nuevos modos más adaptativos de vincularse.

En cuanto al tratamiento farmacológico, no existe hasta el momento un tratamiento específico para esta patología. De todos modos, la medicación puede ser muy útil en periodos de descompensación y crisis. La propuesta es que los fármacos en caso que sea necesario, aborden los rasgos fundamentales de vulnerabilidad que pueden desembocar en impulsividad-agresividad, labilidad emocional, cuadros ansiosos o en alteraciones cognitivas. El tratamiento farmacológico está dirigido a tratar los síntomas en momentos de crisis y a disminuir la susceptibilidad a volver a padecerlos (Gagliesi et al., 2007).

Por último, las reuniones de equipo y supervisiones sirven entre otras cosas, para prevenir el burnout de los terapeutas disminuyendo su carga emocional. El burnout es la consecuencia de estar sometido a un proceso continuo de tensión laboral y tiene como característica central el agotamiento emocional y la sensación de que las exigencias de la situación sobrepasan las capacidades de acción del profesional llevándolo a padecer altos niveles de estrés, frustración, fatiga y ansiedad. Es un proceso paulatino que va aumentando en severidad, esto lleva al terapeuta a sufrir diversos síntomas tanto emocionales, psicosomáticos o conductuales que desembocan en la inadecuación del profesional en su trabajo afectando su bienestar general (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991). A su vez, las supervisiones y reuniones de equipo tienen como finalidad la supervisión de los casos clínicos y fortalecer o desarrollar nuevas habilidades en el equipo tratante para que puedan brindarles a los pacientes el mejor tratamiento posible. También se utilizan para que los profesionales implicados en un caso puedan coordinar estrategias de intervención y objetivos en común (Suarez, 2008).

Los terapeutas DBT parten de estos supuestos sobre los pacientes que los guían a la hora de encarar el tratamiento y que tienen en cuenta a lo largo del mismo:

- Los pacientes hacen lo mejor que pueden
- Los pacientes quieren mejorar
- Necesitan estar más motivados con el cambio e intentar más
- Ellos podrían no haber generado todos sus problemas, pero así y todo, deben resolverlos
- La vida con trastorno límite es insoportable de ser vivida así como es
- Los pacientes deben aprender a generalizar las respuestas adaptativas a todos los contextos posibles
- Los pacientes no fracasan, el tratamiento si
- Los terapeutas necesitan apoyo y asistencia (Linehan, 1993).

#### 3.2.1.1. Entrenamiento en habilidades

El entrenamiento en habilidades para pacientes es un componente central del tratamiento. El término habilidad se utiliza en DBT como sinónimo de capacidad e incluye las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales integradas para realizar una performance efectiva. El grado de efectividad se mide en relación a las consecuencias directas e indirectas de la conducta, una conducta efectiva es aquella que genera el máximo de respuestas positivas y el mínimo de consecuencias negativas, ya sean éstas a corto o a largo plazo (Linehan, 2003).

El formato del entrenamiento es de tipo grupo abierto de entre seis y diez participantes, esto favorece la observación de conductas interpersonales, aumenta las fuentes de aprendizaje y la validación. Los pacientes asisten una vez por semana y tiene dos horas y media de duración. Está a cargo de dos terapeutas los cuales tienen funciones específicas. El terapeuta principal del entrenamiento es el encargado de marcar el ritmo de la clase, explicar la ficha del día y pedir las tareas. El terapeuta secundario colabora en la explicación y comparte sus conocimientos pero su función principal es monitorear las emociones de los participantes del grupo para, si fuera necesario, salir de la clase y contener a algún paciente en crisis. Esto facilita que el terapeuta a cargo puede seguir adelante el taller y que los demás miembros no se involucren en el desborde emocional (Linehan, 2003).

El hecho de que sea un grupo abierto en donde los integrantes pueden ir variando a lo largo del ciclo, sirve para que los pacientes entrenen también a partir de este encuadre la tolerancia al malestar y las habilidades de cambio y aceptación. Esta modalidad tiene como objetivo la adquisición de nuevas habilidades, el fortalecimiento de las ya presentes, y la generalización de las mismas a todos los contextos posibles (Linehan, 2003).

El entrenamiento es necesario cuando la resolución de un problema requiere del uso de alguna habilidad que no se encuentra en el repertorio actual de la persona. Durante el entrenamiento el terapeuta insiste constantemente para que el participante se involucre activamente en el aprendizaje desafiando directa e intencionalmente el estilo pasivo de resolución de problemas de este tipo de pacientes (Linehan, 2003).

Hay tres tipos de procedimientos de entrenamiento en habilidades que se aplican de manera formal y estructurada durante esta modalidad: procedimientos para la adquisición de habilidades en donde el terapeuta se centra en la enseñanza de la nueva habilidad; procedimientos para el fortalecimiento de la habilidad, donde el trabajo tiene como objetivo mejorar la performance del paciente en la aplicación de la nueva habilidad y procedimientos para la generalización de habilidades ya que es necesario incrementar las probabilidades de que la persona use los conocimientos aprendidos en la mayor cantidad de contextos posibles (Linehan, 2003).

Durante la adquisición de habilidades es esencial que el terapeuta explique la utilidad de tener esta nueva habilidad dentro del repertorio conductual y que recalque continuamente la importancia de la práctica constante para que la adquisición sea efectiva. Las habilidades pueden presentarse a partir de instrucciones que pueden ser de manera didáctica, en una pizarra con pasos escritos sobre la aplicación de la habilidad o se puede entregar algún tipo de folleto o ficha que sirve como resumen o guía para que el paciente pueda leer cuando lo crea necesario y para utilizar durante la explicación en el entrenamiento. También una nueva habilidad puede presentarse a partir del modelado. Este se entiende como cualquier tipo de procedimiento en el que el terapeuta le dé ejemplos de respuestas alternativas al paciente. Puede ser a partir de situaciones hipotéticas en donde describa de qué manera aplicarla, sugerencias específicas sobre qué debería hacer el paciente en cada caso para utilizarla, role playing o autodevelaciones. Es

importante que el terapeuta comparta de qué manera para el mismo esta habilidad es útil y cuente casos en los que utilizarla fue beneficioso para otras personas (Linehan, 2003).

En cuanto a los procedimientos de fortalecimiento de habilidades se realizan una vez que la habilidad ya fue adquirida, son para dar forma y mejorar la performance durante su aplicación. Para que la probabilidad de que el paciente la utilice aumente es fundamental el reforzamiento, de otra manera no es aprendida. Uno de los procedimientos de fortalecimiento es el ensayo conductual. Éste implica que el paciente practique las respuestas aprendidas en interacciones con el terapeuta, role playing o ensayos en vivo. El ensayo también puede ser encubierto, se realiza cuando el paciente practica la respuesta aprendida en una situación imaginaria. Este tipo de ensayo sirve cuando la persona se niega a realizar role playing o le cuesta exponerse actuando la habilidad. Otro procedimiento es el feedback y el coaching. El feedback consta de otorgar información al paciente de su performance, es indispensable que sea dirigido únicamente a la performance y no esté relacionado a las motivaciones o sentimientos que llevaron a actuar de esa manera. Debe ser conductual y específico. El coaching es la combinación del feedback con la instrucción de cómo mejorar. También el refuerzo de las nuevas habilidades puede mejorar la autoimagen del paciente e incrementar el uso de las habilidades aprendidas (Linehan, 2003).

Por último en relación a los procedimientos de generalización de habilidades, el terapeuta debe durante todo el entrenamiento programar dos tipos de generalización. El primero se denomina generalización de respuesta e implica que el terapeuta transmita que la habilidad es general y flexible. Esto significa que la habilidad tiene un gran número de situaciones en donde puede ser aplicada, y en este tipo de generalización también numeran todas las habilidades junto con las formas en las que pueden usarse en cada caso. Esto permite que el paciente tenga varias opciones de respuestas habilidosas en cada situación. El segundo tipo de generalización es la generalización del estímulo. Este se refiere a que el terapeuta le proponga al paciente a usar la habilidad en la mayor cantidad de contextos posibles, puede aumentar la probabilidad de uso a través de alentarle a que use la asistencia telefónica entre sesiones y a partir de los ensayos conductuales en vivo (Linehan, 2003).

Las tareas semanales son fundamentales para la generalización de habilidades, esto hace indispensable que el terapeuta entrenador revise la tarea en cada encuentro, pregunte acerca de su aplicación, y corrija lo que fuese necesario. Cualquier patrón de conducta que el paciente no

tenga en su repertorio puede ser un objetivo del entrenamiento en habilidades. La elección de si el paciente concurre a los encuentros de todos los módulos de habilidades o solo de algunos, depende de qué habilidades el paciente ya tenga o cuáles deba reforzar (Linehan, 2003).

El programa de entrenamiento completo consta de cuatro módulos de habilidades basadas en los déficits que comúnmente tienen este tipo de patologías: habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación emocional, habilidades de tolerancia al malestar y habilidades básicas de conciencia (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

Las habilidades de efectividad interpersonal tienen como objetivo que los pacientes con desregulación emocional aprendan a analizar las situaciones conflictivas de su vida cotidiana y a encontrar modos más efectivos de resolverlas. Ensayan los aspectos a tener en cuenta al pedir algo, al decir que no o mantener una posición, utilizan un modo cortés y no violento de diálogo basado en la empatía y la validación. Este módulo se ejercita mediante role playing de situaciones hipotéticas o de ejemplos de situaciones conflictivas de los pacientes (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

Linehan (2003) señala que el módulo de efectividad interpersonal fue diseñado para que los pacientes aprendan a modificar el entorno que les produce sufrimiento. Como plantea Rosenberg (2006) la adquisición de determinadas habilidades, como pedir efectivamente, evitando las frases con sentido ambiguo o abstracto, empleando un lenguaje positivo y formulando los pedidos de acciones concretas aumenta la probabilidad que las personas consigan lo que desean en sus relaciones con los demás.

