



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo final de grado:

“El Trastorno Límite de la Personalidad: aplicación de la Terapia Dialéctico Conductual y los efectos de mindfulness a nivel atencional.”

Pilar Robaina Raggio

CI. 5.114 863-7

Montevideo. de febrero, 2015.

Docente tutor: Alejandra Carboni – Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología.

Docente co-tutor: Matilde Elices – Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología.

Resumen

A través del siguiente trabajo nos disponemos a entender la sintomatología y las principales características del Trastorno Límite de la Personalidad, sus diferentes clasificaciones, los terrenos que complejizan la patología como su elevada comorbilidad, sus patrones consistentes de inestabilidad en las principales áreas de la personalidad que desembocarán en pacientes de difícil tratamiento.

Esta primera comprensión dará sentido a la insuficiencia de diversos modelos psicoterapéuticos, que evidenciará la necesidad del diseño de una nueva intervención psicoterapéutica, la Terapia Dialéctico Conductual, en la que ahondaremos particularmente.

Allí, nos detendremos en la práctica de mindfulness, componente nuclear de la TDC tanto para el abordaje de la desregulación emocional como para el de las disfunciones cognitivas.

Finalmente, nos detendremos en las alteraciones atencionales en el TLP para luego analizar el impacto del ejercicio en mindfulness a nivel de esta función cognitiva.

Índice

1. Introducción.....	5
2. El Trastorno Límite de la Personalidad.....	6
2.1. Diagnóstico.....	6
2.2. Epidemiología.....	10
2.3. Curso y pronóstico.....	10
2.4. Etiopatogenia.....	11
3. Tratamientos psicológicos para el TLP.....	12
3.1. Terapia Dialéctico Conductual.....	12
3.2. ¿Por qué TDC?.....	15
3.3. Estructuración de la TDC.....	16
4. Mindfulness.....	16
4.1. Mindfulness en el TLP.....	18
4.2. Mindfulness en la TDC.....	18
5. Alteraciones atencionales en el TLP.....	22
5.1. Mecanismos de acción del mindfulness: impacto a nivel atencional.....	25
5.2. Efectos de mindfulness en el TLP.....	28
6. Conclusiones.....	30
Referencias bibliográficas.....	33

Abreviaturas

ANT – Attention Network Test

APA – Asociación Americana de Psiquiatría

CIE - Clasificación Internacional de Enfermedades

CPT-II - Conners Continuous Performance Test-II

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EC – Effortful Control

MBSR - Mindfulness-based stress reduction

OMS – Organización Mundial de la Salud

STEPPS - Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving

TBM – Terapia Basada en la Mentalización

TCC – Terapia Cognitivo Conductual

TCE – Terapia Centrada en Esquemas

TDC – Terapia Dialéctico Conductual

TFT – Terapia Focalizada en la Transferencia

TLP – Trastorno Límite de la Personalidad

1. Introducción

El siguiente trabajo se propone introducirse en las principales características del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Para ello, comenzaremos con la revisión de las conceptualizaciones cardinales, atendiendo a las clasificaciones de referencia en la actualidad como el DSM IV-R y el CIE-10.

En esta primera instancia abordaremos los principales elementos para arribar al diagnóstico del TLP, sus principales co-morbilidades, datos epidemiológicos, aspectos etiopatogénicos, así como hipótesis en torno al curso y pronóstico de la enfermedad.

Luego, nos detendremos en los diversos modelos psicoterapéuticos empleados en las últimas décadas para el tratamiento del TLP, mencionando a grandes rasgos aquellos que han trascendido: cognitivo-conductuales (TCC), psicodinámicos, interpersonales, terapia focalizada en la transferencia (TFT), etc.

En este punto profundizaremos puntualmente en la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) que, diseñada específicamente para el tratamiento del TLP, se enmarca dentro de la corriente cognitivo-conductual.

A la hora de ahondar en la teoría que sustenta la TDC, conceptualizaremos su visión dialéctica de aceptación y cambio y la teoría biosocial de Marsha Linehan, para luego pasar a aspectos de estructuración donde se destacan sus modalidades de intervención.

Este trabajo dará un lugar protagónico a la práctica de mindfulness en el contexto clínico psicoterapéutico, sus orígenes y objetivos como componente nuclear en el marco de la TDC para el abordaje de la sintomatología límite, ahondando en el entrenamiento en habilidades.

Por último, nos introduciremos en las alteraciones atencionales presentes en el TLP. En vistas de que mindfulness puede considerarse una técnica atencional por su intervención en los distintos aspectos de esta función, finalizaremos analizando su impacto a nivel de la atención en pacientes con TLP a la luz de diversos estudios que han contribuido a mostrar la relación entre mejoras a nivel atencional y el ejercicio formal de mindfulness.

2. El Trastorno Límite de la Personalidad

2.1 Diagnóstico

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una enfermedad psiquiátrica severa que manifiesta déficit en el funcionamiento de la personalidad; posee una alta prevalencia y una de las tasas de suicidio más elevadas dentro de la psiquiatría. El TLP es un trastorno relativamente nuevo en el terreno de la psicopatología no apareciendo en el Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder (DSM) hasta su tercera edición del año 1980 (APA, 1980).

El término “límite”, se comenzó a utilizar en el campo psicoanalítico por Adolf Stern en 1938 en alusión a un grupo de pacientes cuya sintomatología no lograba ajustarse a las categorías de “neurosis” o “psicosis”. El término “límite” se ha ido transformando y evolucionando no exento de controversias respecto de si se trataba de un “conjunto de rasgos de personalidad o un estado psicopático transitorio”. Sus límites con la esquizofrenia no eran claros y, además, quedaban fuertes dudas en relación a si se trataba de un constructo unitario o si estaba formado por varios subtipos. (Crowell et al., 2009). Este último punto de cuestionamiento aún permanece en discusión observándose nuevas intervenciones en la quinta y última edición del DSM.

En su tesis de doctorado, Joaquim Soler presenta una caracterización sintética de los síntomas predominantes e idiosincrásicos del TLP descritos originalmente por Gunderson y Kolb (1978): “...marcadas fluctuaciones de periodos de confianza a periodos de desesperación absoluta, además de una autoimagen inestable, rápidos cambios de humor, temores al abandono y rechazo, fuerte tendencia hacia el pensamiento suicida, comportamiento autolesivo y síntomas psicóticos transitorios” (Soler, 2010, p.17).

Previo a la descripción del trastorno, añadiremos brevemente que el DSM (APA, 1980) es un manual que se utiliza como herramienta diagnóstica. Contiene una clasificación de las enfermedades mentales, brindando descripciones generales de las categorías diagnósticas.

El eje II del DSM IV-R distingue tres grupos de Trastornos de la Personalidad. El grupo A integra el Trastorno Paranoide, Trastorno Esquizoide y Trastorno Esquizotípico de la Personalidad. Involucra patrones en común de sujetos excéntricos y “raros”. El grupo B está compuesto por el Trastorno Antisocial, Trastorno Límite, Trastorno Histriónico y Trastorno Narcisista de la Personalidad. Las características en común incluyen sujetos emotivos, dramáticos e inestables. El grupo C incluye el Trastorno por Evitación, el Trastorno por Dependencia y el Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad integrando sujetos con rasgos ansiosos y temerosos (APA, 2008).

Las características centrales del trastorno refieren a un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, con un notable déficit en el manejo de la impulsividad (APA, 2008). Para efectivizar el diagnóstico, el sujeto debe cumplir con cinco de los nueve criterios diagnósticos vinculados a las mencionadas áreas de inestabilidad

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-IV-TR

DSM IV-TR
<p>Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginado. Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5. 2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. 3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. 4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5. 5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación. 6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). 7. Sentimientos crónicos de vacío. 8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). 9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Estos requisitos son relativamente laxos e implican una posibilidad de combinatoria que hacen del TLP un trastorno de gran heterogeneidad y menciona la existencia de 256 agrupaciones posibles de estos criterios pudiéndose observar sujetos con sintomatologías diferentes dentro de un mismo diagnóstico (Leichsenring, Leibing, Kruse y Leweke, 2011). Feliu Soler alude, en su tesis doctoral, a la elevada co

morbilidad del TLP con otras patologías mentales como un factor que suma complejidad al trastorno y produce limitaciones a la hora de interpretar estudios y evaluar posibles tratamientos (Skodol et al., 2002).

La nueva edición del DSM plantea una descripción del TLP desde un punto de vista dimensional, ya no de forma categorial. Esta graduación dependerá entonces de la intensidad del sufrimiento y del grado de dificultad que experimente el sujeto para relacionarse consigo mismo y con los demás (Cuevas Yust, López Pérez-Díaz, 2012). Por su parte, la clasificación de los trastornos mentales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamada CIE-10 organiza los trastornos mentales y del comportamiento en descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.

