

EFFECTOS Y PARTICULARIDADES DEL USO DEL *MINDFULNESS* EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

EFFECTS AND DISTINCTIVE ASPECTS OF MINDFULNESS TRAINING FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Matilde Elices^{1,2,3,4}, Cristina Carmona^{1,2,3}, Ana Martín-Blanco^{1,2,3},
Juan Carlos Pascual^{1,2,3} y Joaquim Soler^{1,2,3,5}

¹Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

²Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).
Institut d'Investigació Biomèdica - Sant Pau (IIB-Sant Pau).

³Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona.

⁴Programa de Cognición. Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología.
Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.

⁵Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Elices, M., Carmona, C., Martín-Blanco, A., Pascual, J.C. y Soler, J. (2016). Efectos y Particularidades del Uso del Mindfulness en el Trastorno Límite de la Personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 89-101.

Resumen

Distintos estudios muestran que los sujetos con trastorno límite de la personalidad (TLP) presentan –respecto a controles sanos– una menor capacidad de mindfulness, entendida como la habilidad para prestar atención al momento presente de forma no-evaluativa y no-reactiva. Parecería ser que estos déficits en la capacidad de mindfulness se relacionan con algunas de las características del trastorno como la disregulación emocional, la impulsividad o las dificultades en el área interpersonal, y que, el hecho de haber sufrido abuso sexual en la infancia también contribuiría a una menor capacidad de mindfulness. Estudios en los que se han evaluado los efectos del entrenamiento en mindfulness en pacientes con TLP sugieren que éste se relaciona con mejoras en algunos parámetros atencionales (i.e., capacidad de inhibir respuestas) y de impulsividad (i.e., habilidad para tolerar recompensas, percepción temporal). Además, la práctica de mindfulness se asocia con un aumento de la capacidad de descentramiento, describir, no-juzgar y no reaccionar, y con una disminución de la sintomatología límite. En conjunto, la literatura actual sugiere que el mindfulness es eficaz para el tratamiento del TLP, y que intervenciones de este tipo deberían hacer especial énfasis en trabajar aspectos actitudinales del mindfulness, como la capacidad de no-juzgar.

Palabras clave: mindfulness, trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctico-conductual, descentramiento.

Fecha de recepción: 07/12/2015. Fecha de aceptación: 11/01/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: jsolerri@santpau.cat

Dirección postal: Joaquim Soler. Servei de Psiquiatria, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. Av. Sant Antoni M^a Claret 167, 08025 Barcelona, España.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Abstract

Several studies showed that individuals with borderline personality disorder (BPD) are characterized by deficits in mindfulness capabilities, understood as the ability to paying attention to the present moment in a non-judgmental and non-reactive way. Deficits in mindfulness have been related to some of the core characteristics of BPD as impulsivity, emotion dysregulation or impairments in interpersonal behavior. In addition, it seems that having had a history of childhood sexual abuse also affects mindfulness abilities. To date, some studies suggest that mindfulness training has a positive impact in BPD as reflected in improvements in attentional (i.e., response inhibition) and impulsivity-related aspects (i.e., tolerance for delayed rewards and time perception). In addition to a diminishing in BPD-related symptoms, mindfulness practice has also been related to an enhancement of decentering and other mindfulness facets including the ability for describing, non-judging and non-reacting. Taken together, the current evidence suggests that mindfulness is efficacious for the treatment of BPD, and that mindfulness-based interventions for BPD should place especial emphasis in improving attitudinal aspects as non-judging.

Keywords: *mindfulness, borderline personality disorder, dialectical behavior therapy, decentering.*

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico frecuente y grave, caracterizado por una gran inestabilidad en la regulación de las emociones, la autoimagen, las relaciones interpersonales y el control de impulsos (*American Psychiatric Association*, 2013). En las últimas décadas se han desarrollado tratamientos psicoterapéuticos específicos para el TLP, entre los que destaca la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) como el tratamiento que cuenta con mayor soporte empírico (Stoffers et al., 2012; Pérez y Botella, 2006 ya la incluían como una de las aplicaciones clínicas basadas en *mindfulness* en su revisión en el monográfico de la Revista de Psicoterapia). La TDC es un tratamiento multi-modal que incluye terapia individual, terapia grupal de entrenamiento en habilidades, consultoría telefónica y grupo de consultas para terapeutas (Linehan, 1993a). En un estudio reciente en el que se investigó la eficacia de los distintos componentes de la terapia se observó que el entrenamiento en habilidades es un componente clave de la TDC (Linehan et al., 2015). Este entrenamiento consta de cuatro módulos de habilidades: regulación emocional, eficacia interpersonal, tolerancia al malestar y *mindfulness*. Estas últimas (i.e. *mindfulness*) son las habilidades nucleares de la terapia, son las primeras en enseñarse y se repiten entre un módulo y otro (Linehan, 1993b).