En relación al módulo de habilidades de regulación emocional se enfoca en el aprendizaje de las experiencias emocionales. Los pacientes aprenden a identificar las emociones comprendiendo la tendencia de acción que cada una de ellas implica. Se trabaja para disminuir las emociones negativas y las vulnerabilidades, y para aumentar la resiliencia y las emociones positivas. Este módulo tiene como finalidad que los pacientes logren reducir el sufrimiento emocional soltando las emociones negativas a partir de la conciencia plena, y que aprendan a manejar habilidosamente las emociones extremas para evitar las escaladas y los estallidos de impulsividad (Elices & Cordero, 2011).

En cuanto a las habilidades de tolerancia al malestar o aceptación radical se basan en los principios de mindfulness. Lo importante en este módulo es lograr la paz interior y la satisfacción con la vida incrementando la efectividad y la sensación de libertad. Se trabaja para aprender a dirigir la mente, a adoptar una expresión facial serena y para cultivar la aceptación radical de la realidad y así lograr experimentarla tal cual es (Linehan, 1993).

Las habilidades de conciencia plena son las primeras que suelen enseñarse y están presentes durante todo el ciclo mediante fichas prácticas. Tienen como objetivo el control atencional, decidir conscientemente a que prestarle atención y por cuanto tiempo. Favorecen la discriminación entre la mente racional y la mente emocional para centrarse en la mente sabia, y así aprender a observar sin juicios logrando mayor asertividad (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

En DBT se les enseña a los pacientes que existen tres estados principales de la mente: la mente racional, la mente emocional y la mente sabia. Cuando una persona opera a partir de su mente racional se aproxima al conocimiento de manera intelectual y lógica, piensa solo en los hechos, planifica las conductas y su atención está centrada en el cumplimiento de sus objetivos. Por otro lado, cuando una persona está en mente emocional sus pensamientos y conductas se desprenden de su estado de ánimo y actúa impulsivamente. La energía de la conducta depende únicamente de sus emociones y suele ser muy inestable. A partir de este módulo de habilidades la propuesta es cultivar la mente sabia, es aquella que emerge de la integración entre la mente emocional y la mente racional y es a su vez, más que la suma de ellas. Se agrega en este estado el conocimiento intuitivo, éste se desprende de la cooperación total de todas las vías de conocimiento (Linehan, 2003).

Dentro del módulo de conciencia plena, se enseñan seis habilidades, divididas en dos grupos. Las habilidades *Qué* implican aquello que se hace: observar, describir y participar; y las habilidades *Cómo* describen de qué manera se realizan las primeras: sin juzgar, con la mente en una cosa por vez y efectivamente (Linehan, 1993).

Dentro de las habilidades *qué* se encuentran observar, describir y participar.

- Observar: esta habilidad implica notar las experiencias tal como surgen sin etiquetarlas. Focalizar la atención en que lo que está sucediendo en este momento ya sean estímulos



externos como sonidos, gestos faciales, temperatura ambiental, o estímulos internos, como los propios pensamientos, alguna molestia física o las emociones. Un ejercicio que se puede utilizar es visualizar los propios pensamientos como si fuesen nubes en el cielo que pasan por encima de la cabeza, solo observarlos sin juzgarlos y luego dejarlos ir.

- Describir: se basa en aprender a poner en palabras las experiencias, sin suposiciones o interpretaciones. Etiquetar objetivamente los hechos percibidos, lo que se observa en directo. Diferenciar los propios pensamientos y emociones, describir un pensamiento como solo un pensamiento y a una emoción como solo una emoción sin enfocarse en el contenido.

- Participar: implica poder involucrarse en el momento presente dejando de rumiar sobre el pasado o programando el futuro. Aprender a permanecer en el aquí y ahora respondiendo con espontaneidad desde la mente sabia.

El segundo grupo de habilidades son las habilidades *Cómo*, sin juzgar, con la mente en una cosa por vez y efectivamente.

- Sin juzgar: esto implica aprender a observar sin evaluar, sin sentenciar si es bueno o malo, entrenarse en solo percibir los hechos. Observar los propios juicios y tomarlos como simplemente lo que son, juicios. Tomar una posición no evaluativa, describir en términos de qué, quién, cuándo y dónde permite empezar a observar y aceptar la realidad tal cual se presenta.

- Con la mente en una cosa por vez: aprender a focalizar la atención únicamente en lo que se está haciendo en este momento, sin dividir la atención y evitando hacer varias tareas al mismo tiempo. Es necesario ejercitar esta habilidad a partir del entrenamiento de la concentración, por ejemplo cuando la mente empieza a divagar entre el pasado y el futuro se debe volver conscientemente a la actividad presente.

- Efectivamente: hace referencia a actuar de la manera más habilidosa posible, a focalizarse en lo que funciona y abstenerse de los enjuiciamientos. Manejar las

situaciones del entorno sin perder de vista los propios objetivos (Dimidjian & Linehan, 2003).

Si bien estas habilidades de conciencia se enseñan de forma específica dentro del programa de entrenamiento, los ejercicios de mindfulness están presentes durante todo el tratamiento mediante meditaciones guiadas por los terapeutas y ejercitando las habilidades adquiridas en el entrenamiento en las sesiones individuales (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

### **3.3. Mindfulness**

Mindfulness se basa en la meditación vipassana, es la más antigua de todas las practicas meditativas. Se trata de un método de hace unos 2500 años que deriva de un discurso atribuido al mismo Buddha y consiste en el cultivo directo de la atención plena. Se denomina atención plena por la traducción del termino pali *sati* que se utiliza para designar el conjunto de actividades mentales destinadas a experimentar un flujo ininterrumpido de atención plena en el aquí y ahora (Guaranata, 2013).

Como explica Vicente Simón (2007) la huida de numerosos monjes tibetanos de su país como consecuencia de la invasión china del Tíbet en 1951, generó la creación de varios centros budistas tibetanos en todas las grandes ciudades occidentales. Esto sumado al avance de las neurociencias que permitieron conocer la interacción mente-cerebro y lo que sucede cuando una persona practica mindfulness, permitió que las terapias de tercera generación sean un terreno fértil para la inclusión de las prácticas meditativas orientales.

Vallejo Pareja (2006) señala que inicialmente las aplicaciones clínicas de la atención plena han sido utilizadas como herramienta para el control fisiológico y emocional. Actualmente se utilizan sus técnicas tanto para trastornos psicofísicos como para el desarrollo personal. Algunas experiencias no pueden verbalizarse por lo que la experimentación y la aceptación radical de la sensación permiten el aprendizaje de la vivencia más allá de la imposibilidad de racionalizarla.

En terapia el primer contacto con la práctica de mindfulness puede resultar sorpresiva para los pacientes. Suelen tomarlo como algo místico y relajante pero sin saber bien de que se trata. Para esto, Joan Kabat-Zinn (2004) propone el siguiente ejercicio con tres pasas de uva. El

terapeuta le pide a la persona que observe la primer pasa de uva como si nunca antes hubiera visto una, que tenga en cuenta su textura, su sabor y aroma. Le pide que registre los pensamientos que surgen al respecto mientras va haciendo el ejercicio. Cuando la persona está preparada, le propone que se lleve la pasa a la boca siendo consciente de como su mano encuentra el camino perfecto hacia la boca, observando el impulso de tragar y sintiendo la modificación del cuerpo al haber ingerido una pasa de uva. Realiza el mismo ejercicio en silencio con las otras pasas. Este ejercicio sirve para explicar de manera rápida y sencilla a una persona que recién toma contacto con el mindfulness, lo diferente y satisfactorio que puede ser llevar la conciencia a lo que realmente se hace mientras se hace.

Se le explica a las personas que comienzan la práctica que al introducir este nivel de conciencia en los quehaceres diarios, la relación con la vida cambia haciéndose más simple y al poco tiempo el resultado de estar enteramente en el lugar donde ya están, se hace posible (Kabat-Zinn, 2004). Como señala Gunaratana (2013) la meditación vipassana o mindfulness aspira a la transformación radical y permanente de la experiencia sensorial y cognitiva, y ha sido concebida para revolucionar la experiencia vital de los seres humanos.

### ***3.3.1. Práctica de mindfulness***

Kabat-Zinn (2004) describe dos tipos de práctica, la práctica formal y la práctica informal. La primera se da cuando la persona dispone de cierto tiempo predeterminado para realizar el ejercicio en forma regular, es la intención deliberada de apartarse para realizar la meditación vipassana. En cambio la práctica informal se realiza cuando la persona realiza mindfulness durante los quehaceres cotidianos, llevando la conciencia al momento presente y entrenando la concentración durante esa actividad.

Una forma eficaz de comenzar la práctica formal es llevando la atención a la propia respiración hasta desarrollar cierto grado de concentración básica. Observar el cuerpo y la mente como entidades separadas para luego ver su interconexión esencial (Kabat-Zinn, 2004). Las primeras veces se aconseja no cambiar de postura una vez empezada la meditación por más que ésta resulte incomoda, es mejor hacerlo por un máximo de veinte minutos e ir aumentando el tiempo gradualmente. Una vez sentados en la posición, concentrar la atención en la respiración e ir observando como ésta se va haciendo más lenta con el correr de los minutos. Apenas la mente se distraiga con recuerdos y pensamientos se debe volver conscientemente la atención a la

respiración. Hay diversas técnicas para trabajar esta concentración. Las más conocidas se basan en contar mentalmente y en silencio las inspiraciones y exhalaciones poniendo la atención en la pausa casi imperceptible que hay entre ellas (Guanarata, 2013).

Ir repitiendo este ejercicio agudiza la conciencia para observar el funcionamiento de la mente. Se enfatiza la necesidad de ser conscientes de que la mente intenta etiquetar y categorizar cada elemento que es objeto de su percepción. Este proceso de juzgar cada experiencia lleva a responder de manera mecánica y sin objetividad. Es importante reconocer esta cualidad mental enjuiciadora, para que cuando estas ideas aparezcan, poder ser conscientes de ellas y continuar el ejercicio (Guanarata, 2013).

