

USO DE TÉCNICAS
MINDFULNESS EN TRASTORNO
LÍMITE Y OTROS TRASTORNOS
DE LA PERSONALIDAD

Autora: Mercedes Judith Palomares García. Enfermera Interna Residente del Hospital Universitario La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN.

La psicología oriental ha despertado un creciente interés en los últimos veinte años dada su posible efectividad sobre todo en el ámbito clínico, particularmente las prácticas de orientación budista, en el tratamiento de patologías psicológicas. Esto se debe al surgimiento de la necesidad de combinar los procedimientos y la búsqueda de conocimiento basado en la evidencia con los componentes innatos de la naturaleza humana, decisivos para la interpretación que el individuo hace de los acontecimientos, sus emociones y conductas. Componentes como la aceptación de la experiencia, una actitud compasiva hacia el propio sufrimiento y el de los demás, la capacidad de observarse sin juzgar y la idea de que la mente puede observarse a sí misma y comprender su naturaleza, los cuales forman parte del concepto de mindfulness. Este es elemento central de la psicología budista (1). El primero en introducir y desarrollar la práctica de mindfulness en el mundo actual fue el psicólogo Jon Kabat-Zinn en 1979 quien fundó la “Stress Reduction Clinic” en la Universidad de Massachusetts donde puso en marcha el programa de “Mindfulness Based Stress Reduction” (MBSR) para pacientes crónicos afectados por el estrés donde la medicina convencional no era eficaz. Además, Kabat-Zinn, junto con Richard Davidson, David Goleman y Daniel Siegel, entre otros, han investigado sobre los mecanismos neurobiológicos del mindfulness (2).

Esta práctica en España está todavía en sus comienzos, aunque poco a poco se va extendiendo la enseñanza de MBSR (REBAP en castellano), existiendo la Asociación Mindfulness y Salud (AMYS). Se empiezan a introducir prácticas de mindfulness en el tratamiento de la ansiedad, depresión, psicosis, dolor crónico, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la alimentación y trastornos de la personalidad (2), surgiendo las llamadas terapias de tercera generación como son la ya citada MBSR, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) y la Terapia Dialéctico- Comportamental (DBT) (3). Ésta última es la más usada para el tratamiento de los trastornos de personalidad, en especial, del trastorno límite, para el que fue diseñada y validada. Los trastornos de personalidad constituyen patologías complejas y difíciles de abordar y supone un gran sufrimiento y disfunción importante en el rumbo vital de la persona que lo sufre. Dentro de la DBT se incluyen las prácticas de mindfulness, donde cobra un sentido especial por su capacidad para aliviar el sufrimiento y encontrar sentido a la realidad, además de ayudar al aprendizaje de la regulación de las emociones, algo muy deficitario en estos trastornos.(2)

Según el DSM-IV, un trastorno de la personalidad es «un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y

comporta malestar o perjuicios para el sujeto» (4). La prevalencia de estos trastornos suele ser del 13%. Además en muchas ocasiones se asocian a otros trastornos mentales (5).

Existe una gran polémica en la definición y clasificación de los trastornos de personalidad. Con motivo de la próxima publicación del DSM V, se han revisado los problemas existentes en la fiabilidad y validez de estos diagnósticos. Uno a los que más atención se está prestando es al Trastorno Límite de Personalidad (TLP). (2) Este se define como un patrón permanente de inestabilidad emocional, en las relaciones interpersonales, afecto, autoimagen y escaso control de impulsos. Además deben cumplir cinco o más criterios según el DSM-IV-TR: esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginado. patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables caracterizado por la alternancia de idealización y devaluación, alteración de la identidad; autoimagen inestable, impulsividad potencialmente dañina para sí misma (consumo de drogas, conducción temeraria, atracones de comida, conducta sexual, etc.), intentos o amenazas suicidas recurrentes o automutilación, inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo, sentimientos crónicos de vacío, ira inapropiada o intensa con dificultad para controlarla, ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. La clasificación en la CIE-10 lo incorpora como “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con dos subtipos: límite e impulsivo (6). Es el trastorno de personalidad más prevalente. Se estima que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tiene TLP. Se estima que entre el 1 y el 2% de la población general lo sufre y entre el 18 y el 32% de los pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas. Es más frecuente en mujeres que en hombres con una proporción de 3:1 y se suele detectar entre los 19 y 34 años. Su pronóstico suele ser inestable y con numerosas reagudizaciones manifestadas por crisis con una serie de síntomas como autolesiones, intentos de suicidio, comportamientos impulsivos, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios, entre otros, todo ello con gran carga afectiva(6).