Aunque existen muchas definiciones del constructo de *mindfulness*, probablemente la más utilizada plantea que el *mindfulness* es la capacidad de prestar atención al momento presente sin juzgar (Kabat-Zinn, 1990). Esta definición señala dos componentes clave, por un lado, un componente atencional –que hace referencia a prestar atención al momento presente– y por otro, un componente actitudinal, vinculado a la no-evaluación, el no-juicio y a la aceptación de las experiencias internas y externas (Bishop et al., 2004). El término *mindfulness* se utiliza frecuentemente para hacer referencia a un conjunto de prácticas, pero también para describir un rasgo disposicional que todos los individuos poseemos en mayor o menor medida (Baer, Smith, & Allen, 2004). Actualmente existen distintos instrumentos para medir el *mindfulness* disposicional, siendo el *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) el más utilizado. Este cuestionario destaca cinco facetas del *mindfulness*, consistentes con el modelo propuesto en TDC (que veremos más adelante). Las cinco facetas del FFMQ son: (1) observar (i.e., notar experiencias internas y externas como sensaciones, pensamientos o emociones), (2) describir (i.e., etiquetar experiencias con palabras), (3) actuación consciente (i.e., focalizar en el presente, en oposición a actuar de forma mecánica), (4) no-juzgar (i.e., tomar una postura no-evaluativa acerca de los propios pensamientos o emociones) y (5) no-reaccionar (i.e., dejar que los pensamientos y emociones estén presentes sin necesidad de modificarlos o actuar según ellos).

Considerando al *mindfulness* como un rasgo disposicional, diversos estudios han señalado que el TLP se caracterizaría por presentar déficits en este rasgo, lo que se asociaría a ciertas características del trastorno (Wupperman, Fickling, Klemanski,

Berking, & Whitman, 2013; Wupperman, Neumann, Whitman, & Axelrod, 2009). Estudios en los que se han comparado sujetos con TLP con controles sanos muestran que los primeros presentan puntuaciones significativamente inferiores en *mindfulness* (Baer, Smith, & Allen, 2004) y en otros constructos asociados a este, como por ejemplo la capacidad de descentramiento (i.e., la capacidad de poder distanciarse de los propios contenidos mentales observándolos como fenómenos de la mente; Soler et al., 2014). Tanto en poblaciones clínicas con diagnóstico de TLP como en poblaciones no-clínicas con rasgos de TLP las bajas puntuaciones en escalas de *mindfulness* se han correlacionado con algunas de las características nucleares del trastorno como un pobre funcionamiento interpersonal, un mayor uso de estrategias impulsivas/pasivas de regulación emocional y un alto grado de neuroticismo (Wupperman et al., 2008, 2009). Además, parecería que la capacidad de *mindfulness* media la relación entre síntomas del TLP y autolesiones y entre TLP y otros comportamientos desadaptativos como el abuso de sustancias o los atracones (Wupperman, Fickling, Klemanski, Berking, & Whitman, 2013).

Utilizando el modelo propuesto por el FFMQ, algunos trabajos recientes sugieren que la interacción entre algunas de las facetas del FFMQ se asocia especialmente con los síntomas del trastorno. En un estudio de Peters et al. (Peters, Eisenlohr-Moul, Upton, & Baer, 2013) se ha reportado que solamente cuando existen altos niveles de “no-juzgar” la faceta de actuación consciente se asocia con una mayor severidad de algunos síntomas del TLP (i.e., ira, rumiación y dificultades en las relaciones interpersonales). En este sentido, parecería ser que la baja capacidad de no-juzgar es un elemento clave en la psicopatología del TLP (Eisenlohr-Moul, Peters, Chamberlain, & Rodriguez, 2015). En un estudio reciente en el que se recogieron medidas de *mindfulness* y síntomas del TLP durante cuatro semanas consecutivas, se demostró que las fluctuaciones individuales en no-juzgar predicen la expresión de los síntomas del trastorno, indicando que a menores niveles de “no-juzgar”, mayor severidad de los síntomas del TLP. A su vez, este estudio muestra también que, al menos en el TLP, algunas facetas serían más estables que otras, ya que la variabilidad intra-sujeto en las puntuaciones de “no-juzgar” y “no-reaccionar” fue mayor que la variabilidad en la faceta de “actuación consciente” (45% y 49% vs. 26% de variabilidad respectivamente; Eisenlohr-Moul et al., 2015).