En este manual se presenta el Trastorno de la Personalidad por inestabilidad emocional tipo impulsivo y tipo límite. De acuerdo a los criterios del manual, esta categoría diagnóstica involucra a sujetos con marcada predisposición al descontrol de los impulsos sin previa reflexión de las consecuencias en los demás, frecuentes conflictos interpersonales, arrebatos de ira y violencia y una evidente inestabilidad anímica. La capacidad de planificación se encuentra deteriorada manifestándose además una particular dificultad para involucrarse en proyectos duraderos que no otorguen recompensas inmediatas (Cuevas Yust, López Pérez-Díaz, 2012, p.98).

El manual CIE-10 establece el cumplimiento de los criterios generales de un TP y al menos dos de los criterios diagnósticos para el Trastorno de la Personalidad por Inestabilidad Emocional.

Tabla 2. Criterios diagnósticos para el Trastorno por Inestabilidad Emocional de la Personalidad tipo impulsivo según el CIE-10.

Tipo Impulsivo

Deben cumplirse los criterios generales de los Trastornos de la Personalidad
Tienen que cumplirse al menos 3 de los síntomas siguientes, siendo el segundo uno de ellos:

1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados.
3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
4. Dificultades para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
5. Estado de ánimo inestable y caprichoso.

Tabla 3. Criterios diagnósticos para el Trastorno por Inestabilidad Emocional de la Personalidad tipo límite según el CIE-10.

Tipo Límite
<p>Deben estar presentes al menos 3 síntomas de los mencionados en el criterio B, a los que se le deben agregar al menos 2:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de uno mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo sexuales).2. Facilidad para involucrarse en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.4. Reiteradas amenazas o actos de agresión hacia uno mismo5. Sensaciones crónicas de vacío.

2.2. Epidemiología

El Trastorno Límite de la Personalidad es uno de los trastornos de mayor prevalencia en el campo de la psiquiatría, con una tasa del 2% en la población general (Cuevas Yust, López Pérez-Díaz, 2012, p.98), alcanzando cifras del 10% entre pacientes psiquiátricos no ingresados y entre un 15-25% en aquellos en régimen de ingreso. Como dato estadístico de especial importancia figura una prevalencia del 70% en mujeres (Gunderson & Links, 2008).

Los criterios diagnósticos revisados mencionan un comienzo temprano en la aparición de la sintomatología, sobre todo a lo largo del periodo adolescente (Miller, Muehlenkamp & Jacobson, 2008). El diagnóstico se realiza en edades comprendidas entre los 19 y los 34 años, puntualmente en pacientes pertenecientes a grupos de nivel socioeconómico medio (Swartz, Blazer, George & Winfield, 1990).

2.3. Curso y pronóstico

El Trastorno Límite de la Personalidad es tradicionalmente considerado refractario y crónico. A pesar de esto, varios estudios han arrojado pruebas de una tendencia fuerte a la remisión con el paso del tiempo (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2006).

Se trata de un trastorno de difícil tratamiento, ya sea porque la sintomatología implica altas tasas de abandono del tratamiento, como por el hecho de que los tratamientos farmacológicos no siempre son eficaces. Además, los tratamientos psicológicos disponibles tampoco han arrojado resultados satisfactorios (Cuevas Yust, López Pérez-Díaz, 2012). Estos factores de dificultad han conducido a la necesidad de crear tratamientos específicos para el TLP.

De acuerdo con Marsha Linehan (1993), aún comprobada la potencial eficacia de los tratamientos farmacológicos en pacientes con esta patología, se considera necesaria alguna modalidad de tratamiento psicosocial.

El pronóstico de los pacientes con TLP suele ser mejor que el de otras enfermedades psiquiátricas severas como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (Herpertz et al., 2007). Parecería comprobarse que el TLP no sería muy estable en el tiempo (Skodol et al., 2005). En diferentes estudios de seguimiento se revelan tasas favorables de remisión tras dos años de tratamiento en un 39% de los casos (Zanarini, Frankenburg,

Hennen & Silk, 2006), en un 85-88% tras diez años de tratamiento (Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2006) y en un 92,2% tras 27 años (Paris y Zweig-Frank, 2001).

A pesar de esto, existe un significativo deterioro funcional psicosocial en estos sujetos (Skodol et al., 2005; Lenzenweger et al., 2007; Grant et al., 2008), y menciona estudios que arrojan resultados de un 80% de deterioro en la sintomatología a lo largo de la vida del paciente (Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice, 2010).

No todos los síntomas evolucionan de igual forma como las variables de impulsividad que son las menos prevalentes y menos consistentes a lo largo del tiempo, aunque sí los más prevalentes y estables como el área relacional y afectiva (Stevenson, Meares & Comeford, 2003; Zanarini et al., 2007).

Existen variables del TLP asociadas a una evolución clínica positiva a lo largo de los años como la edad, la ausencia de abusos sexuales previos, no tener familiares con trastornos adictivos, los buenos resultados académicos y profesionales, el bajo nivel de neuroticismo y no presentar comorbilidad con el cluster C (Zanarini et al., 2006).

2.4. Etiopatogenia

Diversos factores se han relacionado con la aparición del TLP, entre ellos se han contemplado variables de tipo biológico y variables de tipo ambiental como experiencias de abuso físico, emocional y sexual en la infancia en estos pacientes así como una implicación disfuncional en los modos de crianza (Cuevas Yust, López Pérez-Díaz, 2012).

En relación al aspecto psicosocial, se ha estudiado que los pacientes con TLP presentan mayor número de eventos negativos o traumáticos durante su infancia llevando incluso a algunos autores a proponer el TLP como un tipo de trastorno por estrés post-traumático crónico (Herman, Perry & van der Kolk, 1989). De todas maneras, esto no sería condición necesaria ni suficiente para el desarrollo futuro del trastorno (Crowell et al., 2009).

Además, numerosos estudios subrayan la necesidad de poner foco en la posible incidencia de componentes genéticos en la aparición del TLP reportándose una tasa de heredabilidad del trastorno de entre el 65% y el 75% (New, Goodman, Triebwasser & Siever, 2008), además de la existencia de un alto porcentaje de trastornos del estado de ánimo en familiares de pacientes con TLP (Riso et al., 2000).

3. Tratamientos psicológicos para el TLP

Muchas y diversas han sido las opciones psicoterapéuticas para el tratamiento del TLP a lo largo de las últimas décadas: cognitivo-conductuales (TCC), psicodinámicas, interpersonales, etc. Lo cierto es que hasta finales de los años ochenta la única opción que se destacaba era la de Otto Kernberg de orientación psicodinámica (Kernberg, 1984), la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT).

Desde entonces han surgido estrategias e intervenciones enfocadas al tratamiento de los trastornos del Eje II basadas en terapia Cognitivo-Conductual así como aquellos diseñados específicamente para el TLP. En su momento destacaron las intervenciones de Beck & Young para el tratamiento de los Trastornos de la Personalidad (Beck et al., 1990; Young, 1994) así como el tratamiento para pacientes con conductas parasuicidas de Linehan (Linehan, 1987). A principios de los noventa comenzaron a presentarse los primeros estudios sobre intervenciones para pacientes con TLP con resultados positivos, que no eran otra cosa que adaptaciones de las intervenciones de TCC. Más adelante, se publicaron nuevos estudios que evaluaron la eficacia de la Terapia Basada en la Mentalización de orientación psicodinámica (TBM; Bateman & Fonagy, 2004) y de la Terapia Dialéctica Conductual de orientación conductual (TDC; Linehan et al., 1987). Vale mencionar la presencia de otras intervenciones como la terapia focalizada en la transferencia (TFT; Foelsch y Kernberg, 1998), la *Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving for BDP* (STEPPS; Blum, Pfohl, St. John, Monahan & Black, 2002) y la terapia centrada en esquemas (TCE; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

3.1. Terapia Dialéctica Conductual.

Abordaremos brevemente los aspectos claves de la TDC impulsada por Linehan, que es un tratamiento cognitivo-conductual altamente estructurado diseñado específicamente para el tratamiento del TLP.

La TDC combina técnicas de la terapia cognitivo-conductual con principios de aceptación procedentes de la tradición Zen. Se trata de una terapia que surgió de la necesidad de integración de estrategias psicoterapéuticas enfocadas al cambio en pacientes con conductas problemáticas y autolesivas y técnicas de aceptación de una realidad a veces imposible de modificar por la sola voluntad y a la que el paciente pudiera adaptarse reduciendo el nivel de sufrimiento (Feliu Soler, 2014).

Destaquemos que la TDC combina tanto psicoterapia individual como formación en habilidades para, de este modo, introducirnos en la teoría dialéctica y biosocial del TLP que hacen a la visión y supuestos básicos de la teoría (Linehan, 1993).

La TDC se basa en una visión dialéctica del mundo y ésta constituye su base. Formando parte de la terapia conductual, la “dialéctica” tiene, según Linehan, dos significados: “define una naturaleza fundamental de la realidad y hace referencia a un diálogo y a una relación persuasivas” (Linehan, 1993). La dialéctica refiere pues, al enfoque de las estrategias utilizadas por el terapeuta para llevar a cabo el cambio.

