



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

***ENTRENAMIENTO EN “MINDFULNESS” PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE
PERSONALIDAD***

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
SAID ENRIQUE JIMÉNEZ PACHECO

TUTOR PRINCIPAL:
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
Facultad de Psicología

MIEMBROS DEL COMITÉ:
DRA. REBECA ROBLES GARCÍA.
DRA. MARÍA VICTORIA NAVARRO HARO
DR. ARIEL VITE SIERRA y MTRO. EDGAR LANDA RAMÍREZ
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

MÉXICO, D. F. DICIEMBRE, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	4
1. Trastorno Límite de Personalidad	5
• Diagnóstico	5
• Epidemiología	8
2. Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad	10
• Teoría biosocial del Trastorno Límite de Personalidad	17
3. Mindfulness para Trastorno Límite de Personalidad	24
• Exposición conductual y aprendizaje de nuevas respuestas	26
• Regulación emocional	27
• Reducción de la creencia literal en las reglas	28
• Control atencional	29
4. ¿Por qué Mindfulness como intervención?	31
• Objetivo	34
5. Método	34
• Participantes	34
• Medición	35
• Diseño del estudio y procedimiento	37
• Procedimientos clínicos	38
6. Resultados	44
7. Discusión	50
• Sugerencias para estudios posteriores	56
8. Referencias	60
9. Anexo A: Descripción de la Sede Clínica	67
10. Anexo B: Lista de Síntomas del Trastorno Límite (BSL-23)	74
11. Anexo C: Cuestionario FFMQ	77

Resumen

El trastorno límite de personalidad (TLP) se caracteriza por inusual inestabilidad y variabilidad en los estados de ánimo e impulsividad. El cuadro normalmente se agrava al inicio de la edad adulta afectando seria y negativamente diversas áreas del funcionamiento de quien lo padece. Cifras epidemiológicas indican que del 1.4% al 5.9% de la población general y del 15% al 20% de población en hospitales psiquiátricos presentan TLP. El entrenamiento grupal en mindfulness se ha descrito como integrante fundamental de la Terapia Dialéctica-Conductual. Si bien está establecida la eficacia de la psicoterapia completa, son escasos los estudios encaminados a evaluar el efecto de este módulo aplicado de forma independiente. Dado que se trata del objetivo clínico más importante para personas con TLP el propósito del presente estudio fue evaluar el efecto de dicho módulo en la gravedad de la sintomatología de pacientes con TLP de un hospital psiquiátrico. Los resultados indican efectos estadística y clínicamente significativos en la reducción del enojo descontrolado, disminuciones generales de la intensidad de la sintomatología además de una relación negativa y significativa entre la práctica de mindfulness y la gravedad de síntomas. Consistente con la investigación, las habilidades de mindfulness se asocian con mejorías para las personas con TLP independientemente del entrenamiento.

Palabras clave: trastorno límite de personalidad, terapia dialéctica-conductual, regulación emocional, mindfulness.

Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is characterized by unusual instability and variability in mood and impulsivity that increases at the beginning of adulthood, its intensity severely and negatively affects different areas of functioning of the sufferer. Epidemiological data indicate that 1.4% to 5.9% of the general population and from 15% to 20% of patients in psychiatric hospitals have BPD. Group mindfulness training is a fundamental part of Dialectical Behavioral Therapy and, although the effectiveness of this type psychotherapy is relatively well established, few studies evaluate the effect of the specific Mindfulness module applied independently. Since this is the skill most often used to train people with BPD, the objective of the present study was to examine the effect of the Mindfulness module on the severity of symptoms of BPD patients in a psychiatric hospital. Results indicate statistically and clinically significant effects in reducing uncontrolled anger and general decreases in the intensity of symptoms. Results also revealed a significant negative relationship between the practice of mindfulness and severity of symptoms. Consistent with the research literature, skills of mindfulness are associated with improvements for people with BPD regardless of training.

Key words: borderline personality disorder, dialectical-behavioral therapy, mindfulness, emotion regulation.

1. Trastorno Límite de Personalidad

El trastorno límite de personalidad (TLP) es una alteración caracterizada por inusual variabilidad en los estados de ánimo, así como marcada intensidad en las respuestas emocionales y conductuales que afectan significativamente el bienestar de quienes lo padecen (American Psychiatric Association [APA], 2002). El TLP es un patrón perdurable de respuestas cognitivas, afectivas y conductuales que frecuentemente sobrepasan la capacidad de regulación del individuo, lo que deteriora seriamente sus relaciones interpersonales, su sentido de identidad y su calidad de vida y probablemente su peor consecuencia es el suicidio (Gunderson, 2010; Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011).

Diagnóstico

Se ha propuesto que las características de dicho trastorno se agrupan en cuatro áreas principales o fenotipos: 1. la hipersensibilidad interpersonal, 2. la alteración en la regulación afectiva/emocional, 3. el descontrol conductual y 4. la perturbación del “yo”. Se cree que si el diagnóstico incluyera estos componentes se favorecería la homogeneidad en el diagnóstico y facilitaría la vinculación con la investigación empírica y con diversas propuestas clínicas, psicosociales o farmacológicas para su tratamiento (Gunderson, 2010). No obstante, el abordaje de este problema regularmente parte del uso de las clasificaciones diagnósticas como el DSM IV-TR y la ICD-10, que

presentan una visión del trastorno que consiste en valorar de forma clínica la presencia de criterios específicos. A continuación se revisan tales criterios que conforman la descripción consensuada de este trastorno.

En el DSM IV-TR el diagnóstico del TLP incluye un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como impulsividad que comienza al inicio de la edad adulta y se presenta en diversos contextos, incluye cinco o más de los siguientes (APA, 2002):

1. Esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por alternar entre extremos de idealización y/o devaluación.
3. Perturbación de la identidad persistente, y marcada perturbación, distorsión o inestabilidad de la autoimagen o el sentido del yo.
4. Impulsividad en al menos dos áreas que pueden dañar a la persona (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducir impulsivamente, atracones, etc.).
5. Amenazas suicidas recurrentes, gestos o comportamientos, o conductas de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva; marcada reactividad del ánimo que dura usualmente unas horas, rara vez más de pocos días.
7. Sensaciones crónicas de vacío.

8. Enojo intenso o inapropiado, poco control del enojo.
9. Síntomas disociativos transitorios relacionados con el estrés o ideación paranoide.

Por su parte la ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), llama al TLP Trastorno de Personalidad Emocionalmente Inestable (F60.3), la CIE-10 considera dos subtipos que se describen a continuación (World Health Organization [WHO], 1992):

F60.30 Tipo Impulsivo.

Para diagnosticar este subtipo, al menos se deben presentar tres de los siguientes, uno de ellos debe ser el criterio 2:

1. Tendencia marcada a actuar de forma inesperada y sin consideración de las consecuencias;
2. Tendencia marcada a presentar comportamiento de riña y a tener conflictos con otros, especialmente cuando sus actos impulsivos son frustrados o criticados.
3. Riesgo de presentar descargas de enojo o violencia, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales resultantes.
4. Dificultad para mantener cualquier comportamiento que no ofrezca una recompensa inmediata.
5. Estado de ánimo inestable y caprichoso (impulsivo, arbitrario).

F60.31 Tipo limítrofe.

Para diagnosticar este subtipo, deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados para el *tipo impulsivo* (F60.30), con al menos dos de los siguientes, también presentes:

1. Alteración e incertidumbre sobre la autoimagen, objetivos, y preferencias internas.
2. Riesgo de involucrarse en relaciones inestables e intensas, que llevan frecuentemente a crisis emocionales.
3. Esfuerzos excesivos para evitar el abandono.
4. Amenazas recurrentes o comportamientos autolesivos.
5. Sentimientos crónicos de vacío.
6. Demostrar comportamiento impulsivo, por ejemplo abuso de sustancias, etc.

Epidemiología del trastorno

Los estudios epidemiológicos sobre el TLP indican que en población general la prevalencia oscila de 1.4% a 5.9% (Grant et al., 2008; Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007). Estudios que han evaluado este indicador en muestras de hospitales psiquiátricos, con pacientes hospitalizados o de consulta externa, calculan que alrededor del 15% al 20 % sufren este trastorno (Gunderson, 2008). No existe evidencia de que el trastorno sea más común en mujeres (Grant et al., 2008; Lenzenweger et al., 2007).

Las conductas autolesivas ocurren entre 60% y 80% de los casos de pacientes con TLP, y representan la causa más frecuente de hospitalización en quienes padecen el trastorno. Se calcula que aproximadamente el 10% de dichos pacientes consuman el suicidio, principalmente si son menores de 30 años (Biagini, Torruco, & Carrasco, 2005; Mendieta, 1997; Soloff, Lynch, & Kelly, 2002).

Un estudio reciente realizó una revisión de artículos publicados, en distintas bases de datos electrónicas en los que se analizaba la comorbilidad en pacientes con TLP en atención primaria. El número de participantes diagnosticados fue de 829 y se observó que el 21.5% de ellos mostraban comorbilidad con algún trastorno de abuso de sustancias: 11.6% con alcohol, 2.0% con opioides, 2.7% con cannabis y 4.8% con cocaína. Asimismo el 5.1% presentó comorbilidad con algún trastorno psicótico, el 26.3% con trastornos afectivos y el 38.1% con trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatoformes (Aragónés, Salvador-Carulla, López-Mauntaner, Ferrer, & Piñol, 2013). Tales resultados son sólo un indicador del número de condiciones psiquiátricas que puede presentar un caso con TLP, dando evidencia de la complejidad de la problemática y por ende de su comprensión y manejo clínico.

2. Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad

La naturaleza del TLP hace particularmente complicado su tratamiento farmacológico, lo que lleva a los especialistas a realizar un manejo con base en diferentes fármacos buscando paliar la intensidad y el malestar ocasionado por su sintomatología adversa. Una revisión sistemática realizada por Stoffers et al. (2010), cuyo objetivo fue evaluar los efectos de las intervenciones farmacológicas para el TLP, consistió en la búsqueda de ensayos controlados aleatorizados que compararan el efecto del fármaco versus placebo, o un fármaco versus varios fármacos, por dos investigadores independientes. Se incluyeron 28 estudios que comprendieron a 1742 participantes en total, se evaluaron antipsicóticos de primera y segunda generación, estabilizadores del ánimo, antidepresivos y complementos dietéticos.

Los resultados sugieren el uso de antipsicóticos de segunda generación, estabilizadores del ánimo y ácidos grasos omega-3. Sin embargo tales hallazgos requieren replicarse, debido a que la mayoría de los efectos se basan en estimaciones de un solo estudio. En general la investigación concluye que la evidencia indica algunos efectos benéficos de los antipsicóticos de segunda generación (aripiprazol, olanzapina y ziprasidona), estabilizadores del ánimo (carbamazepina, valproato semisódico, lamotrigina y topiramato), y suplementos alimenticios como ácidos grasos omega-3. Los antidepresivos no representan apoyo empírico para el tratamiento del TLP pero pueden

ser útiles en presencia de condiciones comórbidas. Asimismo, los autores refieren que ningún medicamento mostró efectos significativos en la gravedad del trastorno límite de personalidad. Adicionalmente los autores refieren que no hay resultados prometedores para síntomas específicos del TLP como la sensación crónica de vacío, los trastornos de identidad y el carácter insoportable de la posibilidad o el hecho del abandono (Stoffers, et al. 2010).

Los resultados del estudio condensan de forma adecuada los hallazgos de la investigación más sólida en el área del tratamiento farmacológico para el TLP, lo que de forma general nos sugiere que si bien el tratamiento farmacológico presenta varios resultados positivos, existen importantes limitaciones del abordaje por esta sola línea de atención, motivo por el cual se revisarán los resultados de otro importante abordaje del TLP, el psicológico.

En cuanto al abordaje psicoterapéutico, éste se considera primera línea de tratamiento para el TLP, sin embargo se han usado diferentes tipos de psicoterapia utilizados en el trata este problema y no todos presentan los mismos resultados sobre la sintomatología. Algunos de los enfoques psicoterapéuticos más usados en el tratamiento de este problema son: la terapia dialéctico-conductual, el tratamiento basado en la mentalización, la terapia centrada en la transferencia, la terapia cognitivo-conductual propiamente dicha, la psicoterapia deconstructiva dinámica y la psicoterapia interpersonal.

Una revisión sistemática realizada por Sttofers et al. (2012), tuvo como objetivo determinar el efecto de la psicoterapia para el tratamiento del TLP, realizó una búsqueda sistemática de ensayos controlados aleatorizados en las principales bases de datos sobre psicología, psiquiatría y medicina en el mundo. Se buscaron estudios que compararan un tratamiento psicológico versus una intervención control, o estudios en que se compararan varios tratamientos psicológicos específicos, la búsqueda la realizaron dos investigadores independientes, quienes además analizaron y extrajeron los datos más relevantes de cada artículo.