Entre la etiología se barajan diferentes teorías: vulnerabilidad genética, alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés, factores psicosociales como la negligencia o la falta de implicación emocional por parte del cuidador. Linehan describe la importancia del entorno familiar invalidante, que incluye las experiencias emocionales negativas, la simplificación en la resolución de problemas, apego inseguro, abusos sexuales y trauma. Las personas con TLP suelen describir tensión familiar y ansiedad además de problemas en la cognición social, lo que implica la dificultad en el reconocimiento e identificación de las propias emociones y la de los demás. El ambiente invalidante familiar implica un cuestionamiento sistemático de la experiencia que tiene la persona en su mente (6). Dada la gravedad y la complejidad de este trastorno, tanto para el paciente como para el terapeuta, se han desarrollado distintos métodos para abordarlo, entre ellos, el que más destaca por su probada efectividad es la Terapia dialéctico conductual (DBT), la cual pertenece a las llamadas terapias de tercera generación o tercera “ola” de terapias de conducta. Según Hayes (2004) consisten en un grupo de terapias surgidas en los últimos 12 años que reformulan y sintetizan las terapias cognitivas y conductuales previas conduciéndolas hacia dominios de otras tradiciones, enfatizando el uso de las

estrategias para el cambio basadas en la experiencia y el contexto, además de la búsqueda de construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en vez de tender a la eliminación directa de problemas muy definidos(3).

La DBT fue diseñada por Dra. Linehan y su equipo de la Universidad de Washington en Estados Unidos en la década de los noventa. En un principio fue pensada para personas con conductas autolesivas suicidas y no suicidas, y más tarde se aplicó a las personas con trastorno límite de la personalidad (TLP). Actualmente también se está empezando a aplicar a otros trastornos como trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por atracones (7). Consiste en una terapia cognitivo-conductual basada en estrategias de aceptación para inducir un cambio y crear un patrón de vida funcional para el paciente. (1)

La DBT contempla en su tratamiento ayudar a conciliar los polos opuestos, la validación y aceptación del desorden mental y la necesidad de un cambio para encontrar ese orden (8). Se combina el apoyo al paciente aceptándolo y enseñándolo a autoaceptarse como base para promover el cambio. Se asume que la vida del paciente está colmada por el sufrimiento(9). En su formato estándar, la DBT tiene cuatro componentes en su tratamiento: psicoterapia individual semanal, sesiones semanales de entrenamiento en grupo, consultas por teléfono cuando hacen falta y reuniones semanales del equipo de terapeutas (1).

El modo de terapia grupal tiene como objetivo el entrenamiento de habilidades. Linehan (2003) diseñó estas sesiones con un programa semanal (1):

Habilidades de regulación emocional: Se trata de las técnicas de cambio y se ocupan del núcleo principal del trastorno límite, la disregulación emocional. Los objetivos que se pretenden conseguir son la identificación y descripción de emociones y contextos en lo que se dan, el reconocimiento de obstáculos para el cambio emocional, la reducción de la vulnerabilidad emocional y el aumento de acontecimientos emocionales positivos.

Habilidades de eficacia interpersonal. Estas habilidades se consideran de cambio también. Se pretende abordar el problema de las personas con TLP en cuanto a las expectativas erróneas sobre la forma en que los demás y ellos mismos deben comportarse en las interacciones interpersonales.

Habilidades de Mindfulness: Son las técnicas de aceptación básicas en la DBT. Son técnicas de conciencia basadas en la filosofía oriental Zen, en las que el objetivo es adoptar una actitud de contemplación de las experiencias en el momento presente, de reconocer y aceptar las experiencias sin hacer juicios de valor. Se profundiza sobre este tema más adelante.

Habilidades de tolerancia del malestar. También se incluyen en las técnicas de aceptación. Pretenden hacer ver que el sufrimiento forma parte de la vida y que no nos podemos deshacer de él ni evitarlo, hecho que incrementa este sufrimiento.

Como se ha apuntado anteriormente, las técnicas de mindfulness sientan las bases de la aceptación en la DBT, siendo el pilar en el que se apoyan el resto de técnicas del tratamiento.

En los últimos años han sido numerosos autores los que se han interesado por el mindfulness, por lo que se han propuesto varias definiciones. Entre ellas destacan:

“Prestar atención de un modo particular: a propósito, en el momento presente y sin establecer juicios de valor” (Jon Kabat-Zinn, 1990).

“Una forma de conciencia centrada en el presente no elaborativa, no juzgadora en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocida y aceptada tal y como es” (Bishop et al., 2004).

El término mindfulness viene a ser la traducción inglesa de la palabra “Sati”, de origen pali, idioma en el que están escritos los más importantes textos budistas. Se refiere al presente y en la traducción al español significa “conciencia plena” (10). Estas habilidades se entrenan a través de ejercicios de meditación (inspirados en la Meditación Vipassana) que permiten que las experiencias se vayan desplegando momento a momento y se puedan aceptar tal y como son, siendo sólo posible cuando la mente se encuentra abierta y receptiva. Kabat-Zinn (1990) afirma que esta es una cualidad inherente al ser humano (10). Sólo así se puede producir el proceso de sanación. Según Kabat-Zinn, para la práctica de mindfulness son necesarias una serie de actitudes (11):

No juzgar. Lo primero es tomar conciencia de que la mente está continuamente juzgando y etiquetando las experiencias, muchas veces de manera automática. Hay que observar los pensamientos y ser un testigo imparcial de dichos pensamientos

Paciencia. Se trata de comprender y aceptar el hecho de que las cosas tienen que ocurrir cuando les toca.