La actitud es fundamental durante la meditación vipassana. Siguiendo a Joan Kabat-Zinn (2004) es importante cuando se dificulta el ejercicio, cultivar la paciencia hacia la propia mente sin esforzarse durante la práctica para conseguir la relajación. Si la persona está tensa puede llevar la concentración a la tensión de su cuerpo o a la respiración y estar presente con esa sensación sin intentar modificarla. También hace referencia a aceptar las cosas tal cual son, por lo general a lo largo del día las personas desperdician gran cantidad de energía negándose a lo que constituye ya un hecho, intentan forzar las situaciones para que sean de la manera en que desean y no aceptan la forma en la que ya son. Para eso es necesario aprender a ceder y a desarrollar el desapego. Esto es posible si las personas dejan de evitar las sensaciones desagradables de la experiencia y se limitan a dejarlas fluir. Ceder es una forma de aceptar las cosas como son y dejarlas así.

Siguiendo a Guanarata (2013), la práctica de mindfulness es similar a un proceso de autodescubrimiento en el que se observa la propia experiencia sin dejar de participar en ella. Se trata de dejar de lado los filtros de pensamientos y conceptos que equivocadamente tomamos como realidad y que nos mantiene atrapados en una corriente continua de pensamientos sin siquiera darnos cuenta. Perseverar en el proceso es indispensable para el desarrollo de una potente práctica meditativa y de un elevado grado de atención plena.

En relación a los cambios y los beneficios obtenidos a partir del entrenamiento en esta meditación, Mañas (2009) asegura que permite salir del reaccionar automatizado de la mente. Este reaccionar se basa en un movimiento dicotómico acercándose a lo agradable y alejándose de

lo aversivo. Esto implica que los principios de condicionamiento pueden aplicarse también a los pensamientos y no solo a la conducta observable. Más allá de que en algunos casos sea adaptativo, en muchos genera sufrimiento. A partir de esta práctica se produce el conocimiento de cómo operan estos procesos en la propia mente desarrollando la habilidad para neutralizarlos y logrando que la mente en vez de reaccionar con avidez o aversión, permanezca serena y atenta.

A su vez este ejercicio permite ignorar el impulso de comodidad para experimentar la realidad con todos sus matices en el momento presente. Joan Kabat-Zinn (2004) asegura que la relajación llega por sí misma a través de la práctica continuada. Al prestar atención sobre en qué ideas se concentra la mente a lo largo del día y dominando esta actividad, todos los problemas de la vida pueden verse con más claridad y por consiguiente, también las soluciones de los mismos. Esto permite que los problemas se transformen solo en oportunidades de acción. Guaranata (2013) afirma que las impurezas mentales son las que impiden ver la realidad desde el punto de vista de otra persona. A través del mindfulness la persona se va despojando de la opinión personal para ver las cosas de manera objetiva y así elegir las acciones concretas más adecuadas en cada situación. A partir de esto, se mejora la asertividad personal, permitiendo a su vez, la flexibilidad de acción según el contexto.

Tich Nath Hanh (2014) sostiene que cuando las personas están por comenzar alguna actividad desagradable o de manera automática, como podría ser prender el televisor o comer de manera impulsiva, hacer una mínima pausa y concentrarse en la respiración permite recuperar la conciencia del estado emocional actual y entender las motivaciones de nuestras conductas. Esto ayuda a estar en contacto con el propio estado físico y mental y así poder encontrar las acciones más útiles para afrontarlo. Además de este incremento en la capacidad de identificar las emociones, Sánchez Gutiérrez (2011) afirma que observar el fluir de la conciencia reduce las características de reacción simpática del Sistema Nervioso Central lo cual permite disminuir el umbral de activación emocional y a la vez, aumenta el manejo de las propias emociones.

Como señaló Guaranata (2013) las personas pueden decidir conscientemente desarrollar rasgos más positivos como la serenidad, la calma y la asertividad, y ejercitarlos. En relación a los cambios en la forma de percibir la realidad, Vicente Simón (2007) explica que hay dos tipos de procesamiento de información, el procesamiento llamado *de arriba abajo* y el *de abajo arriba*. El primero implica tratar de encajar todo lo nuevo en categorías o moldes ya existentes, de esta

manera se pierde parte de la información entrante, comúnmente la más novedosa que sería la que no se adapta tan fácilmente en categorías preestablecidas. En este tipo de procesamiento el sistema actúa imponiendo una serie de filtros que resaltan los aspectos ya conocidos de la realidad y atenúan o eliminan lo diferente. Mindfulness permite la disolución de las influencias del aprendizaje permitiendo que la información procedente de los órganos de los sentidos se abra paso más allá de los filtros mentales, logrando el *procesamiento de abajo arriba*. Este implica la entrada de información novedosa que no ha sido modificada por los filtros basados en las experiencias previas de cada sujeto. Al concentrarse y prestar una atención plena y detallada a la información entrante, se empieza a dificultar el funcionamiento de los *procesamientos de arriba abajo* y se favorece la llegada de información nueva a los circuitos neuronales. Al obtener mayor cantidad y diversidad de información del entorno, la persona puede ampliar su abanico de respuestas y comprender mejor la complejidad del contexto.

Además, la práctica de conciencia plena regular permite la autoobservación el tiempo suficiente como para generar la capacidad de discriminar conscientemente las características de los procesos *de abajo arriba*. Mindfulness permite llegar a captar la realidad por una parte y la forma en la que la mente la deforma, por otra (Simón, 2007).

Para lograr un cambio sustancial, la paciencia es fundamental en cualquier tipo de entrenamiento. Para entender esto, Hanson (2015) afirma que el cerebro es un órgano que aprende y por lo tanto puede modificarse. A partir de la repetición de conductas y de los pensamientos recurrentes se va esculpiendo la estructura neuronal que a la vez, estructura el funcionamiento cerebral de manera tal que aumenta la probabilidad de volver a actuar y pensar de la misma manera. Así el cerebro va creando patrones de conducta y pensamientos que se retroalimentan generando ciclos comunes de comportamiento. Entonces a partir de cambios en el proceso atencional, eligiendo conscientemente qué cualidades desarrollar, se puede lograr la neuroplasticidad autodirigida, modificando los circuitos de interacción neuronales y moldeando intencionalmente el cerebro hacia un funcionamiento más eficaz. A partir de los ejercicios de mindfulness se puede activar ciertos estados mentales y luego con el paso del tiempo instalarlos para que se transformen en rasgos.

En cuanto a las dificultades con las que una persona puede encontrarse cuando emprende esta meditación, Tich Nhat Hanh (2014) explica diversos obstáculos que comúnmente surgen

cuando se desea comenzar algún tipo de práctica o ejercicio que requiera de rutina y constancia para mejorar la salud física, mental o espiritual. Estas dificultades se basan principalmente en excusas mentales que se sostienen en un mundo saturado de estímulos externos en el que la mayor parte del día las personas se encuentran desconectadas de su yo interior actuando de manera automática sin ser del todo conscientes de lo que ocurre a su alrededor.

Entre los diversos motivos que impiden que las personas realicen las actividades que necesitan se encuentran principalmente la falta de tiempo, el cansancio, el miedo a hacer el ridículo, el miedo a no lograr los objetivos deseados y fallar en el intento, o simplemente el hecho de que el ejercicio puede resultar desagradable. A partir de esto, Nhat Hanh (2014) propone sortear las barreras mentales, sociales o físicas que operen contra el deseo de realizar la práctica. Trazar un plan de acción estableciendo metas progresivas puede ser una alternativa eficaz. También asegura que las personas que se mantienen más activas a lo largo del tiempo son las que creyeron al comenzar el ejercicio que lograrían sus objetivos y tendrían éxito.

Otro factor obstaculizante es la dificultad de la práctica en sí misma. Joan Kabat-Zinn (2004) explica que la mayor parte del tiempo, la mente está en el pasado o en el futuro, no en el presente. Oscila entre un tiempo y el otro, pensando en lo que ya pasó o programando lo que va a pasar. Las personas cuando meditan y vuelven su atención a su flujo de pensamientos, se hacen conscientes de las actividades automáticas que realizan. De todos modos, la mente tiende a divagar entre ideas lo cual hace difícil mantenerse en el presente por mucho tiempo. Miró (2006) plantea que los medios masivos de comunicación han exacerbado esta cualidad de programar los eventos futuros a través de la aceleración de la historia, lo que significa vivir anticipadamente a través de los pensamientos, imaginándose el futuro. Esto lleva a que las personas luego intenten que la vida se asemeje a lo imaginado anteriormente quitándole de esta manera el factor espontáneo al momento presente. Por esto es fundamental el entrenamiento y perseverar para conseguir los resultados.

También Guaranata (2013) describe un obstáculo para realizar la práctica formal. Este puede ser el ambiente elegido para su ejercicio. El entorno debe ser silencioso ya que la meditación realizada en medio de una actividad ruidosa y rápida resulta muy difícil, al igual que intentar realizar la práctica informal en medio de una discusión. La práctica, por lo menos al comienzo, debe realizarse en las situaciones menos estresantes posibles.

Tich Nhat Hanh (2014) propone que a pesar de los obstáculos que surjan, las personas insistan en desarrollar ese estado de actividad natural que es aplacado por la vorágine y el sedentarismo del contexto social en el que se vive para conseguir vivir en el momento presente.



#### **4. Metodología.**

##### **4.1. Tipo de estudio.**

Estudio descriptivo

##### **4.2. Participantes.**

Las participantes fueron las integrantes del grupo de mujeres que asisten al taller de entrenamiento en habilidades una vez por semana durante 2.30 horas en la institución. Sus edades varían entre 18 y 40 años y el número de pacientes que asiste difirió semana a semana pero solían ser entre seis y diez integrantes. El grupo es coordinado por dos terapeutas mujeres graduadas en la Universidad de Buenos Aires quienes se ocupan de la enseñanza de habilidades hace cinco años aproximadamente y se dedican hace más de diez años a la psicoterapia individual de DBT.