Se incluyeron 28 estudios que involucraron a 1804 participantes diagnosticados con TLP, las intervenciones se clasificaron en individuales y grupales según su modalidad de aplicación. Entre las psicoterapias individuales se evaluaron: la terapia dialéctico-conductual, el tratamiento basado en la mentalización, la terapia enfocada en la transferencia, la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia deconstructiva dinámica, y la terapia interpersonal. Los datos para intervenciones individuales resultaron escasos, sin embargo la intervención más sometida a prueba fue la terapia dialéctico-conductual versus tratamiento usual. Hubo efectos significativos de moderados a grandes que indican mejoría en el enojo, en los comportamientos parasuicidas y en la salud mental en general. No hubo diferencias significativas en mantener a los participantes en tratamiento. Los autores concluyen que hay indicadores de efectos

benéficos tanto de intervenciones individuales como grupales para el TLP y la psicopatología asociada, la psicoterapia dialéctico-conductual ha sido la más investigada. Los hallazgos apoyan el papel sustancial que tiene la psicoterapia en el tratamiento del TLP, sin embargo, claramente indican la necesidad de réplicas de los estudios.

En virtud de los resultados del estudio descrito se considera la Terapia Dialéctico-Conductual una herramienta útil en la modificación de diversos resultados propios del TLP, en particular el enojo y los comportamientos parasuicidas, que desde la óptica de la autora de la terapia son fundamentales y se habían olvidado como indicadores del efecto de un tratamiento (Linehan, 1993a). En la Tabla 1 se describen brevemente los ensayos controlados aleatorizados sobre Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) que justifican su uso para TLP.

Tabla 1
Estudios sobre eficacia de la TDC para TLP

Autores	Participantes	Diseño	Resultados
Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard (1991).	Mujeres con diagnóstico de TLP, entre 18-45 años; usuarias de consulta externa.	Ensayo controlado aleatorizado que comparó TDC (n=24) vs tratamiento usual (n=23).	Las participantes del grupo con TDC mostraron reducciones estadísticamente significativas en conducta parasuicida, fue más probable que concluyeran el tratamiento, tuvieron menos días de hospitalización y en el seguimiento, menor probabilidad de realizar conducta parasuicida en comparación con el grupo control.
Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter, &	Todas fueron mujeres con TLP (N=28), presentaban abuso de	Ensayo controlado aleatorizado que comparó TDC vs	Reducción estadísticamente significativa del abuso de sustancias en el grupo con TDC en comparación con el tratamiento

Comtois (1999).	sustancias y otros trastornos psiquiátricos. Usuarías de consulta externa, entre 18-45 años.	tratamiento usual, con seguimientos a 4, 8, 12 y 16 meses.	usual. La TDC mantuvo más tiempo a los participantes en psicoterapia, mostraron mejoras significativas en ajuste social y global en comparación con tratamiento usual. En los seguimientos, los usuarios que tenían terapeutas que se basaban más en el manual, tuvieron mejores resultados.
Koons et al. (2001).	Mujeres con diagnóstico de TLP de consulta externa, no necesariamente con historial suicida.	Ensayo controlado aleatorizado que comparó TDC (n=10) con tratamiento usual (n=10), se evaluó al inicio a los 3 y a los 6 meses.	Los participantes en el grupo de TDC mostraron reducciones estadísticamente significativas en ideación suicida, depresión, desesperanza y enojo, en comparación con tratamiento usual.
Linehan et al. (2002).	Mujeres con TLP dependientes de heroína (N=23).	Ensayo controlado aleatorizado que compara la TDC vs Terapia de validación más 12 pasos. Se evaluó a los 4, 12 y 16 meses.	Ambas condiciones fueron efectivas en la reducción el uso de opioides en comparación con la línea base. Los participantes del grupo con TDC disminuyeron su consumo durante los 12 mese de intervención en comparación con el grupo control que incrementó su consumo en los últimos 4 meses de intervención. Ambas condiciones redujeron los niveles de psicopatología.
van den Bosch, Verheul, Schippers, & Van den Brink, (2002).	Se incluyeron 58 mujeres con TLP, de las cuales 31 presentaban abuso de sustancias y 27 no presentaban tal abuso.	Se realizó un ensayo controlado aleatorizado, comparando la eficacia de la TDC en comparación con tratamiento usual.	Hubo mayores reducciones en la sintomatología de TLP en el grupo con TDC en comparación con el tratamiento usual, el efecto no se modificó por la presencia de abuso de sustancias. Sin embargo no afectó la reducción del abuso en comparación con el tratamiento usual.

Verheul et al. (2003).	Cincuenta y ocho mujeres con diagnóstico de TLP.	Ensayo controlado aleatorizado que compara TDC con el tratamiento usual durante 12 meses.	La TDC resultó mejor que el tratamiento usual en la retención de los participantes en la terapia, mayores reducciones en autolesiones y conductas impulsivas, especialmente en aquellas que mostraron autolesiones frecuentes.
Linehan et al. (2006).	Ciento un participantes con TLP, con una media de edad de 29.3 años.	Ensayo controlado aleatorizado, con duración de un año que compara TDC vs Terapia por expertos en conducta suicida.	Las personas que recibieron TDC tuvieron la mitad de probabilidad de intentar suicidarse en comparación con el otro grupo, requirieron menores hospitalizaciones por ideación suicida y presentaron menor riesgo médico en sus intentos suicidas y autolesiones. Los participantes en TDC tuvieron menor probabilidad de abandonar la terapia, tuvieron menores hospitalizaciones psiquiátricas y menos visitas a urgencias.

La TDC es un tipo de psicoterapia diseñada específicamente para el tratamiento del TLP, desarrollada a partir de los principios de la terapia cognitivo-conductual en combinación con intervenciones como “mindfulness” o atención plena, la validación y el seguimiento telefónico, entre otras (Lynch, Chapman, Rosental, Kuo & Linehan, 2006). Esta psicoterapia tiene como objetivo el cambio del comportamiento y la habilidad de manejar emociones negativas por medio del uso de habilidades cognitivas y conductuales, como son: la tolerancia al estrés, la regulación emocional, destrezas interpersonales y la práctica del “mindfulness” o la atención plena (Linehan, 1993a).

Este tipo de psicoterapia hace énfasis en los procesos *dialécticos* que se refieren a la reconciliación de los opuestos en un proceso continuo de síntesis. La dialéctica más fundamental en terapia, es la necesidad de aceptar a los pacientes justo como ellos son dentro de su contexto específico y desde ese contexto enseñarles a cambiar. Las diferencias principales entre la Terapia Dialéctico-Conductual y la Terapia Cognitivo-Conductual son (según Linehan, 1993a):

1. El enfoque de aceptación y validación del comportamiento tal y como está en el momento.
2. El énfasis en tratar los comportamientos que interfieran con la terapia.
3. Lo fundamental de la relación terapéutica como esencial para el cambio y el tratamiento.
4. El proceso dialéctico.

Para implementarse la TDC incluye cuatro modos, el primero involucra una relación diádica tradicional entre terapeuta y paciente. Al inicio el terapeuta toma la responsabilidad primaria por medio del monitoreo del avance del paciente hacia los objetivos, manejando los comportamientos que amenazan la vida del paciente y las crisis. La TDC se organiza a través de las siguientes metas clave:

- a) eliminar los comportamientos que amenacen la vida, incluyendo intentos suicidas o autolesiones

b) eliminar los comportamientos que interfieren con la terapia, como no seguir indicaciones en casa “hacer la tarea” o la inasistencia

c) disminuir los comportamientos y los factores que llevan a un decremento de la calidad de vida, como abuso de sustancias, otros trastornos de eje I, etc. (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007).

El segundo modo de terapia es el entrenamiento en habilidades de forma grupal, principalmente: “mindfulness”, tolerancia al estrés, regulación emocional, y efectividad interpersonal. El tercer modo se basa en la generalización de las habilidades a las situaciones reales de la vida del paciente, usualmente se logra mediante el contacto telefónico, que consiste en llamadas breves para ayudar al paciente a aplicar alguna habilidad en alguna circunstancia específica. El cuarto modo, consiste en diseñar un equipo de trabajo que apoye al terapeuta a trabajar con pacientes complicados (Lynch et al., 2007).

Teoría biosocial del Trastorno Límite de Personalidad

La terapia dialéctico-conductual tiene como base la teoría biosocial, misma que supone que la transacción o intercambio realizado entre tendencias biológicas hacia la vulnerabilidad emocional y el medio ambiente invalidante produce desregulación emocional generalizada en el paciente (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006). En este contexto, el medio ambiente invalidante se caracteriza por castigar, ignorar o trivializar la comunicación del individuo sobre sus pensamientos y emociones, así como sobre sus iniciativas, a pesar de

que pueda haber habido incluso experiencias reales tales como abuso sexual, físico y/o emocional (Linehan, 1993a).

Se cree que el intercambio entre la predisposición del individuo y el medio se da de la siguiente manera: el individuo con TLP presenta, por su vulnerabilidad, respuestas emocionales intensas a las que el cuidador responde por medio de comportamientos invalidantes (por ejemplo, castigos físicos o burlas) que agudizan la desregulación del individuo, provocando descontrol en la activación psico-fisiológica y dificultan focalizar la atención lejos de los estímulos emocionales (Lynch, et al. 2006). La activación emocional persistente altera la respuesta de los sistemas cognitivos, conductuales y emocionales. Así, muchos de los comportamientos problemáticos en TLP se conceptualizan como secuelas inevitables de emociones desreguladas o métodos desadaptativos para alterar experiencias emocionales (Linehan, 1993a; Lynch, et al. 2006).

Si bien las causas del trastorno no están claras, los factores genéticos que interactúan con eventos adversos en la niñez, dan como resultado el desarrollo del padecimiento (Leichsenring et al., 2011; Linehan, 1993a). En esta misma línea, la teoría biosocial del desarrollo del TLP propone una serie de patrones de respuesta que resultan fundamentales en la identificación y comprensión del TLP (Linehan, 1993a):

1. *Vulnerabilidad Emocional*: Se refiere a un patrón de dificultades duraderas en la regulación de emociones negativas, incluye una

alta sensibilidad a estímulos emocionales negativos, alta intensidad emocional y dificultad para regresar a un estado emocional basal. La conciencia y la experiencia de vulnerabilidad emocional, puede involucrar una tendencia a culpar al medio de sus expectativas y demandas irreales.

2. *Autoinvalidación*: Tendencia a invalidar o fallar en reconocer sus propias respuestas emocionales, pensamientos, creencias y comportamientos. Altos estándares y expectativas sobre sí. Puede incluir vergüenza, odio y enojo dirigido hacia sí mismo.
3. *Crisis Implacables*: Patrón de eventos, disrupciones y obstáculos frecuentes, estresantes y negativos en su medio ambiente, frecuentemente ocasionados por su estilo de vida disfuncional, otros por su medio ambiente y otros por mera ocurrencia relativamente aleatoria.
4. *Inhibición del duelo o el dolor*: tendencia a inhibir y controlar excesivamente las respuestas emocionales negativas. Especialmente aquellas asociadas con ansiedad, dolor, pérdida, tristeza, enojo, culpa, vergüenza y pánico.
5. *Pasividad activa*: Tendencia a un estilo pasivo en la solución de problemas, implica fallas en involucrarse activamente en solucionar sus propios problemas, solicitar frecuentemente ayuda, desamparo y desesperanza aprendida.
6. *Aparentar competencia*: Propensión de los individuos de aparentar más competencia de la que realmente tienen, usualmente relacionadas con fallas de competencias generalizadas, sobre su

estado de ánimo y las situaciones. Fallan en mostrar señales no verbales que demuestren de forma adecuada su malestar emocional.

A continuación se revisan más a profundidad los primeros dos puntos debido a que se consideran parte nuclear en la comprensión del trastorno y la teoría biosocial del desarrollo del TLP. La vulnerabilidad emocional significa que los individuos con TLP muestran mayor sensibilidad, mayor reactividad y menor velocidad de recuperación emocional en comparación con personas que no presentan el diagnóstico (Linehan, 1993a; Linehan, Bohus, & Lynch, 2007). Mayor sensibilidad se refiere a que alguien con TLP muestra un umbral bajo de respuesta a los estímulos emocionales, es decir, estas personas responden emocionalmente más rápido a una señal que las provoque, por ejemplo, un rostro expresando tristeza o alguna emoción negativa se reconoce mucho más rápido y con mayor precisión en personas con TLP en comparación con individuos que no presentan el diagnóstico (Lynch et al., 2006).

Mayor reactividad emocional se refiere a que una vez que se ha disparado una reacción emocional en una persona con TLP, esta respuesta tiene mayor amplitud en comparación con personas que no poseen el diagnóstico. Menor velocidad de recuperación emocional, se refiere a que la activación emocional es prolongada; que las emociones disparadas tienen un retorno lento a su línea base. Lo que implica que una persona que sufre de activación emocional prolongada es más

vulnerable a que desencadenantes emocionales vuelvan a hacer que una emoción dispare o bien, que se exacerbe la respuesta emocional (Linehan et al., 2007).

En cuanto a la invalidación, se refiere a que el individuo haga propias las características del medioambiente invalidante, es decir, la persona aprende a responder a sus propias respuestas emocionales de la forma en que su medio le ha modelado: con vergüenza, con crítica, con castigo, entre otras. La invalidación que el paciente con TLP hace sobre sí mismo se ve reflejada en la incapacidad de reconocer el significado de sus propias respuestas conductuales como cambios posturales o expresiones faciales Su dificultad para etiquetar de forma precisa sus propias reacciones emocionales interfiere a su vez con la capacidad de comunicación del paciente, lo que ocasiona más invalidación tanto del medio como propia (Linehan, 1993a).