En conjunto, estos estudios confirman que los sujetos con diagnóstico de TLP presentarían niveles inferiores de *mindfulness* en comparación con controles, ahora bien, ¿cuáles serían los factores que podrían explicar estos déficits? Parecería ser que en sujetos con TLP la capacidad de *mindfulness* se relacionaría inversamente con algunos rasgos temperamentales de origen biológico como el neuroticismo o la impulsividad y, en menor medida, con eventos vitales estresantes, como el hecho de haber sufrido abusos sexuales en la infancia (Elices et al., 2015). Específicamente, la faceta de “actuación consciente” se relaciona con el neuroticismo y el abuso sexual, y el neuroticismo, la impulsividad y el abuso sexual son predictoras de la capacidad de no-juzgar (Elices et al., 2015). El no haber encontrado asociaciones

significativas entre las facetas del *mindfulness* medidas a través del FFMQ y otros tipos de experiencias traumáticas infantiles, como por ejemplo el abuso emocional, es un hallazgo inesperado y son necesarios más estudios para determinar con mayor precisión cuales son los factores que podrían explicar esta baja capacidad de *mindfulness*.

Mindfulness y TDC

El entrenamiento en *mindfulness* tiene un rol importante en los abordajes psicoterapéuticos actuales para el TLP. Aunque se ha propuesto que el aumento de la capacidad de *mindfulness* es un mecanismo común a distintos tipos de terapias para el trastorno (Bliss & McCardle, 2013), solo la TDC hace un énfasis explícito en la adquisición de estas habilidades, considerando que son habilidades fundamentales y que deben anteceder a la adquisición de otras habilidades de auto-regulación (Linehan, 1993b). A pesar de esto, se han realizado pocos estudios en los que se evalúa la eficacia aislada del *mindfulness* como componente del tratamiento.

En TDC las habilidades de *mindfulness* se agrupan en dos categorías, las habilidades “qué” y las habilidades “cómo”. Las primeras (i.e., habilidades “qué”) orientan al paciente sobre “qué” hacer durante la práctica: observar, describir y participar. “Observar”, refiere al acto de ser consciente de las experiencias internas (e.g., pensamientos, emociones y deseos) o externas (e.g., sensaciones físicas). El aspecto clave es aprender a observar la experiencia sin editorializarla, y sin ponerle etiquetas verbales. La segunda habilidad (i.e., “describir”) refiere a la capacidad de poner en palabras la experiencia que estamos observando sin juzgar ni evaluarla. Las prácticas de descripción implican poner etiquetas a los eventos que observamos. Esta habilidad se ha mostrado especialmente útil para aumentar la regulación emocional ya que promovería una mayor capacidad de reconocer los propios estados emocionales, lo que implica, a su vez, un mayor distanciamiento (Creswell, Way, Eisenberger, & Lieberman, 2007). Finalmente, la habilidad de participar, objetivo fundamental de la práctica de *mindfulness*, implica la entrega completa al momento presente de forma fluida y espontánea y se asemeja al concepto de *flow* proveniente de la psicología positiva (Csikszentmihalyi, 1991). Si consideramos que la participación sin consciencia es característica de los actos impulsivos y estado de ánimo dependiente, participar con consciencia es importante para disminuir este tipo de conductas.

El segundo grupo de habilidades, las habilidades “cómo”, indican el aspecto actitudinal de la práctica de *mindfulness*. Las habilidades “cómo” guían al paciente para observar, describir y participar: (1) focalizándose en una sola cosa a la vez (*one-mindfully*) y evitando así fusionarse con los contenidos mentales vinculados a preocupaciones, interpretaciones o expectativas de futuro, (2) sin adoptar una postura juiciosa o evaluativa y sin etiquetar la experiencia como “buena” o “mala”, para observarla “tal cual es”, fomentando así la transformación de la experiencia sin que sea necesario recurrir a las estrategias clásicas de re-estructuración cognitiva

(Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006) y (3) priorizando las actuaciones eficaces con el objetivo de disminuir las conductas dependientes del estado de ánimo que usualmente suelen guiar las acciones de los paciente con TLP (Linehan, 2014). En conjunto, la práctica de las habilidades de *mindfulness* es un vehículo para promover actuaciones guiadas por la “mente sabia” (Linehan, 1993b; Lynch et al., 2006). Esta representa la síntesis de la mente racional (i.e., una mente lógica, fría y racional) y la mente emocional (i.e., la mente de las preferencias, los gustos, los deseos y las urgencias de acción), agregando el componente de la intuición.