La perspectiva dialéctica de la realidad tiene tres características (Linehan, 1993):

- a) existe una interrelación fundamental que se produce en la realidad que por lo tanto es entendida como una totalidad.
- b) la realidad no es algo estático, sino un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí (tesis y antítesis) y es en la síntesis de estas fuerzas donde surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes, es así como todas las proposiciones contienen en ellas sus propias oposiciones.
- c) la naturaleza esencial de la realidad es el cambio o el proceso, en vez del contenido o la estructura, así, se sostiene que tanto el sujeto como el ambiente llevan adelante una transición permanente.

El pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas y extremas, características del TLP son fracasos dialécticos desde esta perspectiva. El individuo estaría atrapado en polaridades, incapaz de alcanzar la síntesis (Linehan, 1993).

Las tres polaridades problemáticas características del TLP podrían sintetizarse de la siguiente manera:

- necesidad de aceptación de uno mismo vs. necesidad de cambio
- obtención de aquello que se necesita vs. pérdida de ayuda si se logra una mayor competencia
- mantenimiento de la integridad personal vs. confirmación de los puntos de vista propios acerca de las dificultades frente al aprendizaje de las nuevas habilidades que ayudarían a superar el sufrimiento (Linehan, 1993).

La dialéctica tendría como objetivo centrar la atención del sujeto en estas polaridades así como sugerir maneras de escapar de ellas (Linehan, 1993).

Por su parte, la teoría biosocial del TLP sostiene que el principal pilar del trastorno sienta sus bases en la desregulación de las emociones, definida como el resultado de una combinación de cierta disposición biológica, un contexto ambiental particular y determinada transacción entre ambos factores a lo largo del desarrollo del sujeto (Linehan, 1993).

Focalizada en los sujetos con TLP, la teoría biosocial propone que estos sujetos tendrían dificultades para regular algunas, si no todas sus emociones (Linehan, 1993). De acuerdo con Linehan, se trata de una desregulación sistémica producida por la mencionada combinación de una vulnerabilidad emocional y el uso de estrategias de regulación de las emociones poco adaptativas y desajustadas. Es importante tener presente que la disposición biológica puede ser diferente en cada persona y que por lo tanto es improbable encontrar una anomalía biológica universal que se encuentre en la base del TLP (Linehan, 1993).

Como eje fundamental de la teoría biosocial para la comprensión del componente de la desregulación emocional del TLP, es importante detenernos en el rol del ambiente invalidante. Éste, constituye la circunstancia ambiental por excelencia para la producción de la desregulación de las emociones (Linehan, 1993), sobre todo si a esto combinamos una predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional. Ambos componentes se retroalimentan, el sujeto emocionalmente vulnerable será propiciador de la invalidación por parte de un medio que, quizá, en otras circunstancias sería sustentador (Linehan, 1993).

El ambiente invalidante tiende a banalizar las experiencias negativas, adjudicándolas a rasgos negativos del sujeto; por su parte, las emociones positivas intensas son asociadas a falta de juicio, imprudencia e impulsividad. El ambiente invalidante fracasa a la hora de enseñar al niño a distinguir y poner nombre a las emociones, a tolerar el malestar y a confiar en sus propias respuestas emocionales como consecuencias e interpretaciones válidas de los eventos que lo atraviesan (Linehan, 1993).

En su manual de tratamiento del TLP, Marsha Linehan (1993) explica que “La invalidación emocional, especialmente de las emociones negativas, es un estilo de interacción característico de las sociedades que premian el individualismo, incluido el autocontrol individual y el logro individual. Por lo tanto, es bastante característico de la cultura occidental en general”.

3.2 ¿Por qué TDC?

De acuerdo a lo desarrollado previamente, los objetivos de la TDC (Linehan, 1993) son: aumentar las habilidades del paciente, facilitar que estas habilidades se generalicen a la vida cotidiana, incrementar la motivación para el cambio, estructurar el entorno del paciente con el objetivo de facilitar el trabajo terapéutico, incrementar las habilidades y la motivación del terapeuta en pos de realizar un trabajo eficaz.

El modelo de intervención de la TDC parte de dos premisas: por un lado el déficit de estos pacientes a nivel de habilidades interpersonales y de autorregulación en el área emocional así como de tolerancia al malestar. En segundo lugar, existe un entorno personal en el que las habilidades conductuales propias del sujeto son inhibidas por las características de los factores externos, interfiriendo además, con el desarrollo de nuevas estrategias y habilidades, reforzando las conductas desadaptativas (Soler, 2010).

Al igual que en la TCC, partiendo del componente del ambiente invalidante, la TDC asume que muchos de los patrones de conducta desadaptativos de modulación emocional fueron aprendidos, de modo que debiera ser posible el aprendizaje y la adquisición de nuevos patrones conductuales más efectivos (Linehan, 1993).

En este punto, recordemos que, como explicamos párrafos atrás, la TDC se ejecuta sobre la base de la síntesis dialéctica de aceptación y cambio; por lo cual, una terapia enfocada pura y exclusivamente a la consecución del cambio no funcionaría, sobre todo considerando las conductas de interferencia con el trabajo terapéutico, habituales en estos pacientes (Linehan, 1993). Por otro lado, siguiendo la lógica dialéctica, una terapia focalizada únicamente en principios de aceptación tampoco funcionaría en esta población, en tanto se trata de pacientes con una necesidad imperiosa de modificar y ampliar su repertorio conductual en pos de la adquisición de habilidades más efectivas y adaptativas (Linehan, 1993). En este punto se incorporan los elementos de la filosofía Zen, a cuya tradición contemplativa se recurriría para generar el mencionado equilibrio dialéctico entre cambio y aceptación.

3.4. Estructuración de la TDC

La TDC presenta cuatro modalidades de intervención, cada uno de los cuales cumple objetivos terapéuticos distintos:

Terapia individual: cuyo encuadre implica una frecuencia habitualmente semanal, con sesiones de una hora de duración y donde la temática de abordaje de cada sesión dependerá de la situación concreta que el paciente atraviese (Feliu Soler, 2014)

Soporte telefónico: entre sesiones de terapia con condiciones previamente pactadas entre terapeuta y paciente. Esta modalidad tiene por objetivo la generalización de las habilidades aprendidas en la instancia grupal (Feliu Soler, 2014).

Entrenamiento en habilidades: habitualmente llevado a cabo de forma paralela a la terapia individual. Se realiza de forma grupal y consta de cuatro módulos: el módulo de Mindfulness (a cuyo rol central en el tratamiento dedicaremos especial atención de manera aislada), módulo de tolerancia al malestar, módulo de efectividad interpersonal y módulo de regulación emocional (Feliu Soler, 2014).

Equipo de consulta: consistente en reuniones semanales con el equipo terapéutico con el fin de recibir feedback en pos del mantenimiento del enfoque dialéctico (Feliu Soler, 2014).

4. Mindfulness

El “Mindfulness” refiere a un estado de conciencia plena, consiste en el ejercicio de prestar atención y recordar estar presente con la mayor intensidad posible (Siegel, Germer & Olendzki, 2009).

Entre los diversos abordajes del término, podemos utilizarlo para referirnos al constructo teórico de mindfulness, a su práctica, por ejemplo a través de la meditación o ya al proceso psicológico de estar presente (Feliu Soler, 2014).

El componente de la atención es fundamental y para eso recurrimos a la definición formulada por John Kabat-Zinn (1990) que define mindfulness en función de la capacidad de prestar atención de un modo particular. Esto sería, intencionadamente, en el momento presente y despojándose de juicios.

Siguiendo la perspectiva de la tradición budista, las habilidades de mindfulness se obtendrían a través de la práctica de la meditación (Grossman, 2010), sin embargo hay quienes proponen el mindfulness como un rasgo, una habilidad humana innata (Brown & Ryan, 2003), ya que personas sin experiencia en prácticas meditativas

también podrían acceder a habilidades semejantes, las diferencias se observarían a nivel de la intensidad y el control de estas habilidades (Feliu Soler, 2014).

Además de su origen como tradición contemplativa, mindfulness se ha ido involucrando en el contexto clínico psicoterapéutico, donde Germer (2005) plantea que esta práctica incluiría además de los elementos budistas mencionados (conciencia, atención e intencionalidad), la ausencia de juicio, la aceptación de la experiencia y una actitud compasiva (Siegel et al., 2009).

Contando con estos elementos, ¿cuáles serían los principales objetivos de la práctica de Mindfulness en el contexto clínico psicoterapéutico? De acuerdo con Linehan (1994) y Teasdale (1999), el objetivo de la práctica de Mindfulness en el contexto clínico tendría un objetivo doble. Por un lado ayudar al paciente a lograr una mayor conciencia de los patrones automáticos de sobreidentificación tanto conductuales como cognitivos. Por patrones automáticos de sobreidentificación, entendemos la fusión que establece el sujeto con sus contenidos mentales, pensamientos o sensaciones. De este modo, se promueve una menor reactividad cognitiva ante estos contenidos. Potenciando la capacidad de no reaccionar, se alienta a la búsqueda de recursos más eficaces, lo que repercutiría en un mayor bienestar emocional.