Se ha propuesto que la persona que ha aprendido la invalidación del medio a las emociones propias, no puede discriminar adecuadamente si sus respuestas emocionales reflejan con precisión los eventos que las provocan, o si son respuestas incongruentes con la realidad. Este patrón lleva a los individuos a sentir duda sobre la pertinencia de una respuesta emocional y a experimentar conflicto respecto de su propia experiencia. Finalmente, es posible que el individuo adopte tácticas invalidantes de cambio de conducta para aplicárselas a sí mismo, en efecto, los individuo con TLP se castigan a sí mismos de forma verbal o física por no mostrar la respuesta esperada o "correcta", lo cual puede

llevarlos a creer que difícilmente merecen algo distinto al dolor y al castigo (Linehan, 1993a).

La persona con TLP aprende que mostrar sus emociones como las experimenta en un momento determinado no es suficiente para obtener validación del medio o autenticación personal. Esto lleva a la persona a escalar la expresión de sus emociones, de modo tal que aprende que una exagerada pero convincente presentación de las circunstancias negativas propias es necesaria para provocar la validación del medio. Este aprendizaje se ve reflejado en la emisión de conductas extremas como el caso de algunas autolesiones (Linehan, 1993a).

La vulnerabilidad emocional como componente biológico y la autoinvalidación como aspecto cognitivo-interpersonal constituyen la dialéctica central en la comprensión, desarrollo y tratamiento del TLP. Partiendo de algunas definiciones clásicas la dialéctica es el proceso mediante el cual un fenómeno, comportamiento o argumento se transforma. El proceso suele ocurrir en tres fases: 1) el principio, en el que una proposición o estado (tesis) ocurre, 2) la negación de ese fenómeno inicial, que involucra una contradicción o antítesis y 3) la negación de la negación o la síntesis de la tesis y la antítesis. En el caso de la dialéctica entre vulnerabilidad emocional y autoinvalidación, la vulnerabilidad constituye la tesis, la proposición o estado principal y por su parte la autoinvalidación constituye la negación del estado

principal o antítesis que dan como origen al trastorno (Lynch et al., 2006).

Además de la dialéctica mencionada, en el tratamiento existe una tensión aguda (o dialéctica) entre la necesidad de aceptación y la necesidad de cambio. En el caso particular del TLP, una psicoterapia que haga demasiado énfasis en el cambio de respuestas psicológicas se verá como invalidante por el paciente, lo cual puede empeorar el trastorno. Una psicoterapia enfocada solamente en la aceptación también puede verse como invalidante ya que no reconoce lo necesario de un cambio inmediato para aliviar el sufrimiento de la persona (Linehan, 1993a; Linehan, 1997). La tesis (necesidad de cambio) y la antítesis (necesidad de aceptación) tienen estrategias que integran un paquete de tratamiento en la Terapia Dialéctica Conductual (TDC). Dos estrategias nucleares en esta psicoterapia son las habilidades de mindfulness o atención plena y la validación (Lynch et al., 2006). A continuación abordaremos una descripción detallada del mindfulness o atención plena y su aplicación para el TLP.

3. Mindfulness para Trastorno Límite de Personalidad

El *mindfulness* o atención plena (conciencia plena o atención consciente), es una práctica Zen que puede concebirse como un modo singular de poner atención en la situación presente, llevándola al interior y/o el exterior del individuo en el momento específico en que algo está ocurriendo. La práctica se realiza de forma intencionada, poniendo especial énfasis en la respiración, en no emitir juicios y aceptar el momento presente tal como es (Hanh, 1976; Kabat-zinn, 1994; Linehan, 1993b). Se dice que es una práctica intencionada porque requiere voluntad, decisión y disciplina para llevarse a cabo; la parte de no emitir juicios hace referencia a evitar describir las cosas como "buenas" o "malas" y la aceptación consiste en recibir voluntariamente y sin oposición la experiencia, es decir, sin realizar ningún intento por modificarla sino simplemente notarla.

La práctica del mindfulness o la atención plena en el área de la salud se ha incorporado a una variedad de tratamientos para problemas como dolor crónico, adicciones, depresión, entre otros padecimientos físicos o psiquiátricos (Baer, 2003; Hayes, Stroschal, & Wilson, 1999; Kabat-zinn, 1990; Linehan, 1993b; Segal, Williams, & Teasdale, 2002) con resultados que gozan de apoyo empírico y viabilidad en la práctica clínica. Asimismo el mindfulness o atención plena es una de las habilidades centrales de la Terapia Dialéctica Conductual para el TLP. Ocho ensayos controlados aleatorizados conducidos por cinco equipos

de investigación independientes apoyan su uso para esta condición y para cuadros clínicos afines (Koons et al., 2001; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002; Linehan et al. 2006; Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003; Verheul et al., 2003; Telch, Agras, & Linehan, 2001; Safer, Telch, & Agras, 2001; Lynch et al., 2007; van den Bosch, Verheul, Schippers, & Van den Brink, 2002).

En el contexto de la Terapia Dialéctico Conductual la mindfulness o atención plena se ha dividido en tres habilidades conductuales específicas: observar, describir y participar en experiencias y/o acciones, con una postura cognitiva de no emitir juicios, de unicidad mental (por ejemplo, atender a una cosa a la vez) y de efectividad (por ejemplo, realizar sólo lo necesario para solucionar un problema propio). Sin embargo en este contexto también se puede definir como la calidad de la atención o conciencia que deposita el individuo en el presente (Lynch et al., 2006). Su práctica busca la aceptación completa y radical de lo que no se puede modificar (por ejemplo, la crianza o predisposición genética que propicia inestabilidad emocional en personas con TLP) y de las experiencias internas (pensamientos, emociones, sensaciones) y/o externas (por ejemplo, pérdidas o situación económica) (Linehan, 1993a). Finalmente, tiene un importante efecto en la regulación emocional, en el despliegue atencional y la valoración cognitiva, entre otros procesos psicológicos (Linehan, et al., 2007).

Para lograr la modificación del patrón de respuestas emocionales en el TLP, la mindfulness trabaja, básicamente, mediante cuatro mecanismos: 1) exposición conductual y aprendizaje de nuevas respuestas, 2) regulación emocional, 3) reducción de la creencia literal en las reglas y 4) control atencional (Lynch et al., 2006). A continuación se describe brevemente cada uno de ellos:

1) Exposición conductual y aprendizaje de nuevas respuestas

Las personas con TLP tienden a intentar controlar o suprimir sus emociones, pensamientos, estados corporales o cualquier experiencia interna. Mediante la práctica del mindfulness se busca reducir dichos intentos al enseñarle al individuo a controlar el foco de atención y no el objeto atendido, es decir, se le indica a la persona que acepte y ponga atención a su experiencia sin intentar repararla, alterarla, suprimirla o de cualquier forma evitarla. Este procedimiento actúa mediante exposición no reforzada a emociones, pensamientos y sensaciones previamente evitadas. La exposición no reforzada se refiere a que el individuo, mediante un estado de plena conciencia y sin juicios, se expone o experimenta las emociones, pensamientos o sensaciones en ausencia de cualquier consecuencia directa, sin escapar o evitar. Este procedimiento "enmascara" la relación entre un estímulo incondicionado (EI) y un estímulo condicionado (EC), lo que involucra el logro de nuevas asociaciones del EC; en otras palabras, el mindfulness implica el aprendizaje activo de respuestas alternativas ante el estímulo que facilita experiencias internas indeseables. Permitir

que un individuo se acerque a la experiencia interna sin juicios, logra que se adquieran nuevas asociaciones, por ejemplo, el individuo aprende a que un pensamiento, emoción, sensación o memoria sólo "es lo que es". La idea básica es que la exposición a emociones dolorosas o molestas, sin que haya otras consecuencias negativas, disminuirá las emociones indeseables y extinguirá la ocurrencia de emociones negativas secundarias, lo que maximiza la posibilidad de regresar rápidamente a los niveles de línea base, y por ende disminuye la vulnerabilidad emocional (Linehan et al., 2007; Lynch et al., 2006).

2) Regulación emocional

El mindfulness puede influir en la emoción y la regulación mediante la modificación de las tendencias de respuesta ligadas con la emoción y la valoración cognitiva asociada. La psicoterapia cognitiva estándar y otras variantes indican que diferentes estrategias de valoración de una circunstancia pueden modificar consistentemente las respuestas fisiológicas, experienciales y los aspectos expresivos de la respuesta emocional. Sin embargo al modificar las tendencias de respuesta ligadas con la emoción también se pueden cambiar la emoción y la valoración cognitiva. Modificando la tendencia de respuesta (por ejemplo, sólo observar), se altera la emoción y el significado del evento; es decir, se puede pasar de algo es "bueno/malo" a "es sólo como es", sin necesidad de reestructurar, reenmarcar, o modificar la valoración directamente, lo que ocasiona un efecto positivo en la regulación emocional. La práctica constante de mindfulness no elimina las

emociones primarias, sin embargo sí reduce o elimina las respuestas emocionales secundarias, las tendencias de respuesta conductuales y/o la valoración cognitiva que suelen llevar a sufrimiento adicional (Linehan et al., 2007; Lynch et al., 2006).

También se ha propuesto que el mindfulness modifica la vulnerabilidad a las señales emocionales mediante un cambio biológico que consiste en un incremento de la actividad prefrontal y de los ganglios basales, así como una disminución de la actividad del cíngulo anterior y el giro occipital. Otra hipótesis sobre la vulnerabilidad emocional es que el mindfulness crea un contexto interno (como el que producen algunas sustancias) que modifica la respuesta de una persona ante diferentes situaciones que desencadenan emociones intensas y disminuye la posibilidad de que ante nuevas situaciones se presente (o renueve) una respuesta emocional disfuncional.

3) Reducción de la creencia literal en las reglas

El uso consistente del mindfulness puede romper el predominio de comportamientos gobernados por reglas sobre las experiencias privadas. Cuando un comportamiento se rige por reglas cognitivas-verbales se reduce la sensibilidad a las situaciones y el medio, lo que dificulta el aprendizaje y la emisión de respuestas funcionales en una situación. El comportamiento gobernado por reglas, se refiere a que éste ocurre en respuesta a una regla verbal (una creencia) que especifica la asociación entre una conducta y una consecuencia (por ejemplo, *si hablo en público la gente se burlará de mi*). La creencia literal en

estas reglas lleva a que el individuo experimente pensamientos, sensaciones y situaciones relativamente neutras como peligrosas, asimismo puede propiciar evaluaciones (o juicios) de pensamientos como *malos* y/o equivalentes con una acción indeseable.

Mindfulness enseña al individuo a "observar el pensamiento, NO desde el pensamiento" lo que significa que una respuesta cognitiva no es en sí misma literalmente cierta. Como metáfora a guisa de ejemplo podríamos imaginar que "observar el pensamiento" es como observar burbujas de jabón, cada burbuja puede hacer referencia a un tipo distinto de pensamiento que no necesariamente representa la realidad, la práctica supone que si observamos "desde el pensamiento" es como si estuviéramos dentro de la burbuja observando la realidad y nuestro alrededor completamente distorsionados por la capa de jabón (A. Velasco, comunicación personal, 17 de mayo, 2014). La capa de jabón simboliza la regla verbal, si el individuo deja de creer en la regla verbal como si fuera una ley infranqueable se sensibiliza a las contingencias actuales del medio, lo que le permite experimentar el yo, los otros y el mundo no como "bueno o malo" más bien sólo "como es" (Linehan et al., 2007; Lynch et al., 2006).

4) Control Atencional

Mindfulness constituye una forma para lograr el desapego de la atención de los estímulos emocionales. El control del foco atencional puede mejorar la regulación emocional, por ejemplo, un estudio demostró que enfocarse en detalles contextuales (no emocionales) de

una memoria que activa emociones, resulta en decremento de la intensidad de las mismas (Philippot, Schaefer, & Zurita, 2003). Mediante el uso del mindfulness se espera que incremente la habilidad de los individuos de volcar la atención hacia lo que les gustaría y dejar ir aquello que no desean enfocar. En otras palabras, cuando se le enseña a un individuo a observar una situación, pensamiento o emoción sin intentar modificarla, se mejora la habilidad de llevar la atención de lo que no es útil o efectivo a lo que sí lo es.

Relacionado con esto, el mindfulness modifica la exposición a señales que desencadenan emociones mediante el cambio o selección de la situación. Esto es, el individuo expande la conciencia respecto a las situaciones que en el pasado evocaron experiencias emocionales, lo que permite seleccionar de forma distinta las situaciones en el presente; la práctica incrementa la sensibilidad a las circunstancias y facilita el aprendizaje, lo que puede mejorar la habilidad de tomar decisiones respecto a qué es conveniente evitar, intentar resolver o afrontar (Linehan et al, 2007).

4. ¿Por qué Mindfulness como intervención?

La TDC incluye diferentes tipos de intervención debido a la complejidad del trastorno límite de la personalidad. Dicho tratamiento se compone de intervención individual, entrenamiento en habilidades en grupo, consultas telefónicas y equipo de trabajo para el terapeuta (Linehan, 1993a). El entrenamiento en habilidades se ha utilizado de forma independiente con resultados favorables en sintomatología psiquiátrica de pacientes con TLP (Soler et al., 2001, 2005, 2009). Este entrenamiento en grupo se imparte de forma paralela a la psicoterapia individual y se dedica exclusivamente a practicar destrezas a fin de potenciar el tiempo de sesión tanto individual como grupal, entre otros beneficios.