A diferencia de otros modelos de enseñanza de *mindfulness*, en TDC se hace énfasis en la práctica no formal y las habilidades “qué” y “cómo” son una guía para conseguirla. Cada habilidad se enseña y se practica de forma individual, y por tanto existen decenas de tipos de prácticas que se dan a los pacientes a modo de ejemplo. Cuando ambos conjuntos de habilidades (i.e., “qué” y “cómo”) se practican conjuntamente es cuando para la TDC estamos hablando de *mindfulness* propiamente dicho (Linehan 2014).

Estudios en los que se ha evaluado la frecuencia de uso de las habilidades de la TDC muestran que las habilidades de *mindfulness* son las más utilizadas por los pacientes, en comparación con otros conjuntos de habilidades como son las habilidades interpersonales e incluso las de regulación emocional, lo que de alguna forma podría indicar una probable mayor utilidad clínica (Lindenboim, Comtois, & Linehan, 2007; Stepp, Epler, Jahng, & Trull, 2008).

Estudios de Eficacia del Mindfulness para el TLP

El primer trabajo en el que se evaluó la eficacia del entrenamiento en *mindfulness* de la TDC en TLP fue publicado en el año 2012 (Soler et al., 2012). En este primer estudio los pacientes que recibieron un entrenamiento en *mindfulness* mostraron –en comparación con un grupo control– una mayor capacidad de inhibir respuestas en una tarea de tipo Go/No Go (CPT-II; Conners, 2004), reflejada en una mayor habilidad para discriminar *targets* y *no-targets* y reducir errores de comisión. Además, los sujetos en el grupo de *mindfulness* mostraron en este mismo test una disminución de la impulsividad (Soler et al., 2012). Con la intención de continuar explorando los efectos en *mindfulness* en el TLP, se realizó un estudio posterior en el que 64 sujetos con diagnóstico de TLP fueron asignados aleatoriamente a una intervención grupal en *mindfulness* o a una intervención también grupal de entrenamiento en habilidades sociales de la propia TD (Elices et al., *en prensa*). Ambos tratamientos fueron impartidos con la misma frecuencia y duración (i.e., dos horas semanales, durante 10 semanas). Los pacientes que recibieron el entrenamiento en *mindfulness* mostraron una reducción significativa de la clínica *borderline* medida a través de la *Borderline Symptom List-23* (Soler et al., 2013), que fue corroborada por índices de significación clínica. Mientras el 40% de los pacientes asignados al grupo de *mindfulness* pueden considerarse respondedores al tratamien-

to, solo el 13% de los sujetos asignados a la intervención control está en este grupo (Elices et al., en prensa). Además, parecería ser que el entrenamiento en *mindfulness* se asociaría a un aumento significativo de la capacidad de descentramiento, es decir, la capacidad para tomar distancia de los propios contenidos mentales (Fresco, Segal, Buis, & Kennedy, 2007). Esta capacidad parecería estar especialmente afectada en poblaciones clínicas (Soler et al., 2014), y además, parecería que el incremento de la misma es uno de los mecanismos de acción de la psicoterapia en general, no exclusivo de las intervenciones basadas en *mindfulness* (Hayes-skelton, Calloway, Roemer, & Orsillo, 2015; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006). Adicionalmente al aumento del descentramiento, los participantes asignados a la condición de *mindfulness* también reportaron un aumento de la capacidad de “describir”, “no-juzgar” y “no-reaccionar”. Por otra parte, como mencionamos anteriormente, la habilidad de no-juzgar hace referencia al aspecto actitudinal de la práctica de *mindfulness*. En conjunto, el aumento de la capacidad de “no-juzgar”, y “no-reaccionar” indicarían un incremento de la aceptación (Baer et al., 2006), que en el caso particular de nuestro estudio, podría haberse potenciado por la inclusión de las habilidades de aceptación radical (Elices et al., en prensa).