Por su parte, Bishop y cols. (2004) en su definición de mindfulness adaptado al contexto clínico propone dos objetivos: regular la atención con el fin de mantenerla en la experiencia inmediata y promover una actitud de curiosidad, apertura y aceptación que logre ser independiente del contenido de la experiencia o del valor que ésta tenga para el sujeto.

La práctica de Mindfulness viene creciendo como herramienta terapéutica para el tratamiento de numerosos padecimientos psíquicos y físicos así como para la adquisición de hábitos saludables y la consiguiente mejora de calidad de vida del sujeto (Grossman et al., 2004).

4.1. Mindfulness en el TLP

Lo primero que vale cuestionarse es el porqué de la importancia de esta práctica en el tratamiento del TLP. Algunos autores sostienen la idea de que la falta de mindfulness sería el componente que mejor explicaría los rasgos decisivos de la sintomatología límite de estos pacientes (Feliu Soler, 2014).

Algunos de los aspectos del TLP que podrían estar vinculados al déficit en mindfulness son la desregulación emocional (Linehan, 1993) y factores psicobiológicos asociados con la agresión impulsiva y la inestabilidad afectiva (Skodol et al., 2002).

Algunos autores como Wupperman & Newmann (2008) sostienen que en el TLP, la intención de pretender controlar la experiencia privada en lugar de “estar con” o mostrar apertura, implica un déficit en la capacidad de mindfulness. La supresión del pensamiento o la evitación también son características de regulación emocional frecuentemente utilizadas por los sujetos con TLP (Hayes et al., 2004; Rosenthal, Cheavens, Lejuez & Lynch, 2005), siendo opuestos al mindfulness.

4.2. Mindfulness en la TDC

El entrenamiento en habilidades de mindfulness es uno de los componentes nucleares de la TDC. En el contexto clínico de la TDC, el módulo de mindfulness se propone fomentar la aceptación de la experiencia y modificar la respuesta de estas personas en contextos que despiertan reacciones emocionales, en los que se dejan llevar por condicionamientos previos y caen en procesos rumiativos (Teasdale et al., 1995). Así, el módulo de mindfulness se propone modificar la relación entre el sujeto y su contenido mental, reduciendo el impacto de sus procesos cognitivos sobre la intensidad emocional, facilitando el aprendizaje de estilos conductuales más adaptativos (Hayes, Follette & Linehan, 2004).

Se pretende entonces la búsqueda de un camino intermedio entre las reacciones extremas que se desprenden del estilo cognitivo de estos pacientes, y así romper la tendencia e juzgar la realidad en términos radicales e inflexibles (Linehan, 1993).

Aquí es donde interviene el componente de la ausencia de juicio, donde la TDC se propone sustituir paulatinamente las interpretaciones de la realidad a partir de juicios por una capacidad de mayor apertura que permita observar los hechos y evaluar sus consecuencias, todo esto erradicando la tendencia automática a adjudicar juicios de valor (Hayes et al., 2004; Hayes & Fieldman, 2004). Esto, siguiendo a Linehan (1993) permitiría reducir la aparición de emociones secundarias que habitualmente promueven la escalada de intensidad y duración del malestar emocional y que, además, no colaboran en la efectiva resolución del conflicto.

Por todo lo anterior es que la práctica de mindfulness pretende embarcar a los pacientes con TLP en la búsqueda de una “mente sabia”, que se traduciría en una síntesis entre la “mente racional”, regida por la lógica y lo normativo, y la “mente emocional” de conductas estado de ánimo-dependientes (Linehan, 1993).

Habilidades *what* y *how*

El modelo de Linehan propone un entrenamiento en mindfulness que involucra el aprendizaje de dos tipos de habilidades. Estas son: habilidades “qué” (*what*) y habilidades “cómo” (*how*) (Linehan, 1993; Dimidjian & Linehan, 2003). Constituyen las habilidades nucleares de mindfulness.

Las habilidades “qué” incluyen la siguiente secuencia: aprender a observar, describir y participar con el objetivo de desarrollar una forma de vida donde se lleve a cabo este actuar de manera consciente. Por su parte, las habilidades “cómo” atienden a la manera en que se llevan a cabo las habilidades “qué” (Linehan, 1993; Lynch et al., 2006).

Feliu Soler (2014) explica que, entre las habilidades “qué”, aprender a observar implica focalizar la atención tanto en las experiencias internas (emociones y pensamientos), como en las externas (sensaciones), de manera conceptual, evitando formular juicios e interpretaciones. El objetivo es promover el ejercicio de la conciencia de lo que está sucediendo de modo de ser capaz de escoger qué hacer con eso que sucede.

De acuerdo con Segal et al. (2002), esta habilidad “qué” se ve representada en otras intervenciones a través del concepto “ser” o “estar” con la experiencia. Por eso, para el entrenamiento de esta habilidad se trabaja con experiencias sensoriales como el sabor de los alimentos, la respiración, involucrando también las actividades cotidianas como lavar los platos, promoviendo focalizar la atención en lo sensorial.

Por su parte, la habilidad para describir es entendida en la TDC como la capacidad para expresar en palabras de forma sintética y sin juzgar, aquello que es objeto de observación. Se promueven ejercicios para identificar y etiquetar distintos aspectos de la experiencia, como emociones, pensamientos y sensaciones para luego dejarlos ir sin aferrarse a ellos (Feliu Soler, 2014).

Las habilidades descritas permiten visualizar los objetos mentales como producidos por la propia mente para, en consecuencia, desvanecer la identificación con ellos. Este cambio de perspectiva que se produce entre el sujeto y el objeto de la experiencia es

uno de los efectos positivos del entrenamiento en mindfulness sobre la regulación emocional, se trata de la habilidad de defusión o *decentering* (Fresco, Segal, Tom & Kennedy, 2007).

Feliu Soler (2014) explica que el entrenamiento en estas habilidades permite identificar los pensamientos como pensamientos y no como hechos, lo cual se traduciría en una transición del sujeto que se encontraba fundido con la experiencia a aquel que no se fusiona con el pensamiento y logra tomar distancia del mismo.

Por último, la participación es la última de las habilidades “qué” y el objetivo final del entrenamiento en mindfulness en el marco de la TDC. Requiere del entrenamiento atencional llevado a cabo en las habilidades previas. La habilidad de participación recuerda al concepto *flow*, e implica ser uno mismo con la experiencia actual, focalizado en la acción de manera espontánea y fluida (Csikszentmihalyi, 1990, Welch et al., 2006).

El objetivo del entrenamiento en estas habilidades es la promoción del control del sujeto sobre los procesos atencionales, la adquisición de una mente más “sabia” y el experimentar un sentido de unidad, tanto de manera global como con ellos mismos y los demás (Linehan, 1993; Lynch et al., 2006).

Por su parte, Feliu Soler (2014) explica que la actitud en la práctica de las habilidades “qué” se define a través del entrenamiento en habilidades “cómo”, que son las siguientes: focalizarse en una sola cosa en cada momento (*one-mindfully*), adoptar una postura no juiciosa y actuar de forma orientada a la eficacia.

La primera de estas tres habilidades se fundamenta en la dificultad de las personas con TLP para focalizar la atención, en tanto la rumiación los distrae empeorando además su estado de ánimo y dificultándoles involucrarse completamente en las actividades que realizan (Linehan, 1993).

De acuerdo con Linehan (1993), la TDC no se propone modificar o invertir los juicios formulados por el sujeto, sino dejar de juzgar. Para esto, en lugar de juzgar se promueve describir las consecuencias negativas que los acontecimientos tienen por el sujeto, de modo de sugerir cambios en las conductas o en los acontecimientos pero evitando formular juicios. De este modo, se modifican las tendencias automáticas a reaccionar de manera determinada, para pasar a observar la emoción sin dejarse llevar por ella. Esto genera cambios en los significados asignados a las experiencias,

pudiendo percibir las de manera objetiva y así incluso, poder cambiar las emociones que se experimentan (Hayes et al., 2004; Lynch et al., 2006).

Para Hayes et al. (2004), el entrenamiento en mindfulness no se propone reducir las emociones primarias sino limitar las respuestas emocionales secundarias. Esto es, aquellos patrones automáticos de respuesta y las evaluaciones cognitivas que aumentan el sufrimiento en estos pacientes.

La tercera de las habilidades “cómo” busca compensar la tendencia a reaccionar de manera ánimo-dependiente que tienen los pacientes con TLP para pasar a hacer lo necesario y eficaz para alcanzar los objetivos. Es característico del TLP la preocupación por saber qué “está bien hacer” o la desconfianza en el criterio propio, por eso, esta última habilidad apunta a la eficacia de la acción en pos del objetivo y para la creación de memorias de éxito que promuevan la percepción de autoeficacia y el autoestima (Linehan, 1993).