El entrenamiento en habilidades está formado por cuatro módulos que son: 1. habilidades de conciencia o mindfulness, 2. eficacia interpersonal, 3. regulación emocional y 4. tolerancia al malestar. Se considera que el módulo de mindfulness es parte cardinal del entrenamiento, de modo tal que se coloca como la primera habilidad a enseñarse en el grupo para TLP. Asimismo, éste módulo tiene como objetivo incrementar el control consciente de los procesos atencionales, así como lograr una integración del pensamiento emocional y racional (Linehan, 1993b).

Adicionalmente, el entrenamiento en mindfulness tiene como objetivo desarrollar un estilo de vida de participación con conciencia; consta de

tres habilidades llamadas "qué" (haciendo referencia a qué hacer) y tres habilidades llamadas "cómo" (refiriéndose a cómo hacer las habilidades "qué"). Las habilidades "qué" son: observar, describir y participar; por su parte las habilidades "cómo" son realizarlas sin juicios, haciendo una cosa a la vez y de forma efectiva (Linehan, 1993a; Linehan 1993b). No solamente se subraya la importancia del modulo de mindfulness en los manuales estándar de tratamiento, además es la estrategia más practicada comúnmente por individuos con TLP que están en tratamiento con TDC (Lindenboim, Comtois, & Linehan, 2007). Aunado a lo anterior se calcula que el mindfulness corresponde al 44% de todas las habilidades que utiliza un paciente con TLP, lo que la convierte según estos datos en la habilidad más frecuentemente utilizada (Stepp, Epler, Jahng, & Trull, 2008).

Pocos estudios han sometido a prueba el modulo de mindfulness de TDC de forma independiente, hasta donde hemos explorado sólo dos estudios realizados por el mismo equipo de trabajo han investigado la contribución relativa de este modulo. A continuación se reseñan ambos.

Soler et al. (2012), exploraron los efectos del modulo de mindfulness de la TDC como adjunto al manejo psiquiátrico habitual en variables de atención, así como la relación entre la practica formal del mindfulness y variables clínicas del TLP. Participaron 60 personas diagnosticadas con TLP, 40 de ellos recibieron el modulo mindfulness agregado al manejo psiquiátrico habitual, los 20 restantes sólo recibieron el manejo

psiquiátrico. Los hallazgos indicaron mejorías en tareas de atención e impulsividad, así como en sintomatología; adicionalmente se encontró una correlación positiva entre el número de minutos formales de práctica con la mejoría en la sintomatología psiquiátrica y los síntomas afectivos (Soler et al., 2012).

En esta misma línea, Feliu-Soler et al. (2013), en un estudio preliminar, evaluaron el efecto del entrenamiento en mindfulness agregado al manejo habitual sobre la reactividad emocional y los síntomas clínicos de personas con TLP. Participaron 35 pacientes asignados a dos grupos, el primero, de 17 participantes recibió el manejo psiquiátrico habitual, mientras que los otros recibieron, además, el entrenamiento en mindfulness. Los resultados revelaron mejoría en sintomatología psiquiátrica y, nuevamente, la práctica formal del mindfulness correlacionó con mayor mejoría y menor autorreporte de reactividad emocional (Feliu-Soler et al., 2013).

Pese a los efectos documentados de este tipo de psicoterapia en general y del módulo de mindfulness en particular, existe un escaso (si no es que inexistente) uso de sus estrategias en Hospitales de México y para pacientes mexicanos. Debido a que el módulo de mindfulness de la TDC proporciona las estrategias más utilizadas por pacientes con TLP, además de sus efectos positivos en la sintomatología de las personas con TLP, se considera viable e indispensable la evaluación de su uso para pacientes diagnosticados. Adicionalmente, el módulo de mindfulness representa la ventaja de que puede ser implementado en

grupos, lo que incrementa el número de pacientes que pueden ser atendidos, asimismo el grupo favorece la motivación y el aprendizaje.

Objetivo

En virtud de lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de la aplicación del módulo de mindfulness de la TDC en la gravedad de la sintomatología de pacientes con TLP.

5. Método

Participantes

Se incluyeron 11 mujeres con diagnóstico formal de Trastorno Límite de Personalidad reclutadas en diferentes servicios del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" en la Ciudad de México, todas las participantes fueron diagnosticados por médicos especialistas en psiquiatría y obtuvieron al menos cinco reactivos positivos en la subescala del SCID-II para diagnóstico de TLP. La Tabla 2 detalla las características sociodemográficas de las participantes.

Tabla 2
Características demográficas de las participantes

Variable	Media o frecuencia
Edad	25.9 (8.21)
Sexo	
Mujeres	11
Estado civil	
Soltera	10/11
Divorciada	1/11
Escolaridad	
Secundaria	1/11
Preparatoria	4/11
Licenciatura	5/11
Posgrado	1/11
Ocupación	
Sin	
ocupación	3/11
Estudiante	3/11
Hogar	4/11
Empleada	1/11

Medición

La recolección de datos se realizó mediante el uso de los siguientes instrumentos:

- Lista de Síntomas del Trastorno Límite de Personalidad (BSL-23), se compone de 23 reactivos de opción múltiple que evalúan la gravedad (“*severity*”) de la sintomatología del TLP. Se trata de un instrumento válido y confiable de autoinforme con propiedades

psicométricas adecuadas para población española (Soler et al. 2013). Dadas las diferencias sociales y culturales entre poblaciones se sometió el BSL-23 a un proceso de adaptación cultural y validación para mexicanos, en el que se obtuvieron propiedades psicométricas adecuadas. La versión adaptada culturalmente presentó consistencia interna de $\alpha = .917$, explicó el 37.13% de la varianza y mostró validez de constructo convergente al correlacionarse con medidas de depresión ($r = .806$, $p < .05$) e ideación suicida ($r = .712$, $p < .05$) (Jiménez-Pacheco, 2014). El instrumento se compone de tres partes: la primera con 23 preguntas de opción múltiple que evalúan gravedad de la sintomatología del TLP en la última semana, una escala visual análoga de evaluación del bienestar subjetivo, en la que la persona selecciona entre 0% y 100% el porcentaje que mejor refleje cómo se sintió en los últimos siete días; y un suplemento de registro de conductas de riesgo en el que se le pregunta a la persona sobre la frecuencia con que realizó diferentes comportamientos en la última semana (ver Anexo B).

- Cuestionario de cinco facetas de la Atención Plena (FFMQ), se compone de 39 reactivos de opción múltiple que evalúan cinco facetas de la atención plena: observar, describir, actuar sin conciencia, no juzgar y no reaccionar (ver Anexo C). Presenta consistencia interna $\alpha = 0.880$, presenta cinco factores cuyos alfas oscilan entre .80 y .91. Asimismo presenta validez constructo convergente con el cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ) y

el cuestionario de Mindfulness y Conciencia (MAAS) validez de constructo divergente con el inventario breve de síntomas (BSI-48) y el índice de severidad global (IGS) (Cebolla et al., 2012).

Diseño

Se trató de un estudio preexperimental de un solo grupo con una medición previa y una post-tratamiento (Kerlinger & Lee, 2002) que consistió en realizar una medición pretratamiento a cada uno de los participantes con las escalas FFMQ y BSL-23. Posteriormente se realizó una intervención grupal que consistió en una sesión semanal de 120 minutos por un periodo de 8 semanas, al finalizar éstas se realizó una valoración post-tratamiento con los instrumentos mencionados.

Procedimiento

Se invitaba a participar a pacientes derivados al servicio de psicología desde diferentes servicios del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Se les contactaba telefónicamente y se agendaba una cita para explicarles brevemente el objetivo de la investigación y realizar la valoración pretratamiento. A cada persona se la entrevistaba con el SCID-II para TLP a fin de confirmar el diagnóstico, se les explicaba que se llevaría a cabo un entrenamiento de grupo para personas que sufren de TLP, que consistiría de diferentes ejercicios de respiración y atención que podrían impactar positivamente en su sintomatología. Se aclaraba que el entrenamiento no estaba en contraposición con el tratamiento farmacológico prescrito en el hospital.

Si la persona aceptaba se le proporcionaba un consentimiento informado en que se describía que su participación era completamente voluntaria, que no involucraría ningún costo, ni riesgo para su bienestar y que de no aceptar no tendrían ninguna consecuencia negativa como usuarios del hospital. En caso de aceptar se procedía con la evaluación inicial de los cuestionarios BSL-23 y FFMQ, al finalizar se acordaba con cada uno la fecha de inicio del entrenamiento.

La información recabada sobre los participantes fue de uso exclusivo para lograr el propósito de la investigación, todos los datos personales de los pacientes fueron manejados con confidencialidad y resguardados en bases de datos a los que sólo tenía acceso el investigador y el comité de investigación en caso de ser requerido.

Procedimientos clínicos

El módulo de mindfulness se instrumentó con base en el manual de entrenamiento en habilidades de Linehan (1993b), se realizaron 9 sesiones de 120 minutos en las que se revisaba y practicaba el contenido de las fichas incluidas en el manual correspondientes a las habilidades de conciencia: "mente sabia", las habilidades "qué" *observar, describir y participar* y las habilidades "cómo" *sin juicios, una cosa a la vez y ser efectivo* (Véanse las tablas 3 y 4). Se realizaban al menos dos prácticas de mindfulness y respiración diafragmática profunda en cada sesión, se les indicaba que realizaran prácticas específicas de tarea en su casa, en las que se ejercitaran las habilidades "qué" y "cómo". Algunas de las tareas consistieron en caminar unos minutos en modo

mindfulness, contar la respiración, lavar o realizar otras actividades en modo mindfulness, como escuchar música mientras se sigue la respiración, bañarse lentamente, comer moderadamente, tomar una taza de té, observarse en el espejo, atender a los sentidos, entre otras.

Los ejercicios respiratorios se basaron en el programa Respira Vida (*BreathWorks*) que consistieron en el recorrido mental del cuerpo, seguimiento de la respiración y movimientos conscientes. Cada ejercicio estaba dirigido y supervisado por el terapeuta, para las prácticas en casa se les hacía la invitación a llamar al terapeuta si existía alguna dificultad relacionada con la práctica o si habían dudas sobre la forma de hacerlo. Las Tablas 3 y 4 describe con mayor detalle el contenido y estructura de las sesiones.

Tabla 3
Descripción de las sesiones de entrenamiento en Mindfulness para TLP

Sesión	Contenido	Descripción de ejercicios
1	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación con instrumentos • Bienvenida y presentación de los integrantes y terapeuta • Entrega de material de apoyo • Explicación de los objetivos del entrenamiento • Especificación de las reglas del entrenamiento • Ejercicio de seguimiento de la respiración • Inicio de tema "Estados Mentales y Mindfulness" 	<p>Los detalles específicos de las reglas y los objetivos se toman tal cual de Linehan (1993b). El ejercicio de seguimiento de la respiración consiste en contar respiraciones completas del 1 al 10 y de vuelta en atención plena, según Linehan (1993b) y Hanh (1976).</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación subjetiva • Ejercicio de atención a los sentidos (tacto, oído y vista) • Continuación del tema "Estados Mentales" • Ejercicio de movimientos conscientes para complementar el ejercicio anterior • Inicio del tema de habilidades "Qué" (observar, describir y participar) 	<p>El ejercicio de los sentidos consiste en llevar la atención a la respiración de forma consciente, mientras se escucha, se observa o se siente algún detalle de la experiencia presente con atención.</p> <p>Los movimientos conscientes se refieren a mover de forma lenta y con atención plena algunas partes del cuerpo, de modo tal que se experimente con detalle y aceptación las sensaciones corporales.</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación subjetiva • Ejercicio de atención a los sentidos (olfato y gusto) • Continuación de tema habilidades "Qué" • Ejercicio de práctica de la habilidad "Qué" observar. Corriente del río y las hojas. • Ejercicio de práctica de la habilidad "Qué" describir. 	<p>El ejercicio de atención a los sentidos olfato y gusto se realizó usando una galleta que las participantes olfateaban y probaban con atención plena mientras tenían los ojos cerrados. El ejercicio de la corriente del río y las hojas se basa (básicamente) en que las personas se imaginen de forma vívida un río, que imaginen que el río es el flujo de su conciencia y que imaginen en hojas sobre el río los pensamientos que le surgen a cada quién, que los observen, que los describan y que los dejen ir en la corriente.</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación subjetiva • Ejercicio de recorrido del cuerpo • Inicio de tema habilidades "Cómo" y su relación con las habilidades "Qué" • Ejercicio de agrupación de los pensamientos 	<p>El recorrido del cuerpo consiste en sentarse cómodamente mientras por medio de la respiración y la imaginación se lleva atención plena a diferentes partes del cuerpo, las</p>

- con base en las habilidades "Cómo"
- Continuación de habilidades "Cómo"

sensaciones, texturas, temperaturas, etc. Mientras que el ejercicio de agrupación de los pensamientos consiste en que las personas identifiquen los pensamientos que vienen a su mente y los clasifiquen en "preocupaciones", "juicios", "planes" o "pensamientos sobre sí o sobre los otros". Sin juzgar, agrupando uno a la vez y siendo efectivos.