Respecto a la adherencia a la intervención en *mindfulness*, es interesante observar que, si bien ésta fue más eficaz que la intervención control, el porcentaje de abandonos de tratamiento en *mindfulness* fue mayor que en la intervención control (40% *mindfulness* vs. 19% GC). En comparación con estudios previos, esta tasa de abandonos es sensiblemente superior a la reportada habitualmente en poblaciones con TLP (alrededor de un 30%; Kröger, Harbeck, Armbrust, & Kliem, 2013). Existen varios factores que podrían explicar el mayor porcentaje de abandonos en el grupo de *mindfulness*. Dado que la práctica de *mindfulness* no implica la modificación directa de los síntomas, sino que se focaliza en construir una nueva relación con ellos, la conexión entre la práctica de *mindfulness* y la mejoría de los síntomas relevantes en el TLP, puede no ser lo suficientemente explícita como para motivar al paciente a practicar diariamente. Por tanto, es posible que algunos participantes no hubiesen percibido una relación clara entre los objetivos del tratamiento y los propios objetivos terapéuticos. Otra posible explicación al alto índice de *dropout*, podría relacionarse con una simple falta de motivación para la terapia o con el hecho de que el entrenamiento en *mindfulness* incluyera prácticas formales que pueden resultar especialmente desafiantes para algunos pacientes con TLP y que ha sido el motivo principal para que éstas no fuesen un requisito en los entrenamientos grupales habituales en esta terapia (Dimidjian & Linehan, 2003). En un análisis secundario de este estudio (Soler et al., 2016), se encontraron mejorías relacionadas con índices de impulsividad como son la estimación temporal o la capacidad para tolerar recompensas demoradas, pero a diferencia del estudio anterior (Soler et al., 2012), no se encontraron mejorías en las variables atencionales. Estos hallazgos indican que el entrenamiento en *mindfulness* promueve un enlentecimiento subjetivo del paso del tiempo. Este fenómeno ya ha sido descrito

previamente como consecuencia de la práctica de *mindfulness* en meditadores así como en sujetos sin experiencia meditativa (Droit-Volet, Fanget, & Dambrun, 2015; Kramer, Weger, & Sharma, 2013; Wittmann et al., 2015). La práctica de *mindfulness* implicaría un procesamiento temporal momento a momento, de forma más detallada, más curiosa y más atenta (Csikszentmihalyi, 1991; Siegel, 2007) que podría contribuir a la percepción subjetiva de mayor lentitud.

Por otro lado, el aumento de tolerancia a las recompensas demoradas es un hallazgo interesante, ya que este tipo de impulsividad ha sido asociado a distintas conductas desadaptativas como el abuso de sustancias, los atracones o las autolesiones (Coffey, Gudleski, Saladin, & Brady, 2003; Kane, Loxton, Staiger, & Dawe, 2004; Kollins, 2003) por lo que parece potencialmente relevante desde el punto de vista clínico. En futuros estudios sería interesante explorar si este aumento de tolerancia a la gratificación demorada observada en un contexto experimental se asocia a una menor frecuencia de las conductas impulsivas típicas del trastorno (e.g., consumo de tóxicos, autolesiones).

Recomendaciones para la Práctica de Mindfulness en el TLP

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios anteriores, habría algunos aspectos específicos que podrían contribuir al éxito de las intervenciones basadas en *mindfulness* para pacientes con TLP. A continuación plantearemos algunas recomendaciones que podrían ser útiles para maximizar la eficacia de estas intervenciones.

En primer lugar, y considerando la gran variedad de prácticas de *mindfulness* disponibles, parecería ser que los pacientes con TLP podrían beneficiarse especialmente de aquellas en las que se promueve la capacidad de aceptación. Como vimos en la primera parte de este artículo, la evidencia actual indica que los pacientes con TLP se caracterizarían por la tendencia a realizar juicios acerca de las experiencias, de ellos mismos y/o de los demás. Peters et al. (2013) sostienen que aumentar la capacidad de no-juzgar es clave en el tratamiento del TLP, sugiriendo incluso que el entrenamiento puramente atencional podría no ser útil si no se acompaña de la disminución de juicios. En este sentido, la TDC propone un modelo que se ajusta a esta necesidad, promoviendo de forma simultánea el desarrollo de habilidades atencionales y actitudinales (Linehan, 2014). Además, las habilidades de “aceptación radical” enseñadas conjuntamente con las habilidades de *mindfulness*, podrían ser especialmente útiles para fomentar una actitud opuesta al juicio (Linehan, 2014).