También participaron tres terapeutas mujeres del equipo de DBT de la institución, dos graduadas de la Universidad de Palermo y una de la Universidad de Buenos Aires dedicadas a la psicoterapia individual de pacientes con trastorno límite hace cinco años aproximadamente. Una de ellas también coordina grupos de habilidades hace tres años. Las terapeutas brindaron información sobre las dificultades que refieren las pacientes en el uso de habilidades de conciencia plena y los ejercicios de mindfulness.

##### **4.3. Instrumentos.**

Los datos han sido recolectados a partir de los registros realizados durante la observación del Entrenamiento en habilidades y a partir de entrevistas realizadas a las terapeutas del equipo de DBT. Las entrevistas con las terapeutas tuvieron como eje las dificultades que sus pacientes les han manifestado sobre la práctica de ejercicios de mindfulness ya sea durante la psicoterapia individual o durante las tareas y ejercicios del entrenamiento en habilidades.

##### **4.4. Procedimiento.**

Se asistió al taller de habilidades una vez por semana durante 2.30 horas . Durante el mismo se utilizó el Manual de Entrenamiento en Habilidades para realizar los ejercicios y también sirvió como guía para recolectar datos sobre las dificultades manifestadas por las pacientes a la hora de compartir las tareas del módulo de conciencia plena. Se entrevistó a las coordinadoras de grupo y a terapeutas individuales para recolectar información sobre las dificultades que refieren las pacientes sobre la aplicación de herramientas de mindfulness en la vida cotidiana.

## **5. Desarrollo.**

- 1) Describir la implementación de ejercicios de mindfulness en el tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en el marco de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

El tratamiento completo de la Terapia Dialéctico Conductual incluye psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades, taller para familiares, asistencia telefónica, supervisiones y reuniones de equipo. Las distintas modalidades tienen incorporadas ejercicios de mindfulness referentes a la práctica formal e informal que se desarrollarán a continuación (Gagliesi et al., 2007).

A partir de la observación de las reuniones de equipo semanales se identificó que las mismas se dividen en dos partes. Durante la primera se realiza un ejercicio de mindfulness, leen uno o dos supuestos sobre los pacientes, luego resuelven temas administrativos si los hubiera y se comparte algún tipo de información terapéutica. En la segunda parte se separan en teams. Estos son pequeños grupos ya predeterminados de entre ocho y doce profesionales en donde tratan casos específicos que necesiten los miembros.

En relación al ejercicio de mindfulness del comienzo de la reunión suele durar entre tres y ocho minutos, y el terapeuta que guía la práctica va variando semana a semana. Da comienzo a la meditación mediante el sonido de un cuenco tibetano. Guía el ejercicio a partir de instrucciones verbales, por ejemplo puede decir que *se concentren en el ir y venir de la respiración, luego ir llevando la concentración a cada músculo del cuerpo desde los pies a la*

*cabeza e ir sintiendo si están tensos o relajados, si hay algún dolor físico o molestia.* Esta meditación implica la práctica formal descrita por Kabat-Zinn (2004) en donde las personas se apartan intencionalmente por un tiempo determinado a realizar la meditación. También suelen incluir en la práctica el ejercicio de la media sonrisa que se utiliza durante el entrenamiento en habilidades de aceptación radical y se realiza *relajando cada músculo del rostro, y subiendo ligeramente las comisuras de los labios, lo suficiente como para sentirlo pero sin necesidad de que los demás lo noten* (Linehan, 1993). La práctica formal al comienzo de cada encuentro permite que los terapeutas, como asegura Tich Nath Hanh (2014) estén en contacto con el estado físico y mental con el que comienzan las reuniones, ayuda a despojarse de los temas personales que tienen en mente, y promueve la relajación como señala Guaranata (2013) para disponerse de manera más funcional al trabajo en equipo.

Cuando el terapeuta termina la meditación del día, pide feedback de la práctica al grupo y cualquiera de los miembros puede darlo. Por ejemplo, en una oportunidad un profesional le dijo al terapeuta que guio la meditación que *la manera de dar las instrucciones lenta y pausada había colaborado para que se relaje más rápidamente que en otras oportunidades.* Esto responde al feedback descrito por Linehan (2003) en donde la devolución va dirigida únicamente a la performance del terapeuta en relación al ejercicio. Es directa y específica sobre las instrucciones impartidas.

Después del ejercicio de mindfulness, leen uno o dos supuestos básicos sobre los pacientes que sirven como guía para encarar las reuniones y el tratamiento en general. Dos ejemplos de ellos son: *la vida con trastorno límite es insoportable de ser vivida así como es y los terapeutas DBT necesitan apoyo y contención.* Estos dan cuenta de las limitaciones y potencialidades tanto de los pacientes como de los terapeutas, y sirven de guía para llevar adelante el tratamiento (Linehan, 1993).

Además de la práctica formal del comienzo, los principios de mindfulness están presentes a lo largo del encuentro. Se observó que los terapeutas intentan ser objetivos a partir de darse cuenta y corregirse cuando tienen algún comentario juicioso. Si el profesional no nota que emitió un juicio, una persona por reunión a la que llaman *observador del día* es la encargada de hacer sonar el cuenco tibetano con cada comentario juicioso durante el encuentro. Al escuchar el cuenco, el terapeuta que está hablando registra el error y vuelve a elaborar la oración de manera

objetiva. Por ejemplo en una reunión un profesional dijo que un paciente era *soberbio* y luego de escuchar el cuenco reformuló la oración describiendo que *durante la primer entrevista el paciente se había descrito a sí mismo en varias oportunidades como una persona muy capaz, exitosa, que podría llegar muy lejos y que la gente no lo comprendía porque sentía envidia por él*. Esto hace referencia a la actitud fundamental que describe Guaranata (2013) de ser conscientes de que la mente intenta etiquetar todo aquello que percibe quitándole objetividad y llevando a las personas a actuar y pensar de manera mecánica. Como explica Simón (2007) entrenar la mente a través de la práctica de mindfulness permite disolver los filtros de pensamientos y entender mejor la complejidad del contexto. Por otro lado, también dentro del módulo de habilidades de conciencia plena, en el grupo *cómo* se encuentra la habilidad *sin juzgar* entendida por Dimidjian y Linehan (2003) como la capacidad de ser conscientes de los propios juicios para aprender a observar sin evaluar, sin etiquetar las situaciones o personas y empezar a observar realizando descripciones objetivas. El uso del cuenco durante las reuniones ayuda a entrenar esta habilidad en los terapeutas.

Luego siguen con los temas administrativos, estos pueden ser derivaciones, admisiones u organización de fechas de algún posgrado. En cuanto a la información terapéutica que comparten puede ser desde un caso puntual que uno de los miembros quiera compartir para que los demás tengan en cuenta y aprendan de la experiencia o también van rotando la presentación de algún tema o paper con diapositivas, por ejemplo en una oportunidad un terapeuta expuso una *introducción al curso de cesación tabáquica con los conceptos fundamentales de la temática*. También cuando uno de los terapeutas asiste a algún curso de formación fuera de la institución realiza un resumen escrito o diapositivas y lo comparte con el resto del equipo, así todos los miembros se benefician con el nuevo aprendizaje de uno. Esto implica como señala Suárez (2008), que las reuniones de equipo no solo traten temas administrativos sino que sirvan como espacios de formación continua para que los terapeutas fortalezcan o adquieran nuevos conocimientos y así brindarle a los pacientes el mejor tratamiento posible.

En la segunda parte de la reunión cada team va a un sector diferente de la fundación. Los profesionales que necesiten asesoramiento sobre un caso, completan una planilla que incluye su nombre, el nombre de la paciente, diversos ítems sobre los motivos por los que van a plantear el caso, nivel de burnout del terapeuta y cantidad de minutos que cree necesario para hablar del

tema. Suelen ser entre 3 y 10 minutos según la gravedad. Uno de los profesionales dice el orden en el que van a hablar los demás miembros también según la relevancia de las situaciones. Este orden de prioridad de las conductas a tratar se relaciona con lo planteado por Linehan (1993) en donde describe que para que el tratamiento sea efectivo, se prioriza poniendo en cierta jerarquía distintos tipos de conductas problema y así saber sobre qué conductas trabajar primero.

Durante las reuniones de los equipos chicos, un terapeuta es el encargado de cronometrar los minutos mientras el profesional cuenta las dificultades que está atravesando en la terapia y los demás miembros aportan herramientas o algún consejo que pueda ayudar al terapeuta a resolver la situación. En el team también está la regla de no emitir juicios, principio fundamental de la práctica de mindfulness planteada por Guaranata (2013), pero en esta parte no hay un encargado específico de monitorear esto sino que entre todos van controlándolo. Una vez que todos los miembros que necesitaban compartieron sus casos, finaliza la reunión.

Al taller de familiares y allegados asisten alrededor de treinta personas. Se observó que suelen concurrir alguno o ambos padres o la pareja de los pacientes. Cada encuentro comienza con un ejercicio de mindfulness que es llevado adelante por una de las terapeutas especializada en esta técnica. Comienzan los minutos destinados a esta meditación a partir del sonido de un cuenco tibetano y la terapeuta imparte las instrucciones verbales, lo que responde a la práctica formal descrita por Kabat-Zinn (2004). Durante la meditación por ejemplo puede decir que se *concentren en la respiración y que vayan notando como la misma se va haciendo más lenta, más pausada y por último visualizar los pensamientos pasar por encima de la cabeza como si fuesen nubes en el cielo*. Guaranata (2013) plantea que esta práctica permite ser conscientes de la corriente continua de pensamientos en los que las personas están inmersas logrando observar cada aspecto de la experiencia con atención plena.

Luego de este ejercicio, los allegados que lo desean pueden compartir la tarea con el grupo y las terapeutas hacen las correcciones necesarias para que en la próxima situación similar, mejoren su performance. Por ejemplo, *cuando un allegado comentó la forma en la que le había planteado un pedido al paciente utilizando uno de las técnicas del taller, las terapeutas lo felicitaron por haber aplicado la herramienta y le sugirieron que en la próxima ocasión suavice el tono de voz al hacer el pedido*. Esto se relaciona con el coaching planteado por Linehan (2003)

que no es únicamente la devolución de la performance sino va acompañado de instrucciones o alternativas de cómo hacerlo mejor.