- 5
- Evaluación subjetiva
 - Ejercicio de práctica de la habilidad "Cómo-participar"
 - Repaso del tema de habilidades básicas de consciencia, habilidades "Qué" y "Cómo"
 - Ejercicio de la consciencia amable
 - Introducción al modelo de las emociones

El ejercicio para practicar la habilidad de participar, consistió en realizar una breve caminata en la habitación y el piso del hospital tratando de estar en completa atención, caminando de forma lenta, atentos a cada paso y fundidos con la experiencia. El ejercicio de consciencia amable se basó en por medio de la respiración y una caricia en el pecho cada persona trataba de generar compasión y aceptación al respecto de sí mismos y otras personas, mientras se emiten frases como "puedo ser realmente feliz", "puedo aceptarme tal como soy", "las cosas son como deben ser" etc.

- 6
- Evaluación subjetiva
 - Ejercicio de aceptación radical y media sonrisa
 - Continuación de la explicación del modelo de las emociones
 - Ejercicio de la canción e identificación de emociones
 - Revisión de tema de descripción de las emociones

El ejercicio de aceptación radical y media sonrisa, consiste en la explicación breve de que la aceptación es indispensable para modificar el sufrimiento, se le pide a las personas que se enfoquen en algún problema pequeño, que esbozen una sonrisa y traten de recibir voluntariamente el pensamiento y la emoción asociada con el problema mientras se dicen frases como "las cosas son como deben ser", etc. Mientras que el ejercicio de la canción consiste en escuchar en grupo una o dos canciones del gusto de la mayoría e identificar los pensamientos, las emociones y los comportamientos que la canción evoca, haciendo uso de las habilidades "qué" y "cómo".

- 7
- Evaluación subjetiva
 - Ejercicio de movimientos conscientes
 - Revisión de tema "cómo estar fuera de la mente emocional"
 - Ejercicio de cultivar una emoción positiva
 - Programar actividades que nos sean

Se realiza de manera similar a como se plantea en la sesión 2, pero escogiendo nuevos movimientos ligeros y lentos de diferentes partes del cuerpo. El ejercicio de cultivar una emoción positiva consiste en imaginar que estamos

	agradables.	realizando algo agradable, que nos gusta mucho, que sea sano. Y programar un horario para realizar algo parecido durante la semana.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación subjetiva • Revisión de las fichas sobre qué hacer en caso de crisis. • Ejercicio de recorrido del cuerpo 	Las fichas de supervivencia a la crisis pertenecen al modulo original de habilidades de "Tolerancia al malestar" del manual original Linehan (1993b).
9	<ul style="list-style-type: none"> • Breve resumen de las habilidades de conciencia • Ejercicios de atención plena • Ejercicio de la gratitud • Evaluación final • Despedida 	<p>Los ejercicios de atención plena durante esta sesión fueron seguimiento de la respiración, recorrido del cuerpo, media sonrisa y conciencia amable.</p> <p>El ejercicio de gratitud fue utilizado como cierre de la intervención. Consistió en que cada persona escribía una lista sobre cosas que agradecía de la vida y una breve reflexión sobre si tener TLP era una experiencia que les hubiera enseñado algo sobre la vida o el valor de la existencia. Al finalizar todas las participantes y el terapeuta leían las cosas que habían escrito.</p>

Tabla 4
Estructura general y tiempo aproximado de las sesiones de Entrenamiento en Mindfulness

Actividades	Duración
<p>Evaluación subjetiva</p> <p>El terapeuta realizaba un chequeo general del estado de ánimo de cada participante y preguntaba brevemente por alguna situación problemática relacionada con la práctica durante la semana. En caso de haber problemas proponía que se abordaran con más detalle en la parte dedicada a la revisión de tareas.</p>	15 min
<p>Práctica de mindfulness</p> <p>Se realizaba uno o dos ejercicios guiados por el terapeuta en el que se practicaba la atención plena de diferentes formas.</p>	20 min

Durante la práctica el terapeuta ponía énfasis en que las participantes no realizaran juicios, que se mantuvieran en el momento presente, que monitorearan la respiración y las sensaciones asociadas con ella. Se daba constantemente la instrucción de que regresaran su atención a la experiencia si notaban que se estaban distrayendo.

Revisión de tareas

Consistía en el cuestionamiento a cada participante sobre las prácticas realizadas en casa, qué, cómo y cuándo se habían realizado, se les preguntaba sobre los aprendizajes o experiencias personales de cada tarea y se daba retroalimentación con base en la participación de cada persona.

35 min

Descanso

Se daba un periodo para que las personas tomaran algún refrigerio, fueran al baño o simplemente socializaran entre ellas. El terapeuta aprovechaba el tiempo para mejorar la relación terapéutica con las participantes.

10 min

Revisión de tema nuevo

El terapeuta efectuaba la explicación de tópicos nuevos contenidos en el manual y propiciaba la discusión de grupo. Se aseguraba que todas las participantes expresaran su punto de vista y se cercioraba de aclarar todas las dudas manifiestas por ellas. Asimismo en esta parte se asignaba la tarea para la siguiente sesión.

25 min

Práctica de mindfulness

Se realizaba algún ejercicio de atención plena distinto al realizado en la primera parte de la sesión. La práctica incluía retroalimentación y comentarios de algunas de las participantes al finalizar el ejercicio.

20 min

Cierre de sesión

El terapeuta preguntaba de forma general cómo se sentían e incitaba a decir algún comentario sobre la sesión. Las despedía y les reiteraba su interés por verlas en la siguiente sesión.

5 min

6. Resultados

Para evaluar el efecto del entrenamiento en las variables *Mindfulness* (observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar, no reaccionar) y *Gravedad de la Sintomatología* se realizó una comparación entre las evaluaciones pre y post entrenamiento grupal por medio de la prueba estadística no paramétrica de Wilcoxon para muestras apareadas en virtud del nivel de medición, las características de distribución de los datos y el hecho de que se trata de los mismos participantes. Los resultados de este análisis se presentan en la Tabla 5 y se muestran gráficamente en las Figuras 1 y 2.

Tabla 5

Efecto del entrenamiento en Mindfulness y síntomas de TLP

Comparación (pre vs post)	Z	p
Observar	-1.836	.066
Describir	-1.308	.191
Actuar con conciencia	-1.012	.311
No juzgar	-.489	.624
No reaccionar	-.819	.413
Mindfulness Total	-1.778	.075
Gravedad de la sintomatología	-1.479	.139

Figura 1. Efectos del entrenamiento en las variables de Mindfulness

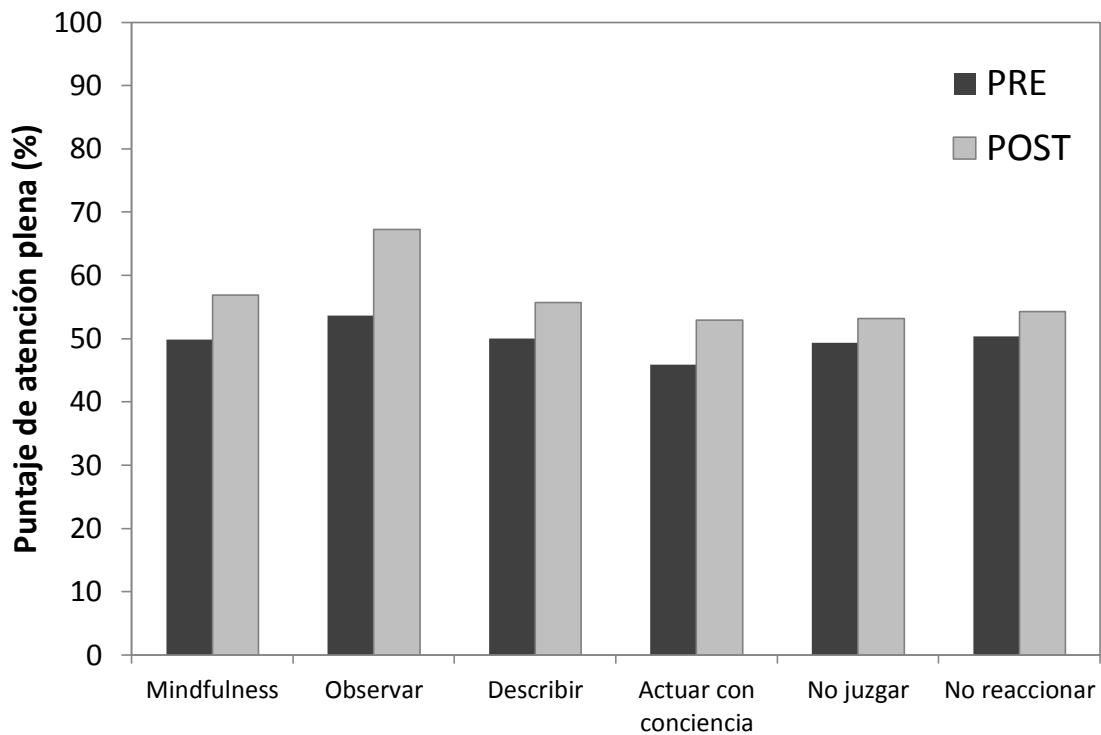


Figura 1. Se presentan las diferencias de grupo entre las evaluaciones pre y post entrenamiento para la variable Mindfulness y sus componentes. En la ordenada se representan los puntajes de la escala y sus subescalas como porcentajes acumulados de frecuencias y en la abscisa las diferentes subescalas del cuestionario FFMQ. Pese a la tendencia de incremento en los puntajes después del entrenamiento, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones.

Con el objetivo de facilitar la inspección visual de los efectos del entrenamiento en la sintomatología de cada participantes, se presentan gráficamente los resultados de las once participantes en la Figura 3. Con respecto a las diferencias grupales en la variable de *Bienestar Subjetivo* incluida en el BSL-23, los resultados muestran un pequeño

incremento en las evaluaciones pre y post entrenamiento del 44% al 45% de bienestar subjetivo, respectivamente.

Figura 2. Efectos del entrenamiento en los síntomas del TLP

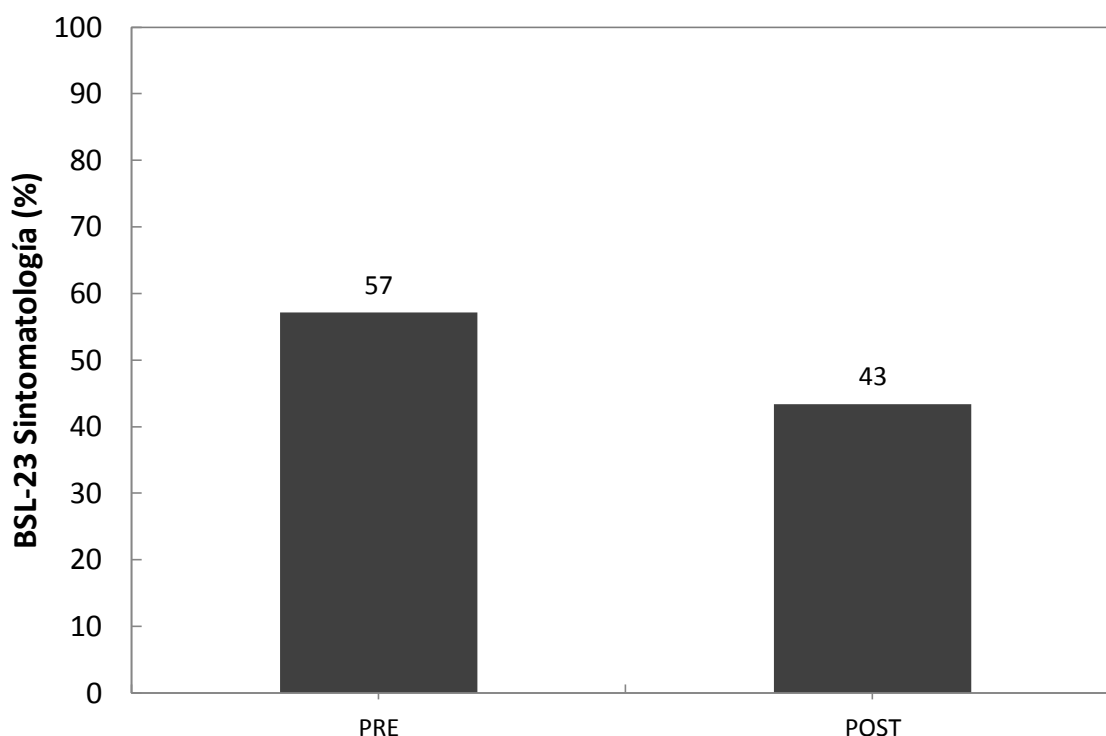


Figura 2. Diferencias de grupo entre las evaluaciones pre y post entrenamiento en la gravedad de la sintomatología del TLP. En la ordenada se representan los puntajes de intensidad evaluados con el BSL-23 que han sido transformados a porcentaje acumulado de frecuencia para su graficación, en la abscisa se muestra el momento en que se realiza la medición. Pese a la reducción de la sintomatología evaluada como grupo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones.

Con el fin de observar los efectos del entrenamiento en la frecuencia de comportamientos de riesgo registrados por medio del BSL-23, se realizó un análisis estadístico no paramétrico por medio de la prueba

de Wilcoxon para muestras apareadas. Los resultados reflejan reducción estadísticamente significativa en el comportamiento de enojo descontrolado ($Z=-2.214$, $p=.027$), asimismo hubo reducción en otros comportamientos de riesgo, sin embargo no fueron estadísticamente significativos. Se muestran detalles en la Figura 4.