Aunque no contamos con demasiada evidencia empírica al respecto, desde un punto de vista teórico la práctica de mindfulness podría resultar especialmente beneficiosa para pacientes con TLP por varias razones. En primer lugar, la práctica podría asociarse a un incremento de la conciencia, la atención y la aceptación de la experiencia en el aquí y ahora, promover la facilitación del procesamiento emocional de manera más eficaz, ejercitar la tolerancia al malestar reduciendo en consecuencia la tendencia a la acción impulsiva (Teasdale et al., 2002). Además, la práctica de mindfulness favorecería la capacidad del sujeto para desvincularse del contenido de la experiencia promoviendo mayor apertura a las distintas opciones de respuestas más adaptativas que se despliegan para enfrentar las situaciones (Teasdale et al., 1995, 2002). A partir del ejercicio de mindfulness el sujeto podría ser capaz de comenzar a reconocer las señales propias de escalada emocional de modo de permitirse utilizar estrategias más eficaces en un momento en que las emociones aún sean posibles de manejar (Bowen et al., 2009).

Otro de los efectos de esta práctica se refleja en la reducción de la tendencia de los individuos con TLP a auto invalidarse a través de la sustitución del juicio de las situaciones por la identificación de lo que está sucediendo y de sus consecuencias (Feliu Soler, 2014). Así, se ayuda al paciente a no evadir la experiencia dolorosa y, en vez de eso, a afrontarlas de manera adaptativa y eficaz (Bijttebier & Vertommen, 1999; Chapman, Specht & Cellucci, 2005; Selby et al., 2009). Además, mindfulness colabora

en el incremento de la experiencia de unidad de uno mismo, de los otros y la vivencia de totalidad (Hayes et al., 2004).

Esto acá queda descolgado, lo sacaría.

5. Alteraciones atencionales en el TLP

El mindfulness puede considerarse una técnica atencional y por tanto uno de los mecanismos de acción estaría dado por cambios producidos a nivel atencional.

Para pasar a desarrollar los efectos de la práctica de mindfulness a nivel de los procesos atencionales, resulta clave detenernos en estudios que resaltan alteraciones neuropsicológicas en aspectos atencionales en pacientes con TLP.

Ruff y Rothbart (1996) sostienen que los procesos atencionales se vinculan estrechamente con la auto-regulación, entendida como la habilidad para modular el comportamiento de acuerdo a las demandas cognitivas, emocionales y sociales de situaciones específicas. La autorregulación pone énfasis en el control inhibitorio, en estrategias de resolución de conflicto, memoria y auto monitoreo.

Algunas de las alteraciones cognitivas que presentan pacientes con TLP afectan directamente a la memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas (Dell'Osso, Berlin, Serati, & Altamura, 2010). Concretamente las alteraciones atencionales podrían estar más relacionadas a la resolución de conflictos que a otras funciones atencionales como el alerta (Soler, Valdepérez, Feliu-Soler, Pascual, Portella, Martín-Blanco, Álvarez, Pérez, 2012).

Parte del déficit atencional observado en estos pacientes, respondería a dificultades a nivel del llamado *effortful control* (EC) que podría desenvolverse en conjunto con una pobre socialización en el desarrollo de la sintomatología del TLP (Posner et al., 2002).

El EC puede entenderse como un rasgo temperamental. Rothbart y Bart (2006) definen el temperamento como las diferencias individuales en la reactividad y autorregulación en distintas áreas: afectiva, actividad y atencional. El EC es el componente regulatorio del temperamento. Involucra la capacidad de inhibir o activar una respuesta de forma voluntaria y la capacidad de dirigir voluntariamente la atención, sobre todo en relación a metas y objetivos (Rothbart, Bart, 2006).

La interacción entre temperamento y el entorno es central en el desarrollo del autocontrol, el control emocional, la empatía y el comportamiento social (Clarkin, Posner, 2005), áreas frecuentemente afectadas en el TLP. Dificultades en el EC podrían relacionarse con la inestabilidad personal, la impulsividad y las dificultades en el control de las emociones (Clarkin, Posner, 2005).

Aunque no sería correcto asumir que un EC disminuido y una alta predisposición temperamental a la afectividad negativa conduzcan inexorablemente al desarrollo del TLP, se sospecha que si esas disposiciones temperamentales se encuentran con un ambiente invalidante pueden contribuir al desarrollo del trastorno (Clarkin, Posner, 2005).

La mayor ventaja de concebir la atención en relación a la autorregulación es que permite vincular el desarrollo de las redes neuronales específicas a la habilidad del sujeto para regular sus pensamientos y emociones (Rueda, Posner, Rothbart, 2013).

Existe la creencia de que la atención es una propiedad general de todo el cerebro, pero estudios de neuroimagen han mostrado redes específicas de áreas neuronales involucradas en funciones relacionadas a la atención: alerta, orientación y control ejecutivo. Las redes atencionales tienen como principal propósito la influencia en la operación de otras redes cerebrales (Posner et al., 2006).

El mindfulness puede considerarse una técnica atencional y por tanto uno de los mecanismos de acción estaría dado por cambios producidos a nivel atencional.

Para pasar a desarrollar los efectos de la práctica de mindfulness a nivel de los procesos atencionales, resulta clave detenernos previamente en estudios que revelan alteraciones neuropsicológicas en aspectos atencionales en pacientes con TLP.

El Attention Network Test (ANT; Fan, McCandliss, Sommer, Raz, Posner, 2002) se utiliza para evaluar la eficiencia en los tres aspectos de la atención: alerta, orientación y resolución de conflictos.

El ANT fue utilizado en varias oportunidades para evaluar el perfil atencional de las personas con TLP. Clarkin y Posner (2005) describen una aplicación que se llevó a cabo con tres grupos de personas, uno de ellos compuesto por sujetos con TLP, el segundo compuesto por personas que manifestaban un perfil temperamental similar al de las personas con TLP (alta afectividad negativa, y EC descendido) y por último un grupo de control compuesto por personas cuyos resultados de afectividad negativa y EC fueron cercanos al promedio en ambas variables.

A partir de esta evaluación, se evidencia una diferencia estadísticamente significativa en la red de resolución de conflicto entre las personas del grupo con TLP y los dos grupos de control. No así en las otras dos redes atencionales ni en los tiempos de reacción generales o rangos de error que se mantuvieron similares en los tres grupos (Posner et al., 2003).

Los resultados de conflicto de los sujetos del grupo con TLP, muestran una anomalía en la habilidad de estos sujetos para ejercitar el control sobre su cognición y emociones conflictivas (Bush, Luu, Posner, 2000).

Estos resultados indican dos descubrimientos importantes sobre las personas con TLP. Primero, existe una anomalía particular en el funcionamiento de la red atencional específicamente involucrada en la resolución de conflictos. Los otros dos componentes del sistema atencional (alerta y orientación) no parecen estar dañadas en estos pacientes en relación a los grupos de control (Clarkin, Posner, 2005).

Segundo, la anomalía está presente en pacientes con TLP pero no en el grupo temperamental. A pesar de que el grupo temperamental mostró resultados de conflicto muy elevados, éstos no difieren demasiado de los del grupo de control. Se concluye entonces que el temperamento juega un rol en el trastorno, posiblemente a la hora de predisponer al sujeto a desarrollar TLP pero otros factores deben estar presentes como la formación de la alteración de la identidad y serios estresores ambientales (Clarkin, Posner, 2005).

Si hacemos foco en la función atencional afectada en pacientes con TLP, como se demostró a través del ANT, los resultados manifiestan un compromiso a nivel de la red de resolución de conflicto. El conflicto, inducido por un estímulo, es representativo de situaciones en las que diferentes redes neuronales compiten por el control de la conciencia o el output. Por eso, se ha determinado aquí el rol fundamental de la red de atención ejecutiva porque regula la actividad en otras redes cerebrales involucradas con el pensamiento y la emoción (Crottaz-Herbette, Menon, 2006; Etkin, Egner, Peraza, Kandel, Hirsch, 2006). Esta red tiene un enorme desarrollo en la infancia y su maduración está relacionada a lo que en psicología evolutiva se define como autorregulación y que conceptualizamos párrafos atrás (Posner et al., 2006).

5.1. Mecanismos de acción del mindfulness: impacto a nivel atencional

Las intervenciones en mindfulness han dado un rumbo alternativo al entrenamiento del control atencional. Tradicionalmente este entrenamiento tenía el objetivo puesto en la regulación emocional promoviendo el desplazamiento del foco de atención en los estímulos estresantes para focalizarlo en contenidos más agradables. Por su parte, mindfulness propone un entrenamiento del control atencional dirigido a mantener el foco de atención en los distintos elementos de la experiencia para promover la extinción de la respuesta emocional condicionada (Hölzel et al., 2011). Para esto es clave la observación en actitud de curiosidad y aceptación así como mantener distancia de la calidad del objeto observado, sin juzgarlo (Kabat-Zinn, 1990; Segal et al., 2002).