Durante la observación de estos encuentros los temas centrales que han sido objeto del entrenamiento fueron los tipos de refuerzo y validación. Mediante fichas de un manual que los allegados obtienen en la fundación, se les explica los tipos de refuerzos que existen y de qué manera sus conductas sostienen actualmente las conductas problema del paciente en tratamiento. Cuando un familiar comenta algún cambio positivo que percibe del paciente, las terapeutas lo alientan a que de alguna manera premie o elogie directamente esa actitud *puede ser a partir de algún regalo material, una palabra de agradecimiento, una demostración de cariño o también quitándole algún evento que el paciente considere aversivo como disminuir el control sobre las actividades cotidianas o el control sobre la toma de psicofármacos, depositando explícitamente en él mayor confianza*. Las herramientas enseñadas implican lo que Kazdin (2009) plantea como refuerzos positivos y negativos o combinaciones de ambos. Un reforzamiento positivo aumenta la probabilidad de que una conducta se repita y es otorgado inmediatamente después de que ocurra la conducta deseada. Un refuerzo negativo también aumenta la probabilidad que la conducta se repita a partir de quitarle un estímulo desagradable inmediatamente después de realizada, en este ejemplo podría ser la disminución del control excesivo del familiar sobre distintos aspectos del paciente.

Luego de la explicación y de los ejercicios de la ficha del día, las terapeutas recogen las anotaciones y la tarea realizada por los familiares para ese encuentro, dictan la nueva tarea para la siguiente semana y dan por finalizado el taller. Como plantea Linehan (2003) es indispensable que los terapeutas revisen y corrijan las tareas semanales para promover la generalización de la habilidad aprendida.

También se realizó la observación del entrenamiento en habilidades al cual asisten las pacientes de manera semanal y es llevado adelante por dos terapeutas encargadas de este ciclo. Comienza el encuentro con un ejercicio de mindfulness que es guiado por una de las terapeutas que da las instrucciones, como en las demás modalidades, luego del sonido del cuenco tibetano. En una oportunidad las instrucciones impartidas fueron *respirar unos minutos siendo conscientes del propio estado emocional en que se encuentran, detectar en qué parte del cuerpo se siente la emoción, si es el estómago, en la garganta, en la cabeza, ver en donde se siente la emoción y*

*observarla sin intentar modificarla.* Este ejercicio implica la práctica formal que plantea Kabat-Zinn (2004) quien recomienda que si la persona se encuentra tensa o siente algún malestar no se esfuerce en cambiar ese estado durante la práctica sino que simplemente lleve la concentración a la tensión de su cuerpo y esté presente con eso. Sánchez Gutiérrez (2011) afirma que los ejercicios de mindfulness generan un incremento en la capacidad de identificar las emociones y a su vez, un mayor control sobre las mismas.

Durante todo el entrenamiento también se respeta el principio de no emitir juicios. A partir de la observación de esta modalidad y de los espacios de los profesionales, se pudo notar que el contenido de los enjuiciamientos de los profesionales iba dirigido hacia otros y en cambio, el contenido de los juicios de las pacientes en casi todas las oportunidades se dirigía hacia ellas mismas. Por ejemplo, suelen decir *soy un desastre, soy una colgada, soy una inútil, hice todo mal, soy una fracasada.* Luego de escuchar el cuenco se observó que tardan más que los terapeutas en reformular y en algunos casos, no lo hacen. Esto puede deberse a una de las características típicas de este desorden que es la alteración de la autoimagen, sentido de sí mismo inestable, y conductas de autodaño (American Psychiatric Association, 2013). Linehan (2003) a la vez explica, que desde la infancia los pacientes con esta patología han aprendido a desconfiar de sus propias interpretaciones, llevándolos a desconfiar de sí mismos. Para modificar estas formas de percibirse a sí mismo y a la realidad, Simón (2007) explica que hay dos tipos de procesamiento, el *de arriba abajo* en que la mente impone sus filtros de pensamiento aprendidos para percibir y entender la realidad, y por otro lado el procesamiento *de abajo arriba* en el que se permite la entrada de información novedosa al sistema neuronal. Este segundo tipo de procesamiento se logra a partir del desarrollo de la atención plena y permite disolver los filtros aprendidos para entender mejor la complejidad de la vida.

Luego del ejercicio de mindfulness continúan con el programa de entrenamiento que consta de la lectura de un ítem del Acuerdo, la corrección de la tarea, un break, la explicación de la ficha del día y el dictado de la tarea para el siguiente encuentro. El programa de entrenamiento se describirá más detalladamente en el marco del segundo objetivo del presente trabajo.

En relación a la implementación de los ejercicios de mindfulness durante la psicoterapia individual, las terapeutas entrevistadas explicaron que en las sesiones individuales no suelen realizar la práctica formal de mindfulness con todos los pacientes, aclaran que *solo con algunos*

*ya que depende mucho de la actitud del paciente al respecto, si para el paciente resulta cómodo o si ese día en particular llegó a la consulta muy acelerado o todavía pensando mucho en las cosas del día, realizan la meditación. Lo que es indispensable, afirman las profesionales, es realizar la práctica informal durante toda la sesión. Estar con conciencia plena en el paciente, observar lo que cuenta y de qué manera, cómo se está sintiendo. Cuando el terapeuta se distrae con otros pensamientos realiza el ejercicio de volver intencionalmente la atención al paciente, esto es esencial para poder entender qué le pasa, cuál es la mejor estrategia a utilizar, ver exactamente qué herramienta brindarle, es indispensable observar plenamente al paciente. También entre un paciente y otro en el consultorio hacer algunas respiraciones ayuda. Permite sacarse un poco de la mente los pensamientos sobre el paciente anterior para estar nuevamente con atención plena sobre el próximo. A veces es difícil, sobre todo cuando el paciente que se fue tuvo una mala semana o está en riesgo, pero de todos modos llevando la atención intencionalmente y haciendo los ejercicios es posible. Kabat-Zinn (2004) asegura que a través de la práctica de atención plena, todos los problemas y sus respectivas soluciones se ven con más claridad. El entrenamiento en mindfulness permite observar más claramente la realidad y elegir las acciones más efectivas para cada situación, incrementando la asertividad (Guanata, 2013).*

En cuanto a la asistencia telefónica y los ejercicios de mindfulness, una de las terapeutas manifestó que cuando el paciente llama en crisis hacen entre 30 segundos y un minuto de conciencia plena de la emoción que está sintiendo, esto implica que el terapeuta le pregunte dónde siente la emoción, la intensidad y realicen algunas respiraciones llevando la conciencia a esa parte del cuerpo. Después de esto rápidamente interviene para que utilice habilidades para sobrevivir a las crisis por ejemplo *distraerse*. Lencioni y Gagliosi (2008) afirman que esta modalidad sirve para que el paciente aprenda a pedir ayuda y regular sus emociones de manera adaptativa y para que generalice las habilidades aprendidas disminuyendo las conductas suicidas y las escaladas emocionales. Durante la entrevista la terapeuta también explicó que *hacer sólo conciencia plena durante la llamada sería contraproducente, llevaría a un aumento de la activación emocional. El ejercicio de mindfulness es el comienzo para poder aplicar otra herramienta. Las pacientes con trastorno límite no suelen registrar los malestares leves ya que se activan muy rápido, cuando cuentan un episodio comienzan con que estaban calmas hasta que alguna situación les disparo la emoción y entraron en crisis. Lo que pasó antes de la crisis con sus emociones no suelen registrarlo, ya que si hubieran registrado la emoción antes podrían*



*haberla trabajado de otra manera.* Mindfulness en esta modalidad se utiliza para que antes de que la crisis o conducta problema se desencadene, las pacientes sean conscientes de cómo se están sintiendo y utilicen habilidades para estar mejor sin entrar en crisis y evitando escaladas emocionales. Tich Nhat Hanh (2014) sostiene que concentrarse en la respiración permite ser conscientes del estado emocional actual y elegir la forma más adaptativa de afrontarlo. A su vez, Sánchez Gutiérrez (2011) afirma que ejercitar la conciencia plena disminuye el umbral de activación emocional a partir de la reducción de las características de reacción simpática del Sistema Nervioso Central.

- 2) Describir el entrenamiento en habilidades de conciencia plena dentro del grupo de habilidades de DBT.

Se realizó la observación del entrenamiento en habilidades notando que el número de pacientes que asisten varía semana a semana, algunas fueron dadas de alta del tratamiento completo, otras únicamente del entrenamiento en habilidades, ya sea porque asistieron solo a los módulos que sus terapeutas individuales creían convenientes o porque asistieron a dos ciclos de entrenamiento que es lo estipulado normalmente. También a la mitad del ciclo se incorporaron dos pacientes nuevas. De todos modos son aproximadamente diez participantes las que asisten semana a semana. La modalidad de grupo abierto sirve para que las pacientes entrenen la tolerancia al malestar, las habilidades de aceptación y se adapten a los cambios producidos a partir de este encuadre (Linehan, 2003).

Se ocupan de esta modalidad dos terapeutas mujeres. Se identificó que si bien una de ellas es la terapeuta principal encargada de dar las fichas, ambas se ocupan de pedir la tarea, guiar el ejercicio de mindfulness y dictar la tarea para la siguiente clase. Linehan (2003) plantea la importancia de que haya dos terapeutas en cada entrenamiento para que el terapeuta auxiliar monitoree las emociones de los participantes y asista en caso de crisis, mientras el terapeuta principal continúa con el entrenamiento.