En relación a los tipos y frecuencia/cantidad de práctica en TDC, contrariamente a otros abordajes terapéuticos, se hace especial énfasis en la práctica informal ya que según Linehan, la práctica formal podría ser especialmente desafiante para los pacientes con TLP (Dimidjian & Linehan, 2003). Esto ha motivado “dividir” *mindfulness* en habilidades (tres habilidades “qué” y tres habilidades “cómo”) que el paciente pueda practicar individualmente con ejercicios que no requieren gran dedicación de tiempo ni contextos particulares. Sin embargo, resultados de estudios

recientes demuestran que los pacientes con TLP son capaces de realizar prácticas formales, aunque de menor duración que las prácticas que proponen otros modelos como el Programa Basado en *Mindfulness* para la Reducción del Estrés (MBSR; Kabat-Zinn, 1990) o la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002). En conjunto, la evidencia actual muestra que los pacientes con TLP son capaces de realizar prácticas formales que pueden llegar hasta los 12 minutos de media si se ajustan algunos parámetros (e.g., Feliu-Soler et al., 2014; Soler et al., 2012). En los estudios antes mencionados, los propios participantes decidían de forma “sabia” la duración de la práctica adecuada para ellos (Soler et al., 2012). Resulta también fundamental para estos pacientes entender que esta no pretende ser relajante ni agradable ya que requiere, entre otras cosas, tolerar el malestar que supone exponerse a la incomodidad y resulta una decisión no dependiente del estado de ánimo (i.e., se hace independientemente de lo que a uno le apetezca). Además, el hecho de que el objetivo de la práctica sea promover una nueva relación con los síntomas y no su “desaparición”, puede resultar contraintuitivo y, por tanto, suele ocurrir que los pacientes no vean claramente la relación entre la práctica de *mindfulness* y la mejoría sintomatológica. En este punto, es particularmente importante ser psicoeducativo y así motivar a los pacientes a la práctica. Como en todas las habilidades de la TDC el refuerzo de la práctica es de gran importancia. En esta población es habitual que la práctica formal sea una forma de exposición interoceptiva; no es de extrañar pues muchos de estos pacientes presentan diagnóstico comórbido de algún trastorno de ansiedad. Por ejemplo, si un paciente se encuentra muy ansioso al prestar atención a la respiración, el terapeuta puede recomendarle –al menos al inicio de la práctica– poner la atención en otra sensación física (e.g., sensación de los pies en el suelo o del contacto del cuerpo con la silla), para realizar así una exposición gradual a las sensaciones físicas.

Direcciones Futuras

Aunque en los últimos años la investigación en relación a la eficacia del *mindfulness* en el TLP ha ido en aumento aún quedan muchos aspectos por esclarecer. En primer lugar es importante contar con estudios que exploren los predictores de eficacia del *mindfulness* en el TLP. Por un lado algunos datos indican que la intervención en *mindfulness* podría ser especialmente útil para pacientes con historias de traumas (Elices et al., 2015; Williams et al., 2014), permitiendo el reprocesamiento y la exposición a memorias traumáticas (Holzel et al., 2011). Este procesamiento “momento a momento” de la experiencia facilita la exposición y ayuda a extinguir comportamientos habituales de evitación, incrementando también la habituación a ciertas sensaciones o emociones relacionadas con las experiencias traumáticas (Fiorillo & Fruzzetti, 2015). En el TLP son necesarios otros estudios para determinar si –como fue descrito en sujetos con depresión (Williams et al., 2014)– el haber sufrido experiencias traumáticas durante la infancia es un predictor de eficacia de las intervenciones en *mindfulness*.

Para determinar con mayor precisión las características de la población que podría beneficiarse de la intervención en *mindfulness*, es necesario conocer también cuáles podrían ser los factores predictores de adherencia a este tipo de intervenciones. Sabemos que, en general, la comorbilidad del TLP con algunos trastornos psiquiátricos y otras características clínicas (e.g., intentos de suicidio previos o días de hospitalización) predicen el abandono de tratamiento (Kröger, Röpke, & Kliem, 2014). Además, en algunos casos, la falta de motivación para el tratamiento o la dificultad para tolerar emociones negativas, son también, sobre todo en contextos grupales, factores que podrían favorecer el *dropout*. Son necesarios futuros estudios para determinar si estas variables u otras, podrían explicar las tasas de abandono en el estudio anteriormente comentado (Elices et al., *en prensa*).