Mindfulness es, en sí mismo, una técnica de entrenamiento atencional. A través de ejercicios para focalizar la atención en un objeto, ya sea interno como externo, se potencia la capacidad para controlar este foco atencional permitiéndose una mejor regulación emocional. Los beneficios a nivel de regulación emocional se desencadenan a partir de la capacidad para desprenderse atencionalmente de estímulos facilitadores de la emoción en situaciones difíciles, pasando a centrarse en otros estímulos menos cargados emocionalmente (Philippot, Schaefer & Herbette, 2003). Se capacita al sujeto para que logre extender el foco atencional a otros elementos de la experiencia que trasciendan los estímulos emocionales negativos (Feliu Soler, 2014).

Varios autores sostienen que la práctica de mindfulness interviene en cuatro aspectos de la atención: atención sostenida, atención selectiva, la capacidad de *switching* o de cambiar el foco atencional y la *monitoring faculty* o capacidad para monitorear la experiencia (Bishop et al., 2004; Jha, Krompinger & Baime, 2007; Chiesa, Calati & Serretti, 2011; Lutz et al., 2008; MacLean et al., 2010; Slagter et al., 2007).

El primero de estos aspectos refiere a la capacidad para mantener la atención durante periodos extendidos de tiempo. La atención selectiva remite a la capacidad de seleccionar información, la capacidad para cambiar el foco atencional alude a la capacidad de pasar de un foco a otro y la capacidad de monitoreo refiere a la habilidad para detectar desvíos atencionales, también definida como *mind-wandering* (Feliu Soler, 2014).

Por su parte, Schmertz, Anderson y Robins (2008) han reportado un correlato entre la atención sostenida y el entrenamiento en mindfulness. Además, se sospecha que las

mejoras en el control atencional vinculadas a mindfulness mediarían la relación entre la ansiedad y las habilidades en mindfulness (Walsh, Balint, Smoolira, Fredericksen, & Madsen, 2009).

En relación al manejo de la impulsividad, Sahdra y cols. (2011) estudiaron efectos de mindfulness sobre la inhibición de la respuesta, que es también un elemento indicativo de control atencional así como sus consecuencias a nivel psicosocial.

El entrenamiento en mindfulness parecería tener sus propios tiempos y muchos objetivos tienen su correlato en distintas etapas de esta práctica. Así es como se asocia el progreso a nivel de la atención selectiva con las primeras etapas de mindfulness, del mismo modo en que las mejoras a nivel de atención sostenida estarían asociadas a una mayor experiencia en meditación (Chiesa, Calati & Serretti, 2011).

Mindfulness representa un constructo complejo que estaría compuesto por dos dimensiones claves a tratar: la conciencia al momento presente y la aceptación (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow, 2008).

El rol de la cognición a la hora de sostener estos dos elementos constitutivos de la práctica de mindfulness ha sido elaborado a través de diversos modelos teóricos. El componente de la conciencia es llevado a cabo a través de la autorregulación atencional, esto sería observar y atender a los cambios del pensamiento, emociones y sensaciones momento a momento (Bishop et al., 2004). La conciencia al momento presente requiere atención sostenida para mantener el foco en las experiencias durante largos periodos.

Por su parte, el componente de aceptación refleja una vivencia de la experiencia caracterizada por una actitud exenta de juicios hacia eventos internos y externos de modo que el sujeto se abra al momento presente (Bishop et al., 2004).

Estas dimensiones de la práctica de mindfulness revelan un proceso relacional en el que el sujeto se encuentra abierto y receptivo a la experiencia y donde, el tiempo y la práctica lo conducen a niveles cada vez más altos de complejidad cognitiva (Ruocco, Direkoglu, 2012). De este modo, la práctica continua de mindfulness con la presencia del componente de la aceptación conduciría a progresos en la distinción de pensamientos, emociones y sensaciones (Brown & Ryan, 2003).

Algunos estudios han contribuido a demostrar la relación entre la atención sostenida y la práctica de mindfulness. Schmertz, Anderson y Robins (2009) evaluaron la relación entre diversas prácticas en mindfulness y los índices de desempeño en un test neuropsicológico computarizado de desempeño visual en atención sostenida llamado Conners Continuous Performance Test-II (CPT-II; Conners, 2000) en el que se solicita al sujeto que presione un botón en respuesta a un estímulo (cualquier letra excepto la x).

Los resultados indicaron que los niveles más bajos de tratamiento en la dimensión de la conciencia estuvieron asociados a una mayor frecuencia en errores de omisión, como fallas en la respuesta al estímulo. Esto sugeriría que niveles bajos de conciencia al momento presente podrían predisponer al sujeto a lapsos breves de atención sostenida visual. Por el contrario, la variabilidad en los tiempos de respuesta al estímulo a lo largo del desempeño de la tarea no guardó relación con los resultados de la práctica en mindfulness (Ruocco, Direkoglu, 2012).

Otro estudio llevado a cabo por Mrazek, Smallwood y Scholler (in press) demostró que los niveles más altos de acierto en una evaluación de atención sostenida visual podrían relacionarse a una mayor adquisición de conciencia al momento presente a través de la práctica de mindfulness. Además, esta investigación arrojó que los niveles más bajos de conciencia estuvieron asociados a tiempos de respuesta inconsistentes, lo cual entraría en contradicción con los hallazgos del estudio anterior, en el que esta relación no fue notificada.

Tomados en conjunto, los resultados de algunos estudios avocados a este tema indicarían que los mayores niveles de tratamiento a través de mindfulness estarían asociados a una mayor exactitud en la detección de estímulos visuales en tareas de atención sostenida (Ruocco, Direkoglu, 2012).

5.2. Efectos del mindfulness en el TLP.

Como también explicamos previamente, mindfulness es uno de los cuatro módulos que hacen al funcionamiento de la TDC. Existen estudios que indican que las habilidades practicadas con mayor frecuencia en la población con TLP en el marco de una TDC, son las de mindfulness junto con aquellas de tolerancia al malestar (Lindenboim, Comtois & Linehan, 2007).

Mindfulness tiene un rol central en el entrenamiento de habilidades de la TDC, por eso se habla de mindfulness como un componente nuclear de la terapia, formando parte de todos los módulos (Linehan, 1993).

El TLP involucra disfunciones cognitivas que afectan varios dominios como la atención, la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas (Dell'Osso, Berlin, Serati & Altamura, 2010). La atención se resalta como una función específicamente afectada en estos sujetos (Seres, Unoka, Bódi, Aspán & Kéri, 2009), lo que podría estar más asociado a la red de resolución de conflictos que otras funciones atencionales como el alerta o el tiempo de respuesta. Parte del déficit atencional manifestado por estos pacientes podría estar vinculado a un EC descendido que se presume, actuaría en conjunto con habilidades sociales precarias en el desarrollo de la sintomatología del TLP (Posner et al., 2002).

El rol de la atención en mindfulness es primordial y juega un papel central en muchos modelos de entrenamiento en mindfulness. Así es como sus practicantes generalmente están instruidos en focalizar la atención en un objeto que puede ser tanto interno (pensamientos) como externo (sensaciones). Si la atención se dispersa hacia otro estímulo, el entrenamiento en mindfulness promueve la conciencia en esta distracción mientras se invita amablemente al sujeto a reenfocar la atención en el objeto original (Soler, Valdepérez, Feliu Soler, Pascual, Portella, Martín-Blanco, Álvarez, Pérez, 2012).

A pesar de que mindfulness debiera, en teoría, incrementar las cuatro áreas de la atención explicadas párrafos atrás (atención sostenida, atención selectiva, la capacidad de *switching* y la *monitoring faculty*), algunos estudios han investigado este tema en profundidad.

Un estudio específico utilizó tres grupos de individuos. Se comparó a un grupo de principiantes en la práctica de mindfulness en el marco del programa Mindfulness-based stress reduction (MBSR) con un grupo de practicantes expertos retomando tratamiento y un tercer grupo de control con sujetos sin experiencia en mindfulness (Jha et al., 2007). Los autores reportaron que la intervención MBSR condujo a progresos en el subsistema atencional de orientación así como mayores niveles de alerta luego de un mes de retomar el tratamiento (Jha et al., 2007).

Además, en un estudio aleatorio, que incluyó a participantes familiarizados con prácticas meditativas intensas, la atención sostenida voluntaria se incrementó luego de tres meses de retomar el tratamiento (MacLean et al., 2010).

Los progresos en la atención selectiva y ejecutiva aún podrían estar asociados a tratamientos tempranos en atención focalizada, mientras que progresos en habilidades de atención sostenida sin focalizar podrían estar relacionadas con posteriores prácticas de monitoreo abierto u observación sin juicio (Chiesa et al., 2011).

Los estudios referidos entre tantos otros, han demostrado que periodos extensos de práctica formal en mindfulness se asociaron a una importante reducción en síntomas depresivos y confusionales. Además, el nivel de reactividad a experiencias internas también disminuyó con prácticas extensas. Sin embargo, ninguna de las variables cognitivas deficitarias se vio modificada por el factor temporal de la práctica en mindfulness (Soler et al., 2012). La práctica regular de la meditación a través de mindfulness es uno de los aspectos esenciales que debieran desembocar en beneficios terapéuticos de programas basados en la práctica de mindfulness (Kabat-Zinn, 1990; Kabat-Zinn et al., 1998).