Las pacientes trabajan sobre un manual de entrenamiento en habilidades que adquieren en la fundación. Este manual es la traducción al español del Skill training manual for treatment of borderline personality disorder escrito por Marsha Linehan (1993). El Manual comienza con

algunas generalidades sobre el tratamiento, sigue con los Acuerdos del grupo y luego se divide en cuatro módulos de habilidades: Habilidades de conciencia plena, Habilidades de tolerancia al malestar, Habilidades de efectividad interpersonal y Habilidades de aceptación radical. Cada módulo incluye la ficha de explicación con los conceptos centrales de las habilidades que lo componen y sus respectivas tareas para ejercitarlas. Por último, el manual posee un anexo en el que hay distintos textos y sugerencias sobre la higiene del sueño, alimentación, plan para sobrevivir a las crisis entre otros.

Cada clase se estructura de la siguiente forma: primero realizan un ejercicio de mindfulness, luego leen uno de los Acuerdos grupales, después comparten la tarea que realizaron para ese encuentro, después hay un break, explican la ficha del día y por último dictan la tarea para la siguiente clase.

Como se explicó anteriormente, al comienzo de cada encuentro del entrenamiento en habilidades las terapeutas guían una práctica formal de mindfulness. Algunos ejemplos que se observaron consistieron en *llevar la conciencia a la respiración, ir notando como se va haciendo más pausada, siendo conscientes de la pausa que hay entre inhalación y exhalación, y observando los propios pensamientos como si fuesen olas que vienen y se van*, otro ejercicio del que se observó en estos encuentros fue *visualizarse colocando cada pensamiento que aparece durante la meditación en una cinta transportadora e ir viendo cómo se aleja*, otra variante del mismo fue *poner el pensamiento dentro de una caja y etiquetarla, por ejemplo “pensamientos de preocupación” “pensamientos de alegría”, “pensamientos de miedo”, etc.* Implican estos ejercicios la práctica formal descrita por Kabat-Zinn (2004) y sirven para ir desarrollando cierto grado de concentración básica, notando como se va calmando la respiración con el correr de los minutos (Guaranata, 2013). Y a la vez permite comprender la tendencia mental de vagar entre el pasado y el futuro para volver intencionalmente al momento presente (Kabat-Zinn, 2004).

Además de estos ejercicios, las habilidades de mindfulness se explican con el módulo de conciencia plena del manual que consta de quince fichas explicativas con sus respectivas tareas. Linehan (2003) explica que entregarle al paciente algún tipo de folleto con pasos explicativos para la aplicación de la habilidad sirve tanto para que el paciente utilice de guía durante la clase como para que lo tenga disponible fuera del entrenamiento cuando lo necesite.

Se observó que en todos los encuentros luego de la meditación, se lee un ítem del Acuerdo, dos ejemplos de estos son: *completa semanalmente la hoja de seguimientos de las tareas que se propone en el grupo y llévalas con vos cuando concurras y si faltas dos veces seguidas sin avisar con 48hs de anticipación (como mínimo), el equipo o el grupo pueden considerar que abandonaste el tratamiento.* Estos sirven para recordar a las pacientes y a los terapeutas los compromisos asumidos al comienzo del entrenamiento y tenerlos presentes durante todo el ciclo (Linehan, 1993).

Luego de la lectura, cada una de las pacientes comparte su tarea de la clase anterior. Las terapeutas en este momento utilizan varias herramientas como validación, coaching y refuerzos positivos. Utilizan la validación durante las actividades formales del entrenamiento y cuando las pacientes cuentan alguna situación personal. Esto significa que las terapeutas le comunican a la paciente que su respuesta es entendible en base a la experiencia y en el contexto en el que se encuentran (Linehan, 2003). Un ejemplo de esto puede ser cuando un paciente contó en el grupo *que si bien había recordado las habilidades, no había podido usarlas en el momento de crisis en el que estaba muy asustada después de un robo que había sufrido. Las terapeutas validaron su emoción y a su vez, la felicitaron por haber recordado las habilidades aunque no pudo aplicarlas y la alentaron a que la próxima vez no solo las recordará sino que podrá utilizarlas.* Esto responde a lo planteado por Linehan como indispensable que las terapeutas alienten constantemente a las pacientes a utilizar las habilidades y que las mismas solo se aprenden a partir de refuerzos (Linehan, 2003).

Si una paciente no realizó la tarea debe llevar algún alimento para compartir en el break como galletitas, o alguna torta con las demás participantes el mismo día o para el siguiente encuentro. Esto hace referencia al castigo mencionado por Kazdin (2009) en el que se imparte una penalización, en este caso comprar algo para compartir con las demás, luego de realizada una conducta indeseada como el olvido de la tarea. Además de la penalización, las terapeutas alientan a la paciente a que realice la tarea ahí mismo, a partir de situaciones hipotéticas o alguna experiencia pasada. Así la paciente va ensayando la habilidad y las terapeutas le dan respuestas alternativas a las respuestas en vivo. Esto implica el ensayo conductual que en algunos casos también lo realizan encubierto si la paciente se niega al role playing y a la vez, involucra el moldeamiento, entendido como cualquier procedimiento en el que se le dan respuestas

alternativas para ir llevando la respuesta hacia conductas más eficaces y así lograr la adquisición de la habilidad (Linehan, 2003).

Después de compartir la tarea, realizan un break de quince minutos y luego continúan con la ficha explicativa del día. Las habilidades de conciencia plena son las primeras que se enseñan durante el entrenamiento y luego se repasan antes de pasar de un módulo a otro. Este módulo de habilidades completo tiene una duración aproximada de entre cuatro semanas, y se observó que el repaso entre modulo y módulo de mindfulness dura entre una y dos clases. Se indagó sobre la importancia de este repaso en una entrevista con las terapeutas quienes explican que *desarrollar estas habilidades es indispensable, y que las mismas actúan como base para aprender los demás módulos. Se ejercitan entre un módulo y otro para que las pacientes que no entraron al comienzo del ciclo las sepan cuanto antes y no tengan que esperar la vuelta completa para empezar con la práctica de mindfulness y además sirve para fortalecerlas en las pacientes que ya las vieron*. Como señalan Vega y Sánchez Quintero (2013) las habilidades de conciencia plena están presentes durante todo el entrenamiento y son las primeras que se enseñan ya que favorecen el control atencional, lo cual ayuda a la adquisición de los demás módulos.

Se observó que la explicación de la ficha de conciencia plena en particular, comienza con una descripción de los efectos de la práctica de mindfulness que leen desde el manual las terapeutas para el grupo: disminuir el sufrimiento, aumentar la felicidad y experimentar la realidad tal como es (Linehan, 1993). Luego las terapeutas dan varios ejemplos de en qué momentos se podrían realizar los distintos tipos de práctica. Por ejemplo en cuanto a la práctica informal explicaron que se podría realizar haciendo ejercicio, cuidando a una mascota, a la hora del té, hablando con alguna amiga. Esto responde a la generalización de respuesta planteada por Linehan (2003) en donde las terapeutas le transmiten a los pacientes que la habilidad es flexible y puede ser utilizada en varias situaciones. De esta manera logran motivarlas para que prueben la habilidad en la mayor cantidad de contextos posibles.

Durante éste entrenamiento explican el concepto de mente sabia para realizar luego un ejercicio que en este caso guía la terapeuta auxiliar a partir de instrucciones verbales. Les pide a las pacientes que se sienten derechas, cómodas pensando en algún dilema que les haya ocupado el pensamiento en los últimos días, y se centren en una pregunta abierta al respecto. Luego de

escuchar la pregunta en la mente, les pide que la suelten y se concentren en la respiración, que inhalen pensando en la palabra *mente* y al exhalar en la palabra *sabia*. Luego de unos minutos de esta respiración, les pide que formulen en su mente nuevamente la pregunta y vean qué imagen aparece como respuesta a la misma. Si no aparece ninguna imagen, les explica que no es momento de solucionarlo ahora. Como señala Linehan (2003) cultivar la mente sabia permite salir de las polaridades propuestas por la mente emocional y la mente racional para aproximarse al conocimiento de manera intuitiva e integral.

Luego de esta meditación una de las terapeutas comentó su experiencia con el ejercicio, en la que había surgido como respuesta una alternativa que hasta ese momento no se la había ocurrido y fue finalmente la que resolvió su dilema. Este comentario responde a las autodevelaciones descritas por Linehan (2003) en donde el terapeuta comparte situaciones en las que la adquisición de la nueva habilidad ha sido provechosa para él mismo.

Luego de la ficha sobre el cultivo de la mente sabia, las terapeutas continúan explicando las habilidades que comprenden el módulo. Por un lado hay tres habilidades relacionadas a lo que se hace: observar, describir y participar; y tres más que explican cómo se hace: sin juzgar, con la mente en una cosa a la vez y efectivamente. (Linehan, 1993).

A partir de la observación durante el entrenamiento de la habilidad *observar*, se observó que una de las terapeutas reparte pasas de uva y almendras entre las participantes. Les pide que elijan una y comienza a impartir las instrucciones: *miren la pasa de uva o la almendra como si nunca antes hubiesen visto una, observen su color, su textura, su aroma, el tamaño y la cantidad de pliegues o vetas que tiene. Luego lleven el fruto seco a la boca, observen el impulso de morder, la temperatura y una vez mordida como cambia su sabor y su textura Después sean conscientes del impulso de tragar y finalmente la sensación al tragar la pasa de uva o almendra.* Este ejercicio implica el propuesto por Kabat-Zinn (2004) para explicar de manera sencilla la experiencia de llevar la consciencia a lo que se está haciendo en el aquí y ahora a una persona que recién toma contacto con el mindfulness.