Finalmente, futuros estudios deberían contrastar diferentes intervenciones en *mindfulness* con el objetivo de investigar si existen algunos tipos de prácticas especialmente beneficiosas para pacientes con TLP. El entrenamiento en *mindfulness* puede incluir distintos métodos, prácticas y abordajes. Por ejemplo, algunas intervenciones como MBCT o MBSR dan énfasis a la práctica formal (e.g., *sitting meditation*, meditación caminando, etc) y otras como la TDC enfatizan la práctica informal (e.g., *mindfulness* en la vida cotidiana: comiendo, conduciendo, duchándose, etc.) Como plantean Dimidjian y Linehan (2003) es probable que algunos tipos de prácticas sean más adecuadas para algunos pacientes. En esta misma línea, sería interesante explorar si, además de la TDC, otros modelos basados en *mindfulness*, basados en la práctica formal como el MBCT o MBSR, podrían ser aplicados con éxito en poblaciones con TLP.

La aplicación del *mindfulness* en el tratamiento del TLP es un área de investigación que continuará creciendo en los próximos años. A pesar de los últimos avances, aún son necesarios estudios controlados que comparen el *mindfulness* con otras intervenciones eficaces para el TLP (Khoury et al., 2013) para poder determinar si existe una superioridad de esta intervención y, si es así, determinar cuáles son los mecanismos de cambio del *mindfulness* y sus targets específicos.

Conclusiones

En suma, la literatura actual sugiere que el entrenamiento en *mindfulness* es una intervención eficaz para el TLP, disminuyendo la sintomatología nuclear del trastorno y aumentando capacidades de *mindfulness* como el *decentering* o la capacidad de no-juzgar. A pesar de estos hallazgos prometedores, son necesarios futuros estudios que permitan concluir acerca de los beneficios concretos del *mindfulness* en el TLP.

Agradecimientos

Joaquim Soler es miembro de PROMOSAM: Investigación en procesos, mecanismos y tratamientos psicológicos para la promoción de la salud mental, (Red de Excelencia PSI2014-56303-REDT) financiada por el Ministerio de Economía y

Competitividad (2014).

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment, 11*(3), 191-206. doi:10.1177/1073191104268029
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45. doi:10.1177/1073191105283504
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy/bph077
- Bliss, S., & McCardle, M. (2013). An Exploration of Common Elements in Dialectical Behavior Therapy, Mentalization Based Treatment and Transference Focused Psychotherapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Clinical Social Work Journal, 42*(1), 61-69. doi:10.1007/s10615-013-0456-z
- Coffey, S. F., Gudleski, G. D., Saladin, M. E., & Brady, K. T. (2003). Impulsivity and rapid discounting of delayed hypothetical rewards in cocaine-dependent individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 11*(1), 18-25. doi:10.1037/1064-1297.11.1.18
- Conners, B. C. K. (2004). Conners' Continuous Performance Test II (CPT II V. 5).
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine, 69*(6), 560-565. doi:10.1097/PSY.0b013e3180f6171f
- Csikszentmihalyi, M. (1991). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York, NY: HarperPerennial.
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an Agenda for Future Research on the Clinical Application of Mindfulness Practice. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 166-171. doi:10.1093/clipsy/bpg019
- Droit-Volet, S., Fanget, M., & Dambun, M. (2015). Mindfulness meditation and relaxation training increases time sensitivity. *Consciousness and Cognition, 31*, 86-97. doi:10.1016/j.concog.2014.10.007
- Eisenlohr-Moul, T. a., Peters, J. R., Chamberlain, K. D., & Rodriguez, M. a. (2015). Weekly Fluctuations in Nonjudging Predict Borderline Personality Disorder Feature Expression in Women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 1-9*. doi:10.1007/s10862-015-9505-y
- Elices, M., Pascual, J. C., Carmona, C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Ruiz, E., ... Soler, J. (2015). Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder. *BMC Psychiatry, 15*(1), 180. doi:10.1186/s12888-015-0573-z
- Elices, M., Pascual, J.C., Portella, M.J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A randomized trial. Mindfulness (En Prensa).
- Feliu-soler, A., Pascual, J. C., Borràs, X., Portella, M. J., Martín-blanco, A., Armario, A., ... Pérez, V. (2014). Effects of Dialectical Behaviour Therapy- Mindfulness Training on Emotional Reactivity in Borderline Personality Disorder: Preliminary Results. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(4), 363-370. doi:10.1002/cpp.1837
- Fiorillo, D. R., & Fruzzetti, A. E. (2015). Dialectical Behavior Therapy for Trauma Survivors. In V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome (Eds.), *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices* (1st ed., pp. 75-91). New York, NY: The Guilford Press.
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 447-455. doi:10.1037/0022-006X.75.3.447
- Hayes-skelton, S. A., Calloway, A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2015). Decentering as a Potential Common Mechanism Across Two Therapies for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(2), 395-404. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0038305
- Holzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science, 6*(6), 537-559. doi:10.1177/1745691611419671
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Delacorte.