6. Conclusiones

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una enfermedad psiquiátrica severa. Manifiesta, al igual que el resto de los TP, déficit en el funcionamiento de la personalidad. A pesar de su alta prevalencia y de sus elevadas tasas de suicidio, se trata de un trastorno relativamente nuevo en el terreno de la psicopatología, donde aún permanecen discusiones en relación a si se trata de un constructo unitario o si está formado por varios subtipos. La gran heterogeneidad en su sintomatología y la elevada comorbilidad con otras enfermedades mentales suman complejidad al trastorno tanto a la hora del diagnóstico como de su tratamiento. Además, numerosos estudios apuntan a una posible incidencia de componentes genéticos reportándose una alta tasa de heredabilidad del trastorno.

Enmarcado dentro de la clasificación propuesta por el DSM IV-R (APA, 2008), el TLP forma parte del Grupo B dentro de los TP, que incluye además al Trastorno Antisocial,

el Trastorno Histriónico y el Trastorno Narcisista de la Personalidad. Este grupo involucra patrones comunes de emotividad, dramatismo e inestabilidad.

De comienzo temprano y alta prevalencia en mujeres, sus principales características refieren a un patrón general de inestabilidad funcional psicosocial, distorsiones a nivel de la autoimagen y un notable déficit en el manejo de la impulsividad sin previa reflexión en relación a las consecuencias sobre sí mismos y el entorno (APA, 2008). El sujeto con TLP encuentra deteriorada su capacidad de planificación así como dificultades a la hora de involucrarse en proyectos duraderos sin recompensas inmediatas.

Las dificultades en el tratamiento de esta patología, debidas entre otros factores a las altas tasas de abandono así como a tratamientos farmacológicos no siempre eficaces, han conducido a tratamientos psicológicos sin resultados satisfactorios desembocando en la necesidad de diseñar un tratamiento específico para el TLP. Debido a las características de este cuadro psicopatológico y en base a lo desarrollado en relación a la teoría biosocial de Marsha Linehan (1993), se considera necesaria alguna modalidad de tratamiento psicosocial para estos pacientes.

Entre las diversas opciones psicoterapéuticas para el tratamiento del TLP en las últimas décadas se encuentran las cognitivo-conductuales, psicodinámicas, interpersonales; destacándose únicamente la orientación psicodinámica de Otto Kernberg (1984) hacia finales de los ochenta: la TFT.

Desde entonces y tras la insuficiencia de las opciones mencionadas, han surgido intervenciones psicoterapéuticas, con base en la corriente cognitivo-conductual, diseñadas específicamente para el tratamiento del TLP.

En esta línea, la TDC surgiría como una opción de eficacia comprobada, cuyo tratamiento altamente estructurado combina técnicas de la TCC con principios de aceptación enraizados en la tradición Zen.

La TDC, integra estrategias psicoterapéuticas enfocadas al cambio en sujetos con conductas problemáticas y técnicas de aceptación, promoviendo la adaptación en pos de reducir el nivel de sufrimiento. Esto último hunde sus raíces en una visión dialéctica del mundo que propone que la esencia de la realidad se halla en el cambio y el proceso. Así, tanto sujeto como ambiente son partícipes de una transición permanente.

Además de la visión dialéctica, la teoría biosocial (Linehan, 1993) resulta ser un pilar sustancial de la TDC. Ésta, propone que el TLP sienta sus bases en la desregulación

sistémica de las emociones. En la teoría biosocial, Linehan prioriza la función del entorno invalidante; circunstancia ambiental ideal que, en combinación con una predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional, colabora en la configuración del TLP.

A nivel de estructuración práctica, la TDC combina terapia individual con formación en habilidades y el rol medular de la práctica en mindfulness.

Ya sea en su acepción teórica como en su ejercicio práctico, el término mindfulness alude a un estado de conciencia plena, en cuya práctica formal a través de la meditación, se encuentra fuertemente arraigado el componente atencional, que es aquel que va a permitir al sujeto adquirir la habilidad de estar presente en el momento actual, intencionadamente y despojado de juicios (Kabat-Zinn, 1990). Para ello, se torna fundamental la enseñanza de habilidades *what* (aprender a observar, describir y participar, “ser” o “estar” con la experiencia) y *how* (*one-mindfully*, adoptar una postura no juiciosa y actuar de forma orientada a la eficacia).

Teniendo en cuenta la sintomatología del TLP, el ejercicio formal de mindfulness en el marco de la TDC tiene por objetivo lograr que el sujeto adquiriera mayor conciencia de sus patrones automáticos de sobreidentificación tanto conductuales como cognitivos para luego apuntar a disminuir la reactividad cognitiva frente a los contenidos mentales que resultan poco tolerables. Esto se debe a que los sujetos con TLP tienden a fusionarse excesivamente con sus pensamientos de modo que terminan juzgando la realidad de manera radical e inflexible porque no toman la debida distancia de sus contenidos mentales (*decentering*).

Existen determinadas alteraciones a nivel de las funciones cognitivas en las personas con TLP. Algunas de estas alteraciones afectan a la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas y la atención (Dell’Osso, Berlin, Serati, & Altamura, 2010). Los procesos atencionales se encuentran relacionados a la función autorregulatoria (Ruff y Rothbart, 1996).

El déficit atencional observado en estos pacientes se encuentra vinculado a dificultades a nivel de EC, entendido como el componente regulatorio del temperamento, involucrándose en la activación/inhibición de las respuestas y la dirección voluntaria de la atención. Así, la interacción entre temperamento y entorno resulta clave para el posterior desarrollo del autocontrol, el comportamiento social, la regulación de las emociones y el desarrollo de la empatía (Rothbart, Bart, 2006).

Diversos estudios han arrojado resultados que revelan dificultades puntuales a nivel de la red atención ejecutiva, involucrada en la resolución de conflictos, pudiéndose deducir el rol clave del componente temperamental en la sintomatología límite.

A la luz de lo anterior, se concluye que mindfulness se constituye en técnica atencional desde el momento en que sus mecanismos de acción producen cambios a nivel de esta función a través de ejercicios que potencian la capacidad para controlar el foco atencional en estímulos tanto internos como externos y así permitir una mejor regulación emocional. De esta forma, la regulación emocional se incrementa a partir del momento en que el sujeto logra desprenderse atencionalmente de estímulos facilitadores de emociones en situaciones conflictivas, capacitando al sujeto para que extienda el foco atencional a otros elementos que trasciendan lo emocional negativo.

Se observa un correlato entre el entrenamiento en mindfulness y mejoras constatadas a nivel de los siguientes cuatro aspectos de la función atencional: la atención sostenida, la atención selectiva, la capacidad de *switching* y la *monitoring faculty*.

Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2008). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM- IV-TR (4ª edición). Barcelona: MASSON.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. USA: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Davis, D. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Bijttebier, P. & Vertommen, H. (1999). *Coping strategies in relation to personality disorders*. *Personality and Individual Differences*, 26, 847-856.

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). *Mindfulness: A proposed operational definition*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Blum, N., St. John, D., Monahan, P. & Black, D. W. (2002). *STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder – a preliminary report*. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E. & Marlatt, A. (2009). *Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial*. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). *The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Bush, G., Luu, P. & Posner, M. I. (2000). *Cognitive and emotional influences in the anterior cingulate cortex*. *Trends in Cognitive Science*, 4, 215-222.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E. & Farrow, V. (2008). *The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia mindfulness scale*. *Assessment*, 15(2), 204-223.
- Chapman, A. L., Spetch, M. W. & Cellucci, T. (2005). *Borderline personality disorder and deliberate selfharm: Does experiential avoidance play a Role?* *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(4), 388-399.
- Chiesa, A., Calati, R. & Serretti, A. (2011). *Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings*. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 449-64.
- Clarkin, J. F., Posner, M. (2005). *Defining the Mechanisms of Borderline Personality Disorder*. *Psychopathology*, 38: 56-63.

- Conners, C. K., (2000). *Conners' continuous performance test II: Computer program for windows technical guide and software manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

- Crottaz-Herbette, S. & Menon, V. (2006). *Where and when the anterior cingulate cortex modulates attentional response: Combined fMRI and ERP evidence*. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18, 766-780.

- Crowell, S., Beauchaine, T. & Linehan, M. (2009). *A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory*. *Psychological bulletin*, 135 (3), 495-510.

- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper and Row.

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

- Dell'Osso, B., Berlin, H. A., Serati, M. & Altamura, A.C. (2010). *Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder*. *Neuropsychobiology*, 61, 169-179.

- 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, 166-171.

- Etkin, A., Egner, T., Peraza, D. M., Kandel, E. R. & Hirsch, J. (2006). *Resolving emotional conflict: A role for the rostral anterior cingulate cortex in modulating activity in the amygdala*. *Neuron*, 51, 871-882.

- Fan, J., McCandliss, B. D., Sommer, T., Raz, M. & Posner, M. I. (2002). *Testing the efficiency and independence of attentional networks*. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 3(14), 340-347.