Figura 3. Gravedad de síntomas por participante

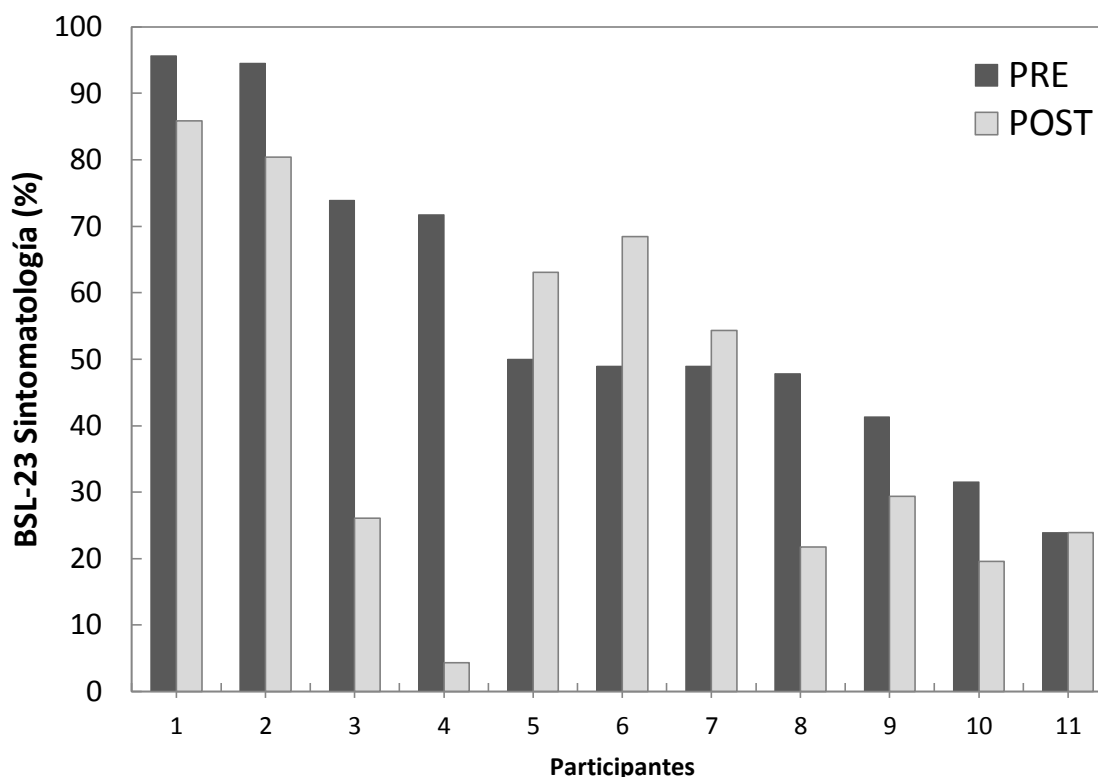


Figura 3. Diferencias en las evaluaciones pre y post entrenamiento por participante para la variable de sintomatología del TLP evaluada con el BSL-23. Se ordenaron los participantes en función de la intensidad de la sintomatología en la evaluación previa. En la ordenada se muestra los puntajes en el BSL-23 transformados a porcentajes acumulados de frecuencias y en la abscisa están los numerados los participantes. Observamos reducciones de sintomatología en 7 de 11 casos, en tres casos hubo aumento de síntomas y en un caso no hubo diferencias.

Adicionalmente se realizó un análisis de la relación entre las habilidades de Mindfulness y la Sintomatología de TLP, así como el Bienestar Subjetivo, con el objetivo de determinar la asociación entre la práctica de mindfulness y mejoras en la sintomatología independientemente de la intervención. Se realizó un prueba de correlación de Spearman por tratarse de variables ordinales, así como por la distribución de los datos. La Tabla 6 muestra los coeficientes de correlación y sus probabilidades asociadas.

Figura 4. Cambios en comportamientos de riesgo

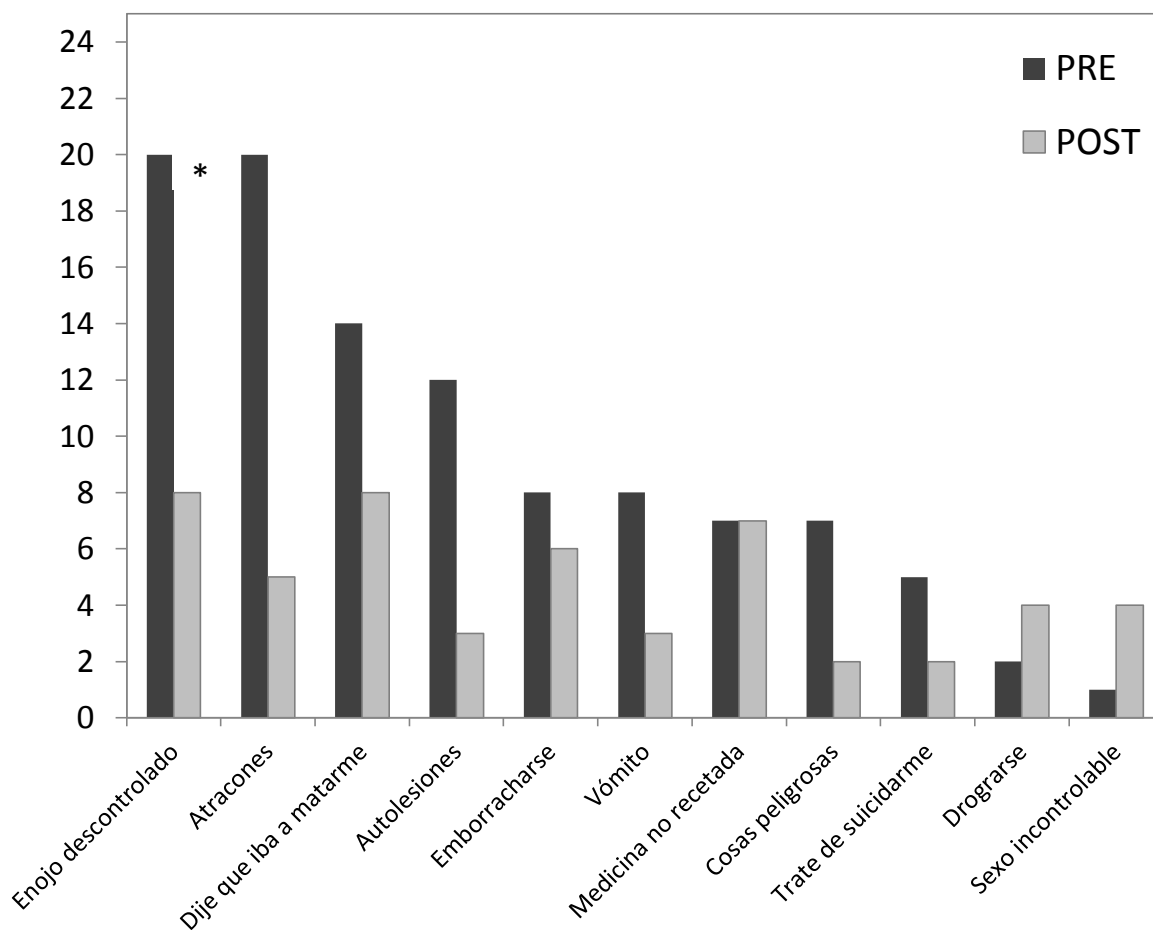


Figura 4. Cambios en comportamientos de riesgo según la medición pre y post entrenamiento. En la ordenada se presentan frecuencias de realización de

comportamientos según auto-reporte de las participantes en un periodo de una semana anterior a la evaluación. En la abscisa se encuentran los diferentes comportamientos evaluados por el BSL-23. Se ordenan los resultados en función de la magnitud del cambio. * $p < .05$.

La correlación indica una relación negativa estadísticamente significativa entre las variables *actuar con conciencia, no juzgar, mindfulness total* y la *sintomatología de TLP*, así como una relación positiva, estadísticamente significativa, entre las variables *no juzgar, mindfulness total* y el *bienestar subjetivo*. Si bien la fuerza de las asociaciones tanto positivas como negativas es moderada, es estadísticamente significativa. Entre más capacidad de mindfulness existe menor sintomatología de TLP y mayor bienestar subjetivo (véase la Tabla 6).

Tabla 6

Relación entre Mindfulness, Sintomatología de TLP y Bienestar Subjetivo

Habilidades de Mindfulness	Sintomatología BSL-23		Bienestar subjetivo	
	Coefficiente Spearman	p	Coefficiente Spearman	p
Observar	-.143	.523	.220	.326
Describir	-.190	.397	.298	.178
Actuar con conciencia	-.680	<.01	.372	.089
No juzgar	-.639	<.01	.441	<.05
No reaccionar	-.275	.275	.217	.332
Mindfulness Total	-.604	<.01	.452	<.05

7. Discusión

El objetivo de la presente investigación fue evaluar el efecto de un entrenamiento en mindfulness basado en el módulo de atención plena de la TDC en la gravedad de la sintomatología de pacientes con TLP. El entrenamiento resultó en incrementos en las diferentes habilidades que componen Mindfulness (observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar y no reaccionar) y redujo la gravedad de la sintomatología del grupo de participantes con TLP. Los cambios denotaron mejoría clínica aunque no resultaron estadísticamente significativos. La frecuencia de varios comportamientos de riesgo fue menor a la evaluación previa al entrenamiento y específicamente el enojo descontrolado disminuyó de forma estadísticamente significativa. Adicionalmente, mayores habilidades de mindfulness se relacionaron significativamente con disminuciones en la sintomatología de TLP e incrementos del bienestar subjetivo.

De manera similar a los hallazgos de Soler et al. (2012) y Feliu-Soler et al. (2013), el entrenamiento de nueve sesiones de mindfulness, resultó en incrementos de las habilidades de mindfulness evaluadas por separado (observar, describir, participar, actuar con conciencia, no juzgar y no reaccionar) y en conjunto. La habilidad en la que se mostró mayor mejoría (incremento) fue observar, que consiste básicamente en llevar atención a los sentidos en el momento presente y se realiza al inicio de casi cualquier ejercicio de atención plena o mindfulness (Hanh, 1976). Podría suponerse que los incrementos específicos en esta

habilidad se derivan de la práctica frecuente que se realiza de ella aunque el ejercicio no se enfoque propiamente en observar.

Los efectos del entrenamiento en la variable mindfulness no resultaron estadísticamente significativos, lo que pudo haberse debido al número reducido de participantes, a una insuficiente sensibilidad del instrumento para el cambio o al hecho de que el entrenamiento en sí mismo no haya funcionado. Aunque la prueba de Wilcoxon está diseñada para grupos menores de 15, la probabilidad de que las puntuaciones de un grupo con un número mayor de participantes se distribuya de forma normal es mayor a la obtenida en el estudio actual. Un número mayor hubiera permitido utilizar una prueba estadística más sensible (basada en una distribución normal) que encontrara diferencias estadísticamente significativas si en realidad existían (Siegel, 1956).

En cuanto a la sensibilidad al cambio en el instrumento FFMQ, se sabe que la prueba ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas de confiabilidad y validez (Cebolla et al., 2012), así como que distingue entre personas que practican meditación de las que no la practican (Baer et al., 2008), sin embargo, a nuestro conocimiento no existen estudios orientados a la evaluación de la sensibilidad del cambio en el instrumento. En otras palabras, es posible que la prueba posea especificidad pero no sensibilidad, por lo tanto es una herramienta que podría no ser capaz de detectar los efectos de un entrenamiento.

Sobre la posibilidad de que el entrenamiento realmente no haya tenido un efecto en la atención plena, es probable que se deba a insuficiencias en la impartición del mismo. Si bien el instructor se basó en el manual y los ejercicios mencionados en el método del presente estudio, en los artículos realizados por Soler et al. (2012) y Feliu-Soler et al. (2013), mencionan que sus instructores contaban con formación en TDC brindada por "Behavioral Technology Transfer Group", situación que no es posible encontrar en los hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México, entre otras condiciones de logística que resultan diferentes del entrenamiento en el presente estudio.

Por otro lado, el efecto del entrenamiento en la mejoría de la sintomatología de TLP fue una reducción en la intensidad de los síntomas después de la intervención. Como se ha señalado en una revisión sistemática sobre mindfulness para enfermedades mentales graves, la práctica de la atención plena por separado o como componente de otras intervenciones más complejas, puede tener un efecto prometedor en la disminución de la sintomatología psiquiátrica asociada con malestar (Davis & Kurzban, 2012). Las disminuciones que resultaron visibles gráficamente parecen apuntar a que el TLP no es la excepción en cuanto a efectos del mindfulness dentro de las enfermedades mentales graves, incluso realizándose de forma independiente.

Pese a una mejoría visible en la intensidad de la sintomatología no resultó estadísticamente significativa; lo anterior podría deberse a dos

causas relacionadas con lo ya descrito al respecto de la falta de significancia estadística para la variable mindfulness. Primeramente el argumento del número reducido de participantes aplica del mismo modo para la intensidad de la sintomatología del TLP, un número mayor de participantes posibilitaría el uso de pruebas con mayor poder estadístico que permitieran encontrar diferencias significativas si es que éstas existieran. Asimismo, la poca similitud entre el instructor que impartió el entrenamiento en el estudio presente y las características de los instructores descritos en otros estudios, podrían explicar el carácter más modesto de la mejoría.