Para explicar la habilidad *describir* se observó que las terapeutas utilizan un ejercicio impartiendo las siguientes instrucciones: *disponerse con los ojos abiertos y sentados de manera cómoda con la mirada fija en un punto aproximadamente 40 centímetros por delante de los*

*propios pies, etiquetar los estímulos que entran por los sentidos en tres categorías, visual para cada estímulo que sea objeto de la observación, éstos pueden ser distintos matices del color del suelo, sombras, luminosidad. La segunda categoría es “sonidos” e incluye cualquier estímulo auditivo que escuchen. La última categoría es “sentir”, ésta se utiliza para cambios de temperatura y sensaciones corporales diversas. La actividad consiste en no detenerse en el contenido sino en aprender a describir la experiencia en estos tres términos: vista, sonidos y sentir.* Luego de realizada la actividad, varias participantes comentaron que el hecho de estar con los ojos abiertos les dificultaba la concentración así que cerraron los ojos y dividieron los estímulos en sentir y oír únicamente. Otras fueron explicando los distintos estímulos que oían como la fuente de agua que está en el patio de la fundación, el ruido de la calefacción, la respiración de una compañera y demás. En la categoría sentir incluyeron la sensación de frío, algunas molestias físicas por la posición en la que se encontraban, picazón en distintas partes del cuerpo, sensaciones estomacales, relajación del rostro, entre otras. Las que describieron los estímulos visuales, se centraron en los distintos matices de las vetas del piso, sombras, oscuridad producida por el parpadeo y demás. Las participantes estuvieron de acuerdo en que etiquetar los estímulos les había parecido algo sencillo, ya que no debían identificar la fuente de procedencia sino solo describir la percepción. La terapeuta que llevó adelante el ejercicio explicó que éste sirve para dejar de lado las distintas maneras de adjetivar los estímulos, por ejemplo aprender a decir sonido, en vez de ruido agradable o desagradable. Mañas (2009) asegura que la práctica de mindfulness permite alejarse del reaccionar automatizado que realiza la mente, de etiquetar los estímulos como agradables o aversivos y así disminuir el movimiento dicotómico basado en acercarse lo que considera agradable y alejarse a lo que considera desagradable. Con esta práctica se puede conocer los procesos con los que opera la propia mente para neutralizarlos.

En cuanto a la habilidad *participar*, se observó que luego de leer la ficha correspondiente las terapeutas guían una práctica que se centra en ser conscientes de la experiencia del momento presente a partir de las sensaciones corporales. El ejercicio comienza con un minuto de inhalación y exhalación consciente para lograr la relajación. Luego la terapeuta les pide que *focalicen su atención en como los pies tocan el suelo, que sean conscientes de la posición de su cuerpo y como este está en contacto con la silla.* A partir de la entrevista con una de las terapeutas, se supo que otro ejercicio que suelen hacer para explicar esta habilidad es que las

pacientes caminen en círculos de manera consciente, participando plenamente de la experiencia, llevando la atención a como un pie toca el suelo y se despega del mismo mientras el otro pie se apoya, notando el ritmo en el que es más cómodo para cada uno realizar la caminata etc. Otro ejercicio que compartieron las terapeutas durante la entrevista consta en realizar un juego durante el entrenamiento con una pelotita que las pacientes se van pasando y a la que le toca la pelota debe responder una pregunta preestablecida, por ejemplo nombres de películas infantiles, nombres de ciudades, y de esa manera se ejercita la participación consciente mediante el juego. Guaranata (2013) aclara que mindfulness permite observar la propia experiencia sin dejar de participar en ella. Kabat-Zinn (2004) afirma que al introducir este nivel de consciencia en la vida cotidiana, ésta se hace más simple haciéndose posible al poco tiempo permanecer con conciencia plena en cada momento.

En cuanto a las maneras en las que se realiza mindfulness, dentro del grupo de habilidades *cómo* se encuentran: sin juzgar, con la mente en una cosa a la vez, y efectivamente (Linehan, 1993). Se observó que en el entrenamiento las pacientes leen la ficha de cada una de estas habilidades y se comprometen a realizar la tarea de ir probando una por día durante la siguiente semana. Algunas eligieron empezar con *no juzgar*, haciendo el ejercicio de describir en términos de quién, qué, cuándo y dónde. Esto implica como señala Linehan (1993) empezar a tomar una actitud no evaluativa, observar la realidad y aceptarla tal cual es. Otras participantes eligieron comenzar con *la mente en una cosa por vez*, permaneciendo únicamente en el momento presente, siendo plenamente conscientes de la actividad en el aquí y ahora ya sea caminando, leyendo o hablando con otra persona y cuando algún tipo de distracción interfiere en ese momento, se debe volver intencionalmente la conciencia a la actividad presente (Linehan, 1993). Por último una de las pacientes que refirió problemas con la habilidad *efectivamente*, la eligió para ejercitarla a partir de mantenerse atenta a sus objetivos sin sobrecargarse y haciendo solamente lo que requiere la situación para actuar de la manera más funcional posible. Esto implica como señalan Dimidjian y Linehan (2003) la importancia de focalizarse en lo que funciona manejando las situaciones del entorno sin perder de vista los objetivos. Además se observó que las pacientes se comprometieron en adelante, a introducir tanto la práctica formal como la práctica informal de mindfulness en la vida cotidiana. Esto es indispensable como

afirma Guaranata (2013) para producir una transformación radical de la experiencia, agudizando la observación de la propia mente a partir del desarrollo de una potente práctica meditativa.

El último apartado de este módulo se basa en fortalecer la consciencia plena de las emociones. Se observó una meditación guiada por las terapeutas en las que se experimentan las emociones *como olas que vienen y se van, sin bloquearlas ni suprimirlas y tampoco aferrándose a ellas, solo observarlas siendo conscientes de en qué parte del cuerpo se siente y respetándolas*. Si bien durante la práctica ninguna paciente refirió sentir ninguna emoción desagradable las terapeutas las alentaron a que tengan en cuenta esta práctica cuando empiecen a sentir malestar, para lograr etiquetar la emoción, reconocer el repertorio de respuestas que la misma tiende a impulsar y así actuar efectivamente evitando escaladas emocionales. Como explica Goleman (2009) cada emoción facilita un repertorio determinado de conductas, y dan información acerca de sí mismo y del entorno. La correcta identificación y modulación de las emociones permite que actúen de manera efectiva como guías esenciales de comportamiento.

Luego de explicar el tema del día, una de las terapeutas repasa la tarea para la siguiente semana y finaliza el encuentro. Las tareas son fundamentales para que los pacientes tengan varias opciones en donde pueden usar la misma habilidad, realicen el ensayo de la misma para después generalizar lo aprendido a todos los contextos posibles (Linehan, 2003).

- 3) Describir las dificultades que tienen las pacientes en la aplicación de los principios y ejercicios de mindfulness.

A partir de la observación del entrenamiento en habilidades y de las entrevistas realizadas a las terapeutas se identificaron varias dificultades que las pacientes comparten sobre la práctica de mindfulness. Algunas pacientes explican que se les dificulta encontrar el momento del día para realizar la meditación. Una de las pacientes explicó que *se le hacía imposible separar un momento para meditar, que estaba muy ocupada, apurada todo el día y aseguraba que no tenía tiempo. Que se levantaba por la mañana y entre todas las tareas que tenía ni se daba cuenta cuando era de noche nuevamente y tenía que dormir*. En cambio aclaró que la práctica informal le resultaba más sencilla y que *había encontrado algunos momentos como lavar los platos, bañarse y hacer otras tareas manuales para llevar la conciencia a la actividad del momento*



*presente*. Kabat-Zinn (2004) plantea los dos tipos de práctica, la formal y la informal. En la primera es necesario que la persona se aparte intencionalmente de los quehaceres diarios y disponga de un tiempo determinado para realizar la meditación, llevando la conciencia a la respiración y disminuyendo el flujo de pensamientos. En cambio, la práctica informal se realiza cuando se focaliza la atención en lo que se está realizando en el momento sin apartarse de las actividades cotidianas. Se puede ejercitar la práctica informal solamente llevando la atención al momento presente y entrenando la concentración durante esa actividad. La vorágine de la vida suele actuar como factor obstaculizante de la meditación, de todos modos Guaranata (2013) afirma que una vez instalada la práctica, permanecer en el aquí y ahora y apartarse intencionalmente se hace más sencillo.

Otra paciente explicó durante el entrenamiento que cuando se disponía en una posición cómoda para realizar la práctica formal, *sus mascotas se tiraban sobre ella queriendo jugar o su novio con quien convive, entraba y salía de la habitación donde ella se encontraba y se desconcentraba*. Guaranata (2013) asegura que el ambiente elegido para realizar la meditación es esencial. El entorno debe ser silencioso para el buen desarrollo de la práctica.

Algunas pacientes comentaron que les resultaba muy difícil concentrarse en las respiraciones solas en su casa y en silencio así que habían utilizado para ejercitar la meditación, videos de YouTube o aplicaciones en el celular con distintos sonidos y una voz que guía la práctica similares a los ejercicios que realizar en las clases. En cambio otra paciente manifestó que no había intentado hacer la meditación porque estaba *segura que no le iba a salir, le parecía muy difícil para ella y sobre todo hacerla sola. Que durante la clase si lo lograba pero sola no lo iba a lograr*. Tich Nhat Hanh (2014) explica uno de los obstáculos comunes que las personas suelen encontrar están relacionadas a las propias excusas mentales. Esto sumado a que al comienzo los pacientes suelen tomarlo como algo místico y relajante sin saber exactamente de qué se trata, puede operar para que la práctica se evite hasta que comprendan cómo funciona (Kabat-Zinn, 2004).

En cambio, otra paciente explicó que había intentado realizar la práctica *pero se acordaba de hacerla en los momentos en el que estaba con mucho malestar, enojada y no podía concentrarse*. Guaranata (2013) propone que al comienzo las personas empiecen a ejercitarse en

esta meditación en las situaciones menos estresantes posibles ya que realizarlo en un ambiente ruidoso o en el medio de una discusión es más dificultoso.

Por otro lado, una de las pacientes manifestó que si bien encontraba el momento algunas veces por semana para realizar la práctica formal, le costaba mucho porque *después de dos o tres respiraciones se ponía a pensar en todo lo que tenía que hacer ese día y a organizar el día siguiente*. A varias les había resultado más sencilla la práctica informal, algunas jugando con sus hijos o haciendo ejercicio. Joan Kabat-Zinn (2004) refiere como dificultad la práctica en sí misma, ya que la mente se encuentra la mayor parte del tiempo inmersa en pensamientos sobre el pasado y sobre el futuro, programando lo que va a suceder. También Miró (2006) explica esta dificultad. Plantea que a partir de la aceleración de la historia impulsada por los medios de comunicación, las personas pasan varias horas del día imaginándose el futuro, y perdiendo la oportunidad de vivir el momento presente.