- Feliu Soler, A. (2014). *Caracterización del Trastorno Límite de la Personalidad y efectos del entrenamiento en mindfulness*. Tesis doctoral. Barcelona: España. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Foelsch, P. A. & Kernberg, O. F. (1998). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorders*. *Psychotherapy in Practice*, 4(2), 67-90.
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Tom, B. & Kennedy, S. (2007). *Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 447-455.
- Germer, C. K. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. In Germer, C. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.). *Mindfulness: What is it: What does it matter?* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., et al. (2008). *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: result from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545.
- Grossman, P. (2010). *Mindfulness for psychologists: Paying kind attention to the perceptible*. *Mindfulness*, 1, 87-97.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). *Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis*. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Gunderson, JG. Kolb, JE. (1978) *Discriminating features of borderline patients*. *Am. J. Psychiatry*; 135 (7): 792-796.
- Gunderson, J. G., Links, P. S. (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide (2nd ed.)*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Wen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A. & Skodol, A. E. (2011). *Ten-year course of borderline personality disorder:*

psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. Archives of General Psychiatry, 68(8), 827-837.

- Hayes, A. M. & Feldman, G. (2004). *Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy*. Clinical Psychology: Science and Practice, 11, 255-262.

- Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). *Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model*. Psychological Record, 54, 553-578.

- Herman, J. L., Perry, J. C. & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 146(4), 490-495.

- Herpertz, S. C., Zanarini, M., Schulz, C. S., Siever, L., Lieb, K., Moller, H. J., et al. (2007). *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders*. World Journal of Biological Psychiatry, 8(4), 212-244.

- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T. & Lazar, S. W. (2011). *Mindfulness practice leads to increases in regional brain grey matter density*. Psychiatry Research: Neuroimaging, 191(1), 36-43.

- Jha, A. P., Krompinger, J. & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience, 7, 109-119.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: NY Delacorte Press.

- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, Z., Scharf, M., Croyley, T., et al. (1998). *Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA)*. Psychosomatic Medicine, 50, 625-632.

- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.

- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. & Leweke, F. (2011). *Borderline personality disorder*. *Lancet*, 377 (9759), 74-84.

- Lenzenweger, M., Lane, M., Loranger, A., Kessler, R. (2007). *Personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Biological Psychiatry*, 62, 553-564.

- Lindenboim, N., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2007). *Skills practice in dialectical behaviour therapy for suicidal women meeting criteria for borderline personality disorder*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 147-156.

- Linehan, M. M., (1987). *Dialectical behavioural therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide*. *Journal of Personality Disorders*, 1(4), 328-333.

- Linehan, M. M. (1993). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona, España: Paidós.

- Linehan, M. M. (1994). *Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy*. En S. C. Haynes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 73-86). Reno, NV: Context Press.

- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., Davidson, R. J. (2008). *Attention regulation and monitoring in meditation*. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163-9.

- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., Linehan, M. M. (2006). *Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy: theoretical and empirical observations*. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.

- MacLean, K. A., Ferrer, E., Aichele, S. R., Bridwell, D. A., Zanesco, A. P., Jacobs, T. L., King, B. G., Rosenberg, E. L., Sahdra, B. K., Shaver, P. R., Wallace, B. A., Mangun, G. R. & Saron, C. D. (2010). *Intensive meditation training improves perceptual discrimination and sustained attention*. *Psychological Science*, 21(6), 829-39.

- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J. & Jacobson, C. M. (2008). *Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents*. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 969-981.
- Mrazek, M. D., Smallwood, J. & Scholler, J. W. (in press). *Mindfulness and mind-wandering: Finding convergence through opposing constructs*. *Emotion*. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026678>.
- New, A. S., Goodman, M., Triebwasser, J. & Siever, L. J. (2008). *Recent advances in the biological study of personality disorders*. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 441-61.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. OMS, Ginebra.
- Paris, J. & Zwig-Frank, H. (2011). *A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder*. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.
- Philippot, P., Schaefer, A. & Revete, G. (2003). *Consequences of specific processing of emotional information: Impact of general versus specific autobiographical memory priming on emotion elicitation*. *Emotion*, 3, 270-283.
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Thomas, K. M. & Clarkin, J. F. (2002). *Attentional mechanisms of borderline personality disorder*. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 99, 16366-16370.
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Thomas, K. M., Levy, K. N., Fossella, J., Silbersweig, D., Stern, E., Clarkin, J. & Kernberg, O. (2003). *An approach to the psychobiology of personality disorders*. *Development and Psychopathology*, 15, 1093-1106. Cambridge, University Press.
- Posner, M. I., Sheese, B. E., Odludas, Y. & Tang, Y. (2006). *Analyzing and shaping human attentional networks*. *Neural Networks*, 19, 1422-1429.

- Riso, L. P., Klein, D. N., Anderson, R. L. & Ouimette, P. C. (2000). *A family study of outpatients with borderline personality disorder and no history of mood disorder*. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 208-217.

- Rosenthal, M., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W. & Lynch, T. R. (2005). *Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms*. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1173-1185.

- Rueda, M., Posner, M. I. & Rothbart, M. K. (2013). *Attentional Control and Self-Regulation*. En Vohs, K. D. & Baumeister, R. F. (Eds.) *Handbook of Self-regulation. Research, theory and applications* (pp. 283-300). USA: The Guilford Press.

- Ruff, H. A. & Rothbart, M. K. (1996). *Attention in early development: Themes and variations*. New York: Oxford University Press.

- Ruocco, A. C., Direkoglu, E. (2012). *Delineating the contributions of sustained attention and working memory to individual differences in mindfulness*. *Personality and individual differences*, 54, 226-230.

- Sahdra, B. K., MacLean, K. A., Ferrer, E., Shaver, P. R., Rosenberg, E. L., Jacobs, T. L., Zanesco, A. P., King, B. G., Aichele, S. R., Bridwell, D. A., Mangun, G. R., Lavy, S., Wallace, B. A. & Saron, C. D. (2011). *Enhanced response inhibition during intensive meditation training predicts improvements in self-reported adaptive socioemotional functioning*. *Emotion*, 11(2), 299-312.

- Schmertz, S. K., Anderson, P. L. & Robins, D. L. (2008). *The relation between self report mindfulness and performance on tasks of sustained attention*. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 31, 60-66.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.

- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., Joiner, T. E. Jr. (2009). *An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 375-387.

- Seres, I., Unoka, Z., Bódi, N., Aspán, N. & Kéri, S. (2009). *The neuropsychology of borderline personality disorder: relationship with clinical dimensions and comparison with other personality disorders*. Journal of Personality Disorders, 23(6), 555-562.

- Siegel, R. D., Germer, C. K., Olendzki, A. (2009). *Mindfulness: What is it? Where did it come from?* En F. Didonna (Ed.), Clinical handbook of mindfulness (pp. 17-35). New York, NY: Springer Science.

- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J. & Siever, L. J. (2002a). *The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure*. Biological Psychiatry, 51, 936-950.

- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B. & Widiger, T. A. (2002b). *The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course*. Biological Psychiatry, 51, 951-963.

- Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S., et al. (2005a). *Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years*. Psychological Medicine, 35, 443-451.

- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., et al. (2005b). *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications*. Journal of Personality Disorders, 19, 487-504.

- Slagter, H. A., Lutz, A., Greischar, L. L., Francis, A. D., Nieuwenhuis, S., Davis, J. M. & Davidson, R. J. (2007). *Mental training affects distribution of limited brain resources*. PLoS Biology, 5, e138.

- Soler Ribaudi, J. (2010). *Aplicación de la terapia dialéctica conductual grupal en el trastorno límite de la personalidad*. Tesis doctoral. Barcelona: España. Universitat Autònoma de Barcelona.

- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., Álvarez, E. & Pérez, V. (2012). *Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder*. Behaviour Research and Therapy, in press.

- Stevenson, J., Meares, R., Comeford, A. (2003). *Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder*. American Journal of Psychiatry, 160(1), 165-166.

- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). *Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community*. Journal of Personality Disorders, 4, 257-272.

- Teasdale, J., Segal, Z. & Williams, J. (1995). *How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?* Behaviour Research and Therapy, 33, 25-39.

- Teasdale, J. D. (1999). *Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 6, 146-155.

- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. & Segal, Z. V. (2002). *Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70(2), 275-287.

- Walsh, J. J., Balint, M. G., Smoolira SJ, D. R., Fredericksen, L. K. & Madsen, S. (2009). *Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control*. Personality and Individual Differences, 46(2), 94-99.

- Welch, S. S., Rizvi, S. & Dimidjian, S. (2006). *Mindfulness in dialectical behavior therapy (DBT) for borderline personality disorder*. En R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp.117-139). Burlington, MA: Academic Press.

- Wupperman, P. & Neumann, C. S. R. (2008). *Do deficits in mindfulness underlie borderline personality features and core difficulties*. *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 466-482.

- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (Rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications: New York.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2006). *Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 827-832.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I. & McSweeney, L. B. (2007). *The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study*. *American Journal of Psychiatry*, 164, 929-935.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). *The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 103-09.