Probablemente uno de los efectos más claros de la intervención fue la reducción del enojo descontrolado, cuya diferencia entre la evaluación pre y post entrenamiento resultó ser clínica y estadísticamente significativa, asimismo se redujeron en frecuencia otros comportamientos como atracones y autolesiones. De acuerdo con Linehan (1991), las reducciones en comportamientos de riesgo son un indicador de éxito en el tratamiento. Uno de los síntomas más preocupantes de las personas con TLP son los comportamientos que ocurren como consecuencia a emociones no reguladas, por lo tanto dado que el entrenamiento se relacionó con una disminución en esos comportamientos se considera exitoso según el criterio propuesto por Linehan.

Los efectos registrados en la gravedad de la sintomatología evaluados paciente por paciente mostraron diferencias individuales. Dichas

diferencias se muestran en el hecho de que algunas participantes se beneficiaron más que otras y que en 3 de los 11 casos hubo incrementos en la sintomatología. Dada la complejidad de la naturaleza del comportamiento usual en la psicopatología de una persona con TLP, estos aumentos pudieron deberse a variables ambientales o circunstanciales que influyeron en el resultado final. Según Linehan (1993), las personas con TLP experimentan un patrón de "*crisis implacables*" que consiste en situaciones problemáticas constantes frecuentemente relacionadas con su estilo intenso de vida. En el caso de las participantes del presente estudio dicho patrón de crisis implacables se vio reflejado en rupturas de relaciones interpersonales, cambios de domicilio y en hospitalizaciones psiquiátricas de familiares, que muy probablemente pudieron agudizar la intensidad de sus síntomas.

Un análisis realizado más allá del objetivo general del estudio fue calcular la relación entre mindfulness y los síntomas de TLP, los resultados concuerdan con las propuestas de Feliú-Soler et al. (2013) y Soler et al. (2012), quienes identifican una relación positiva entre la práctica de mindfulness y mejoría en la sintomatología clínica de pacientes con TLP. Los coeficientes de correlación entre tales variables suponen que la fuerza de asociación negativa entre intensidad de los síntomas y la práctica de mindfulness es moderada. Es muy probable que mientras mayor sea la práctica de mindfulness menor sea la intensidad de los síntomas y viceversa. Las habilidades que más se

asociaron negativamente con la sintomatología fueron la de *actuar con conciencia* y *no juzgar*, respectivamente. La habilidad de *no juzgar* consiste básicamente en no evaluar en términos de buena o mala la experiencia presente, asimismo *no juzgar* es una instrucción que estuvo presente en la inmensa mayoría de los ejercicios y actividades que compusieron el entrenamiento. Esto reflejaría como ha propuesto Lynch (2006), que los juicios modifican la percepción de los individuos de las circunstancias actuales y dificultan el aprendizaje de respuestas que impactan en el bienestar de la persona. Al aumentar la habilidad de *no juzgar* en las personas con TLP se les sensibiliza a las contingencias actuales, se modifica su aprendizaje y por ende, hay mejoría en la sintomatología y bienestar subjetivo.

Por otro lado, la habilidad de *actuar con conciencia* se refiere a participar en una actividad con atención plena, “fundirse” totalmente con la experiencia. En el presente estudio se recomendó a los participantes practicar la realización de una sola actividad a la vez y muy frecuentemente durante los ejercicios se les recomendaba que imaginaran que lo que estaban realizando en ese momento era lo más importante de toda su vida. En concordancia con Hanh (1976) “cada acto es un rito”, haciendo referencia a la importancia y atención que debemos tener ante cualquier evento, independientemente de lo cotidiano o trivial que parezca. De modo similar, Linehan et al. (2007) y Lynch et al. (2006) proponen que la práctica de mindfulness se relaciona con la modificación del control atencional, así una persona

que practica aprende a modificar el foco de atención de aspectos de la experiencia que no le resultan útiles a aquellos que le benefician y la capacidad de actuar con conciencia podría permitirles a los individuos con TLP desapegarse de estímulos que elicitaban emociones, mejorar la regulación emocional y de esta forma incidir en la disminución de la sintomatología.

Es probable que estos hallazgos en las asociaciones, de reiterarse sistemáticamente, pudieran servir de base para introducir modificaciones al entrenamiento, de modo tal que se ponga énfasis en la práctica de algunas habilidades específicas para potenciar el efecto en la sintomatología. Adicionalmente, tales hallazgos podrían dirigir suposiciones al respecto de cuáles de los mecanismos propuestos para el funcionamiento de mindfulness son más probables.

Recomendaciones para estudios futuros

Las limitaciones del presente estudio, que a su vez son recomendaciones para futuras investigaciones, son: el número reducido de participantes, la falta de un grupo control o de comparación, el uso de reportes subjetivos para la evaluación de síntomas y comportamientos, la carencia de instructores o terapeutas certificados y la realización de evaluaciones de seguimiento.

El número de participantes influye, entre otras cosas, en la confianza que tenemos en ciertos efectos determinados, en la medida en que un efecto ocurre en más individuos se genera mayor confianza sobre el

procedimiento y, cumpliendo con ciertas características de muestreo, se puede llegar a suponer algún grado de generalización. Otros estudios se beneficiarían de incluir más participantes y con más variabilidad de características sociodemográficas. Por otra parte, la ausencia de grupo control (o de comparación) se considera una amenaza a la validez interna (Kerlinger & Lee, 2002), en el sentido de que podría haber características propias de las personas con las que trabajamos que pudieran oscurecer o matizar los resultados de un procedimiento, situación que podría resolverse por medio del uso de registros conductuales directos o procedimientos de aleatorización en la conformación de los grupos y en la asignación de los tratamientos. Investigaciones próximas deberán incluir un grupo control, o en su defecto, uno de comparación e introducir registros tales como audio o videograbaciones apegándose a los lineamientos éticos en vigor.

El uso de reportes subjetivos como mediciones de la sintomatología y comportamientos, es susceptible de crítica desde el punto de vista de que las respuestas pueden ser manipuladas intencionalmente o influidas por sesgos en la auto-percepción o auto-monitoreo, así, evaluaciones que incluyan el mencionado registro directo de la conducta, inclusive en situaciones experimentales prediseñadas; podrían arrojar más luz al respecto de la efectividad de estrategias como mindfulness en síntomas de TLP.

Por otra parte, pese al uso de manuales y ejercicios específicos de entrenamiento en mindfulness, la certificación de los terapeutas o

instructores es necesaria, entre otras cosas, para garantizar la integridad o validez de la variable independiente, el entrenamiento en este caso. Entonces, el propósito de tener terapeutas certificados es incrementar la probabilidad de que estemos realmente evaluando el efecto de un entrenamiento en mindfulness y no un entrenamiento que sólo parezca mindfulness. Sin embargo, aún con las limitaciones descritas los datos sugieren que hay más indicadores para pensar en un efecto positivo del tratamiento que en un efecto nulo del mismo, si no fuera este el caso hay más indicadores para pensar en un efecto nulo que en un efecto negativo.

Aunque la investigación, la práctica y la teoría apoyan el uso del mindfulness para el TLP, existen necesidades importantes que cubrir en cada uno de estos ámbitos en México y quizás a nivel mundial. Solamente con respecto a nuestro país, es quizás el primer estudio orientado a establecer la efectividad del uso del mindfulness en personas con TLP. Queda por determinar si las diferencias culturales tienen un impacto en el efecto de la práctica o si tendrían que hacerse adaptaciones para utilizarla de forma más efectiva en mexicanos. En cuanto al ámbito clínico, en nuestra opinión, existe una importante necesidad de que más personas se formen para la aplicación del mindfulness y otras estrategias de la TDC a problemas como el TLP. Pese a la relativa carencia de datos, los pacientes con TLP con frecuencia describen una cantidad importante de tratamientos que han llevado y que no les han producido mejoría. Esto deja entrever la

necesidad de métodos efectivos para esta problemática. Finalmente, más allá de la curiosidad teórica o práctica, mejorar en la investigación y tratamiento del TLP se traduce en ayuda con un valor incalculable para una persona sufriendo por el trastorno.

8. Referencias

- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Aragónés, E., Salvador-Carulla, L., López-Mauntaner, J., Ferrer, M., & Piñol, J. L. (2013). Registered Prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta Sanitaria*, 27 (2): 171-174.
- Arntz, A., Van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., Wies, M. C. & De Bie, A. (2003). Reliability and Validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 45 - 59.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S.,... Williams, J.M. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assesment*, 15: 329 - 342. doi: 10.1177/1073191107313003.
- Biagini, M, Torruco, M., & Carrasco, B. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con TLP estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud Mental*, 28(1), 52-60.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish Validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126.

- Davis, L. & Kurzban, S. (2012). Mindfulness-based treatment for people with severe mental illness: a literature review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15, 202 - 232. doi: 10.1080/15487768.2012.679578
- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Borrás, X., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., Armario, A.,... Soler, J. (2013). Effects of Dialectical Behavior therapy-Mindfulness Training on Emotional Reactivity in Borderline Personality Disorder: Preliminary Results. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1837
- Grant, B.F., et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533 - 545.
- Gunderson, J. G. (2010). Revising the borderline diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 694-708. doi:10.1521/pedi.2010.24.6.694
- Gunderson, J.G., & Links, P.S. (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide*. (2nd ed.) Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hanh, T. N. (1976). *Miracle of mindfulness*. Boston: Beacon.
- Hayes, S., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Jiménez-Pacheco, S. (2014). *Adaptación cultural y validación de la lista de síntomas del trastorno límite de personalidad (BSL-23)*. Trabajo presentado en el 4to Congreso de Alumnos de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacourt.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377, 74-84.
- Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W., & Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-564.
- Lindenboim, N., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2007). Skills practice in dialectical behavior therapy for suicidal borderline women. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14,147–156.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. En: A. Bohart & L. Greenber (Eds.), *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy*. 353 – 392. Washington, DC: American Psychological Association.

- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Disregulation. En: Gross, J. (Ed.) *Handbook of Emotion Regulation*, Guilford Press, NY, 581-605.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized trial + follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Linehan, M., Dimeff, L., Reynolds, S., Comtois, K., Shaw-Welch, S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12 step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, C., Kanter, J., & Comtois, K. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal of Addictions*, 8, 279-292.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. & Linehan, M.M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62 (4), 459-480.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 33-45.

- Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kossons, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Blair, R. J. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion, 6*(4), 647-655.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*(1), 181 - 205.
- Mendieta, D.C. (1997). La conducta autolesiva en el trastorno límite de la personalidad. Instituto Nacional Psiquiatría. *Información Clínica, 8*(5), 28 - 29.
- Philippot, P., Schaefer, A., & Herbet, G. (2003). Consequences of specific processing of emotional information: Impact of general versus specific autobiographical memory priming on emotion elicitation. *Emotion, 3*, 270-283.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 158*, 632-634.
- Schuppert, H. M., Bloo, J., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M., & Nauta, M. H. (2012). Psychometric evaluation of the Borderline Personality Disorder Severity Index-IV-- adolescent version and parent version. *Journal of Personality Disorders, 4*(1), 628 - 640.
- Segal, Z., Williams, G., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Siegel, S. (1956). *Non-parametric statistics for the behavioral sciences*. New York: McGraw-Hill.
- Stoffers, J., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder.

Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 6. Art. No.: CD005653. DOI: 10.1002/14651858.CD005653.pub2.

Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. Art.No.:CD005652.DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.*

Soler, J., Campins, M. J., Pérez, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, F., & Álvarez, E. (2001). Olanzapine and cognitive-behavioural group therapy in borderline personality disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría, 29*, 85–90.

Soler, J., Pascual, J. C., Campins, J., Barrachina, J., Puigdemont, D., Alvarez, E., et al. (2005). Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1221–1224.

Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J.,... Pérez, V. (2009). Dialectical Behaviour Therapy skills training compared to Standard Group Therapy in Borderline Personality Disorder. A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behavior and Research Therapy, 47*, 353 - 358.

Soler, J., Valdepérez, A., Feliú-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, 50*(2), 150-157. doi: 10.1016/j.brat.2011.12.002.

Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M., & Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry, 13*, 1-7.

- Soloff, P., Lynch, K., & Kelly, T. (2002). Childhood abuse as a risk factor suicidal behavior borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 6(1), 201-214.
- Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S., & Trull, T. J. (2008). The Effect of Dialectical Behavior Therapy Skills Use on Borderline Personality Disorder Features. *Journal of Personality Disorders*, 22, 549 - 563.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A promising new treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.
- van den Bosch, L. M. C., Verheul, R., Schippers, G. M., & Van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27, 911-923.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Anexo A: Descripción de la Sede

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" (en lo subsecuente HPFBA), se encuentra ubicado en el sur de la ciudad de México con domicilio en: San Buenaventura No. 2 Esquina con Niño de Jesús Col. Tlalpan, Deleg. Tlalpan México D.F. C.P. 14000. Este Hospital, fue creado bajo el proyecto "Operación Castañeda", el cual se desarrolló por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia durante el periodo 1966 a 1967.