En este grupo una de las participantes está cursando la segunda vuelta del entrenamiento. Ella comentó que las dificultades que referían sus compañeras las había atravesado durante todo el ciclo anterior, y que actualmente en algunas oportunidades *cuando piensa en hacer la práctica a veces se distrae mirando algo en la televisión o navegando con su celular y después se olvida de meditar pero mucho menos que al comienzo*. Asegura que logró hacer la práctica cuatro veces semanales y al principio del entrenamiento podía realizar una meditación semanal como mucho y que aumentar el ejercicio junto con las habilidades aprendidas en el grupo hizo que se sienta más serena y competente aumentando su capacidad de acción. Nath Hanh (2014) asegura que establecer metas progresivas es un plan eficaz para instalar la práctica de conciencia plena. También propone que cuando las personas están por realizar alguna actividad de manera automática como ver la televisión, realizar algunas respiraciones conscientes y llevar la atención al estado emocional actual ayuda a entender las motivaciones de las conductas y encontrar acciones más útiles para desempeñar. Hanson (2015) afirma que se pueden entrenar conscientemente a partir de la práctica de mindfulness, diversos patrones de conducta y pensamientos para moldear el propio cerebro hacia un funcionamiento más eficaz, y luego como señala Mañas (2009) lograr tener la mente calma y serena estando enteramente en el momento presente se puede lograr.

## 6. Conclusión

El presente trabajo se realizó en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional en una institución privada de la Ciudad de Buenos Aires. Si bien esta institución se especializa en el tratamiento mediante la Terapia Dialéctico Conductual de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, trabajan con otras patologías que también tienen como rasgo principal la desregulación emocional entre ellas el Trastorno Bipolar, la Depresión, el Trastorno por abuso de sustancias entre otros.

Este estudio se centró en los pacientes con TLP y la manera en la que su tratamiento, a partir de la Terapia Dialéctico Conductual, incluye ejercicios y principios de mindfulness, de qué manera se enseñan las habilidades de conciencia plena a los pacientes y las dificultades que refieren los mismos en su aplicación en la vida cotidiana.

A lo largo del armado del trabajo se pudo observar la complejidad de este tipo de desorden y la importancia de aplicar un tratamiento integral, que incluya las distintas modalidades. El abordaje sistémico incluyendo a los familiares en la modalidad de taller, y el trabajo interdisciplinario fluido entre los profesionales son fundamentales a la hora de tratar esta patología.

Entre las características principales de DBT en general y el de esta institución en particular, es preciso señalar la coherencia entre los profesionales que aplican los conceptos básicos de esta terapia, sus herramientas y habilidades durante el trabajo terapéutico con los pacientes y en las relaciones profesionales dentro de la institución. En relación al primer objetivo, se pudo observar claramente la implementación de la práctica formal e informal de mindfulness en las distintas modalidades que permite que los profesionales se ejerciten en la práctica, tanto en realizarla como en impartir las instrucciones para luego poder transmitirla a los pacientes. A partir de esto, y de observar la manera en la que ejercitan la habilidad *sin juzgar* a través del sonido del cuenco tibetano en cada comentario juicioso es destacable el entrenamiento continuo de los profesionales y la predisposición para ensayar constantemente las habilidades del modelo.

En cuanto al segundo objetivo, las habilidades de conciencia plena se enseñan a las pacientes a partir del Manual de Entrenamiento mediante las fichas explicativas de cada una de las habilidades y sus respectivas tareas para ponerlas en práctica por fuera del grupo. De esta manera se enseñan también los demás módulos del tratamiento, con la salvedad de que *mindfulness* a la vez se ejercita en cada encuentro a partir de la práctica formal y la habilidad *sin juzgar* mediante el sonido del cuenco. Se pudo observar claramente la aplicación de las estrategias de adquisición, fortalecimiento y generalización planteados por Linehan (2003) y también los principios de condicionamiento descriptos por Kazdin (2009) durante el entrenamiento lo cual facilitó el desarrollo de este segundo objetivo.

Se considera también relevante manifestar la valoración positiva hacia la terapia que se observó de las pacientes. Tanto de manera individual como durante el entrenamiento grupal y en diferentes oportunidades, las pacientes hicieron referencia a lo comprometidas que estaban con este tratamiento y la mejoría que experimentaban desde los primeros meses de psicoterapia individual, en contraposición a lo que habían experimentado en tratamientos anteriores basados en la terapia tradicional en los cuales se habían sentido invalidadas, sin apoyo y sin capacidad de progresar. Como plantearon Ansón López y Ripollés Colomer (2015) esta terapia posee mayor adherencia al tratamiento y la disminución de sintomatología depresiva e impulsiva que la terapia tradicional. El amplio trabajo de esta terapia está basado no solo en tratar las conductas problema sino en enseñar habilidades adaptativas. El entrenamiento es fundamental para el tratamiento, se pudo observar los cambios referidos por las pacientes de cómo el grupo las hizo sentirse más competentes y habilidosas. Las mismas hacían referencia a las habilidades llamándolas “kit de herramientas” que tienen a disposición para utilizar no solo en momentos de crisis sino también para su progreso y desarrollo personal.

En cuanto al tercer objetivo y a partir de la lectura del material para el desarrollo del mismo, se puede afirmar que las pacientes con TLP refieren las mismas dificultades para su aplicación que las personas sin patologías como por ejemplo la falta de tiempo, la dificultad para concentrarse, la vorágine de la vida cotidiana, entre otros. El hecho de padecer este trastorno no impacta en la dificultad referida para la práctica de *mindfulness* entre las pacientes con TLP y la literatura basada a las dificultades de los practicantes en general.

En relación a las limitaciones del trabajo, se identificó la población reducida a la que se tuvo acceso. Ya que en cuanto a las pacientes, fueron un solo grupo de diez participantes y todas las integrantes eran de sexo femenino. Para futuras investigaciones se considera necesario el estudio sobre una población más amplia que incluya participantes del sexo masculino con este desorden y diferencias referidas para la práctica de mindfulness en personas con diferentes patologías.

Otra limitación del estudio se relaciona al ingreso al grupo de habilidades después de que se había enseñado de manera formal el módulo de conciencia plena, y al durar los ciclos de entrenamiento alrededor de nueve meses, a lo que se tuvo acceso y participación fue al repaso y explicación del módulo en dos clases lo que permitió el desarrollo del segundo objetivo del presente trabajo.

Desde una perspectiva crítica, se plantea la necesidad de replicar como plantean Ansón López y Ripollés Colomer (2015) los estudios sobre la eficacia en otro tipo de población. Ya que muchos pacientes con este desorden quedan por fuera de este tipo de tratamiento, el cual además de ser muy costoso requiere de una amplia disponibilidad horaria para cumplir con el tratamiento completo. También este modelo requiere de una gran estructura para sostener un trabajo interdisciplinario fluido, incluir a los familiares para lograr un trabajo sistémico y la formación de distintos profesionales en esta terapia tanto psicólogos como psiquiatras y profesionales especializados en temáticas afines. Se considera que en estos puntos reside la dificultad de trasladar este modelo a otros espacios de la Salud Pública. Asimismo, es preciso señalar, que en algunos Hospitales Públicos de la Ciudad están formando grupos de habilidades para pacientes con TLP aunque por el momento no brindan las demás modalidades.

Por último, la observación de los distintos espacios hizo posible entender en profundidad el estilo de trabajo de esta terapia. Se puede afirmar que es un tratamiento integral, que los terapeutas están en continua formación y son parte de un grupo del que también reciben apoyo y herramientas, hay un fuerte trabajo interdisciplinario entre los terapeutas entrenadores, los terapeutas individuales y los psiquiatras abordando entre todos las conductas problema del paciente y trabajando no solo para disminuir sus conductas problema sino para lograr su autonomía y bienestar.

## 7. Referencias Bibliográficas.

- Álvarez Gallego, E. & Fernández Ríos, L. (1991) El síndrome de burnout o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 11(39), 257-265.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- Ansón López, L., & Ripollés Colomer, L. (2015). Una revisión sobre la eficacia de la terapia dialéctica conductual en pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad. *Ágora de Salut*, 1(12), 163-171.
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 166-171.
- Elices, M., & Cordero, S. (2011). La terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 132-152.
- Gagliesi, P.; Lencioni, G.; Pechon, C.; Apfelbaum, S.; Boggiano, J. P.; Herman, L.; Stoewsand, C. & Mombelli, M. (2007.). *Manual psicoeducacional para pacientes, familiares y allegados sobre el desorden límite de la personalidad*. Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad. Buenos Aires: Eudeba.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Buenos Aires: Kairós.
- Gunaratana, B. H. (2013). *El libro del mindfulness*. Barcelona: Kairós.
- Hanh, T. N. (2014). *El milagro de mindfulness*. Barcelona: Grupo Planeta Spain.
- Hanson, R. (2015). *Cultiva la felicidad*. Málaga: Sirio.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairos.
- Kazdin, A. E. (2009). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: El Manual Moderno.

- Lencioni, G., & Gagliesi, P. (2008). Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite. *Revista Colombia Psiquiatría*, 37, 216-226.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de psicología*, 50, 13-29.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 31-76.
- Rosenberg, M. (2006). *Comunicación no violenta: un lenguaje de vida*. Buenos Aires: Gran Aldea Editores.
- Sánchez Gutiérrez, G. (2011). Meditación, Mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de literatura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2).
- Satir, V. (2006). *Peoplemaking: el arte de crear una familia*. Barcelona: RBA Integral
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 66(67), 5-30.
- Suárez, J. S. (2008). Terapia conductual dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 149-163.
- Vallejo Pareja, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27 (2), 92-99.
- Vega, I. D. L., & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56.