- Kane, T. a., Loxton, N. J., Staiger, P. K., & Dawe, S. (2004). Does the tendency to act impulsively underlie binge eating and alcohol use problems? An empirical investigation. *Personality and Individual Differences*, 36(1), 83-94. doi:10.1016/S0191-8869(03)00070-9
- Khouri, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Kollins, S. H. (2003). Delay discounting is associated with substance use in college students. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1167-1173. doi:10.1016/S0306-4603(02)00220-4
- Kramer, R. S. S., Weger, U. W., & Sharma, D. (2013). The effect of mindfulness meditation on time perception. *Consciousness and Cognition*, 22(3), 846-852. doi:10.1016/j.concog.2013.05.008
- Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M., & Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 411-416. doi:10.1016/j.brat.2013.04.008
- Kröger, C., Röepke, S., & Kliem, S. (2014). Reasons for premature termination of dialectical behavior therapy for inpatients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 46-52. doi:10.1016/j.brat.2014.07.001
- Lindenboim, N., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2007). Skills Practice in Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Women Meeting Criteria for Borderline Personality Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 147-156. doi:10.1016/j.cbpra.2006.10.004
- Linehan, M. M. (1993a). Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT Skills Training Manual* (2nd Edition.). New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... Murray-gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA*, 72(5), 475-482. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
- 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. doi:10.1002/jclp
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Peters, J. R., Eisenlohr-moul, T. A., Upton, B. T., & Baer, R. A. (2013). Nonjudgment as a moderator of the relationship between present-centered awareness and borderline features/ : Synergistic interactions in mindfulness assessment. *Personality and Individual Differences*, 55(1), 24-28. doi:10.1016/j.paid.2013.01.021
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: The Guilford Press.
- Shapiro, S. ., Carlson, L. E., Astin, J. ., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. WW Norton & Company.
- Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-blanco, A., Feliu-soler, A., Carmona, C., & Portella, M. J. (2016). Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder/ : results from a pilot randomized study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(1), 1-10. doi:10.1186/s40479-015-0035-8
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., Garcia-Campayo, J., Tejedor, R., ... Portella, M. J. (2014). Assessing decentering: Validation, psychometric properties and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behavior Therapy*, 45(6), 863-871. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.05.004
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., ... Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 150-7. doi:10.1016/j.brat.2011.12.002

- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M., ... Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry*, 13, 139. doi:10.1186/1471-244X-13-139
- 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(6), 549-563. doi:10.1521/pedi.2008.22.6.549
- Stoffers, J., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Cochrane D.). John Wiley & Sons. doi:10.1002/14651858.CD005652
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Danielle, S., Fennell, M. J. V., ... Russell, I. T. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Preventing Relapse in Recurrent Depression: A Randomized Dismantling Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 275-286.
- Wittmann, M., Otten, S., Schötz, E., Sarikaya, A., Lehnen, H., Jo, H., ... Meissner, K. (2015). Subjective expansion of extended time-spans in experienced meditators. *Frontiers in Psychology*, 5, 1586. doi:10.3389/fpsyg.2014.01586
- Wupperman, P., Fickling, M., Klemanski, D. H., Berking, M., & Whitman, J. B. (2013). Borderline personality features and harmful dysregulated behavior: the mediational effect of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 903-911. doi:10.1002/jclp.21969
- Wupperman, P., Neumann, C. S., & Axelrod, S. R. (2008). Do deficits in mindfulness underlie borderline personality features and core difficulties? *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 466-482. doi:10.1521/pedi.2008.22.5.466
- Wupperman, P., Neumann, C. S., Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 766-771. doi:10.1097/NMD.0b013e3181b97343