La fecha de inauguración del HPFBA, fue el 9 de mayo de 1967 y su objetivo fue el de brindar atención médica hospitalaria a la población de ambos sexos adulta con trastornos mentales agudos, contando para ello con recursos de diagnóstico y tratamiento modernos para la época. Además de ser la sede para el adiestramiento de personal médico en psiquiatría. El inmueble consta de 10 pisos y una superficie construida de 20,000 metros cuadrados en donde se disponía de 600 camas.

Administrativamente desde su inicio y hasta 1983 el Hospital dependió de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, año en el cual es transferida la responsabilidad administrativa a la Dirección General de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, del año 1992 a 1995 dependió de la entonces Coordinación de Hospitales, en 1997 se transfiere la dependencia a la recién creada Coordinación de Salud Mental.

En el año de 1992 inició la ampliación y remodelación del Hospital constituyéndose una unidad para modernizar las instalaciones de los servicios ambulatorios. A partir de 1995 se estableció su capacidad operativa con 300 camas censables.

En la actualidad (2013), el hospital opera con los siguientes preceptos como organización:

Misión: Brindar atención integral de alta calidad y humanista a la población que requiera servicios especializados en psiquiatría y salud mental, así como formar recursos humanos en la materia.

Visión: Ser el mejor hospital de psiquiatría y salud mental en México, líder en Latinoamérica en los modelos de atención, reinserción psicosocial, en la enseñanza e investigación.

En el año 2012 se firma por primera vez un acuerdo de colaboración entre el HPFBA y la Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, en el que se incluye la participación de estudiantes de la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual en cuatro servicios de atención hospitalaria, bajo la supervisión general de la Jefatura de Investigación.

Dentro de la estructura orgánica del HPFBA los servicios en los que participa el psicólogo con Residencia en Medicina Conductual son: en la División de Atención Hospitalaria de la Subdirección de Hospitalización en el Servicio de Urgencias-Observación; en la

División de Cuidados Especiales y Especialidades en la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP); en la Subdirección de Servicios Ambulatorios en el Servicio de Consulta Externa y la Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT).

En cuanto a las actividades del psicólogo con Residencia en Medicina Conductual en los servicios nombrados, están:

- Servicio de Urgencias-Observación y Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP): estos servicios constan de 12 y 17 camas respectivamente, las actividades clínicas que realiza el psicólogo en tales áreas son:
 1. Pase de visita: Consiste en la entrevista, valoración y tratamiento de todos los pacientes detenidos en el área de observación realizada por todo el equipo de atención: Médicos psiquiatras adscritos al servicio, residentes de segundo año en psiquiatría, residentes de la especialidad en urgencias médicas y el psicólogo de la maestría en psicología. Los médicos y los psicólogos realizan varias entrevistas en conjunto y por separado, en esta actividad el psicólogo identifica aquellos pacientes que son susceptibles de intervención breve. Principalmente cuadros afectivos, trastornos de personalidad y neuróticos, entre otros. No existe una regla para determinar qué pacientes serán abordados por el psicólogo pero un criterio general, muy útil para el abordaje es hacer distinción entre pacientes psicóticos y

aquellos que no lo son. Asimismo es frecuente que los médicos adscritos le soliciten de forma directa al psicólogo la atención de un caso particular, a los que también es indispensable dar prioridad.

2. **Intervención individual:** En este punto tanto médicos como psicólogos trabajan en equipo con el objetivo de proporcionar una solución que permita al paciente su mejoría sintomática a corto plazo y su evolución a otros servicios como hospitalización en piso o consulta externa. Por lo tanto las intervenciones psicológicas en este servicio tienen la característica de ser breves (máximo 5 días), de ser orientadas a síntomas, de abordar problemas urgentes y principalmente aquellos relacionados con el motivo de hospitalización. En esta actividad se realizan formulaciones de caso simples como modelos ABC o cadenas EORC, para dirigir el tratamiento a deficiencias o excesos específicos del funcionamiento del paciente que puedan ser abordados en el contexto de la sala de observación. Es importante recalcar que el psicólogo realiza evaluaciones de autorreporte, registros conductuales u otras herramientas para valorar el cambio en el paciente.

3. **Intervención en crisis.** Esta actividad es exclusivamente implementada por los psicólogos de la Maestría en Medicina Conductual en aquellos casos en que los pacientes llegan a

urgencias psiquiátricas y no cumplen todos los criterios para su hospitalización, pero presentan una respuesta emocional considerable, que hace necesaria una intervención en el momento. Son intervenciones breves, de aproximadamente 30 a 50 minutos, solicitadas por los residentes de psiquiatría o por los médicos adscritos, cuyo propósito principal es ayudar al paciente a conseguir un estado emocional menos disruptivo que le permita tomar decisiones a corto plazo y realizarlas sin poner en riesgo el bienestar propio o de terceros. Con el afán de lograr que el paciente no sea innecesariamente hospitalizado y que pueda continuar con su tratamiento en el servicio de consulta externa.

- Servicio de Consulta Externa: se refiere a la atención que se le brinda a los pacientes de forma periódica que no presentan criterios de hospitalización.
 1. Grupo informativo y de entrevista: Se les brinda a todos los pacientes que acuden por primera vez al HPFBA el día que tienen que realizar su entrevista de historia clínica. Consiste en proporcionar breve información al respecto de los procedimientos generales que tienen que realizar el día de su cita de entrevista de historia clínica con psiquiatría. Se les indica que deberán pasar con trabajo social, con enfermería, con psiquiatría y con psicología. Aquí en el área de psicología se les realiza la invitación expresa al

grupo psicoeducativo de los días jueves, se les entrega un cuestionario autoaplicable sobre datos generales de su padecimiento y una versión del Symptom Check List 90 (SCL-90) para que sea respondida según su padecimiento actual, posteriormente se realiza una entrevista breve (5 - 10 min) con base en el cuestionario llenado con el objetivo de obtener la impresión diagnóstica.

2. Grupo Psicoeducativo: Este grupo se realiza los días jueves en la consulta externa del HPFBA, se les proporciona a todos los pacientes de primera vez sin distinción por diagnóstico, tiene una duración de 2 horas por sesión, se imparte por la psicóloga adscrita a consulta externa, el psicólogo de la maestría en Medicina Conductual y algún estudiante del pregrado en psicología. Originalmente el grupo consistía en proporcionar información sobre seis diferentes tópicos que se abordaban uno por sesión (enfermedad mental, medicamentos psiquiátricos, identificación de emociones, violencia, relación con el medio y cambio de actitud). El psicólogo en Medicina Conductual se incorpora al proceso de psicoeducación realizando ejercicios de entrenamiento en diferentes habilidades dependiendo el contexto de la sesión, son frecuentes el uso de estrategias en solución de problemas,

habilidades sociales y asertividad, reestructuración cognitiva, relajación, entre otras.

3. Psicoterapia individual: Algunos pacientes reciben atención psicológica individual por parte del psicólogo en Medicina Conductual, los pacientes son canalizados por algún médico adscrito al servicio. Son los más frecuentes los pacientes con diagnósticos afectivos, neuróticos y/o de personalidad. Todas las intervenciones son basadas en evidencia empírica, cada paciente es entrevistado, evaluado y tratado con base en lo que sugiere la literatura de investigación. Cada paciente se mantiene con cuidado médico regular, es visto aproximadamente una vez por semana por el terapeuta y cada caso es supervisado por la psicóloga adscrita al servicio, los médicos psiquiatras adscritos y los supervisores académicos e in situ.

ANEXO B

Lista de Síntomas del Trastorno Límite de Personalidad
Borderline Symptom List 23 (BSL-23)

Instrucciones: En la siguiente tabla se describen una serie de dificultades y problemas que posiblemente le hayan pasado. Por favor lea la siguiente lista y decida qué tanto le ha ocurrido cada problema **durante la semana pasada**. Si no tiene alguno de los problemas en este momento, por favor responda de acuerdo a *cómo cree que se pudo sentir en la semana*. No hay respuestas buenas ni malas, por favor conteste con toda verdad. **Todas las preguntas se refieren a la semana pasada. Si usted se sintió de diferentes formas a lo largo de la semana, trate de escoger la opción que más le haya pasado.**

Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar.

En el transcurso de la última semana...		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1	Me costó trabajo concentrarme	0	1	2	3	4
2	Me sentí indefensa(o)	0	1	2	3	4
3	Estuve distraída(o) e incapaz de recordar lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4	Sentí asco	0	1	2	3	4
5	Pensé en lastimarme	0	1	2	3	4
6	Desconfié de otras personas	0	1	2	3	4
7	Sentí que no tenía derecho a vivir	0	1	2	3	4
8	Me sentí sola(o)	0	1	2	3	4
9	Me sentí tensa(o) y estresada(o)	0	1	2	3	4
10	Imaginé cosas que me dieron mucho miedo	0	1	2	3	4
11	Sentí odio por mí misma(o)	0	1	2	3	4
12	Sentí deseos de castigarme	0	1	2	3	4
13	Sentí vergüenza	0	1	2	3	4
14	De repente me cambiaba el estado de ánimo entre ansiedad, enojo o depresión	0	1	2	3	4
15	Escuché voces y sonidos dentro y fuera de mi cabeza	0	1	2	3	4
16	Me hizo sentir muy mal que me criticaran	0	1	2	3	4
17	Me sentí vulnerable	0	1	2	3	4

ANEXO C

Questionario de Cinco Facetas de Mindfulness

Five Facet Mindfulness Questionnaire

Instrucciones: Por favor seleccione para cada enunciado la opción que mejor describa su opinión sobre lo que considera que es <u>generalmente cierto para usted</u>:	Nunca o muy rara vez	Rara vez	A veces	Frecuente-mente	Siempre o muy frecuente-mente
1. Cuando voy caminando, a propósito noto las sensaciones de mi cuerpo en movimiento	1	2	3	4	5
2. Soy buena(o) para encontrar palabras que describan mis sentimientos	1	2	3	4	5
3. Me critico a mi misma(o) por tener emociones irracionales o inapropiadas	1	2	3	4	5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos	1	2	3	4	5
5. Cuando hago cosas mi mente divaga y se distrae fácilmente	1	2	3	4	5
6. Cuando me baño estoy alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo	1	2	3	4	5
7. Fácilmente puedo poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas	1	2	3	4	5
8. No pongo atención a lo que estoy haciendo porque estoy soñando despierta(o), preocupada(o) o distraída(o) de otra forma	1	2	3	4	5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos	1	2	3	4	5
10. Me digo a mi misma(o) que no debería estar sintiendo de la forma en la que siento	1	2	3	4	5
11. Me doy cuenta cómo mis pensamientos, sensaciones y emociones se afectan por lo que como o bebo	1	2	3	4	5
12. Es difícil para mí encontrar las palabras para describir lo que pienso	1	2	3	4	5
13. Fácilmente me distraigo	1	2	3	4	5
14. Creo que algunos de mis pensamientos son raros o malos y que no debería pensar de esa forma	1	2	3	4	5
15. Pongo atención a las sensaciones como el viento en mi cabello o el sol en mi cara	1	2	3	4	5
16. Tengo problemas para pensar las palabras correctas que expresen cómo me siento sobre las cosas	1	2	3	4	5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos	1	2	3	4	5
18. Me resulta difícil estar concentrada(o) en qué está pasando en el presente	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes estresantes, doy un paso atrás y soy consciente del pensamiento o imagen sin verme dominado por él	1	2	3	4	5
20. Pongo atención a sonidos como el tictac de los relojes, el canto de las aves o los carros que pasan	1	2	3	4	5

Instrucciones: Por favor seleccione para cada enunciado la opción que mejor describa su opinión sobre lo que considera que es <u>generalmente cierto para usted</u>:	Nunca o muy rara vez	Rara vez	A veces	Frecuente-mente	Siempre o muy frecuente-mente
21. En situaciones difíciles puedo hacer una pausa sin reaccionar inmediatamente	1	2	3	4	5
22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, es difícil para mí describirla porque no puedo encontrar las palabras correctas	1	2	3	4	5
23. Parece que estoy en "piloto automático", sin mucha conciencia de lo que estoy haciendo	1	2	3	4	5
24. Puedo sentirme calmada(o) poco después de tener pensamientos o imágenes estresantes	1	2	3	4	5
25. Me digo a mi misma(o) que no debería estar pensando como lo estoy haciendo	1	2	3	4	5
26. Noto los olores y aromas de las cosas	1	2	3	4	5
27. Aún cuando me siento terriblemente molesta(o), puedo encontrar la manera de describirlo en palabras	1	2	3	4	5
28. Hago las cosas rápido sin estar realmente atento a ellas	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes estresantes soy capaz de sólo darme cuenta de ellos sin reaccionar	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las	1	2	3	4	5
31. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o la naturaleza, como colores, formas, texturas o patrones de luz y sombra	1	2	3	4	5
32. De manera natural pongo mis experiencias en palabras	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes estresantes, sólo los noto y los dejo ir	1	2	3	4	5
34. Hago las cosas de forma automática sin estar consciente de lo que estoy haciendo	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes estresantes, me juzgo como buena(o) o mala(o) dependiendo sobre qué es el pensamiento o la imagen	1	2	3	4	5
36. Pongo atención a la forma en que mis emociones afectan mis pensamientos y comportamiento	1	2	3	4	5
37. Puedo describir con mucho detalle cómo me siento en el momento	1	2	3	4	5
38. Me doy cuenta que estoy haciendo cosas sin poner atención	1	2	3	4	5
39. Me desapruero a mi misma(o) cuando tengo ideas irracionales o tontas	1	2	3	4	5