Mente principiante. Es la mente que está dispuesta a verlo todo como si fuera la primera vez, una mente receptiva y abierta a la experiencia, sin dejar que los prejuicios sombreen la realidad.

Confianza en uno mismo y en sus sentimientos

No esforzarse en conseguir resultados. Hay que centrarse en ver y aceptar las cosas como son en cada momento

Aceptación. Significa ver las cosas como son en cada momento. Muchas veces solo se alcanza la aceptación después de haber pasado por la negación o la ira, etapas que forman parte del proceso de sanación. La aceptación es una posición en la que hechos iniciales dolorosos o problemáticos se convierten en una oportunidad de crecimiento y desarrollo personal (1). La idea es que practicando la meditación el individuo esté receptivo y abierto a sus sentimientos, pensamientos y sensaciones, y los acepte simplemente porque están en el momento presente.

Ceder. Consiste en dejar de lado, deliberadamente, la tendencia a elevar determinados aspectos de la experiencia y a rechazar otros, y así permitir que las cosas sean como son, sin aferrarse a ellas, tanto si son agradables como desagradables (11).

Germer (2005) apunta que la meditación mindfulness no es un método de relajación ni el objetivo es alcanzar un estado mental de paz o diferente al que se tiene, o evitar experiencias problemáticas, sino que persigue un estado de conciencia, entendiendo conciencia como una forma de percibir la realidad y de

comportarse ante ella (12) que permita instalarse en la experiencia presente de una forma relajada, vigilante y sincera (10).

Dentro de las prácticas de mindfulness existen dos modalidades: formal e informal. La meditación formal supone un nivel más profundo de meditación. Implica una introspección intensa prestando atención a la respiración, sensaciones corporales o cualquier cosa que aparezca en el momento. Requiere la práctica tumbado o sentado diaria durante 45 minutos de las diferentes actividades. La práctica informal consiste en centrar la atención a aspectos más externos como actividades diarias (ducharse, lavar platos, caminar, etc.) (10).

Las habilidades de de mindfulness en la DBT se basan en la filosofía oriental Zen y su objetivo es experimentar completamente el momento presente para que los pacientes tomen el control de sus mentes en vez de que sus mentes les controlen a ellos. Consiste en aceptar la experiencia presente con actitud abierta, de contemplación y sin juzgar, ya que las personas con trastorno de personalidad, especialmente los límite, tienden a escapar de sus experiencias, sobretodo emocionales, ya que han aprendido que son muy dolorosas. Sólo mediante el reconocimiento de la propia experiencia se puede aceptar y validar la realidad, identificando las situaciones problemáticas, para así poder realizar un cambio (13). La práctica de la meditación en este caso es informal, ya que Linehan en un principio entrenaba a sus pacientes con TLP en ejercicios de meditación formal de larga duración mal tolerados por los pacientes dada su problemas de disregulación emocional y comportamental. Se trata de ejercicios de corta duración y de sencilla ejecución, siendo conveniente la práctica progresiva de los mismos y sin centrarse en primera instancia en aspectos muy dolorosos. Es aconsejable empezar por observar sensaciones que llegan desde el mundo exterior, luego empezar a observar sensaciones internas como la respiración y luego, paulatinamente, introducir la atención a las emociones (2). La duración y la frecuencia de las prácticas mindfulness no están determinadas, al aceptarse que algunos individuos no quieren o no pueden meditar de forma intensa. Existen ejercicios adaptados por Hanh (1976) como conciencia de las posiciones del cuerpo mientras se camina, conciencia mientras se prepara un té o un café, haciendo cada movimiento despacio, conciencia mientras se realiza cualquier actividad como lavar los platos o ducharse (13). A los pacientes se les introduce las prácticas de atención plena mediante el concepto de “mente sabia” que es la unión de otros dos estados mentales: “mente emocional” (el estado en el que las emociones se experimentan con pensamientos y comportamientos controladores, de manera caliente e impulsiva) y “mente racional” (estado en el que la lógica y al razón controlan los pensamientos y las conductas, de manera fría y calculadora). Los pacientes con TLP se suelen identificar con la “mente emocional”. Se les explica que la mente sabia es la mezcla de las mejores partes de las otras dos mentes y permite hacer las cosas con mayor facilidad(1). Los ejercicios de mindfulness se plantean como una forma de entrenar la mente sabia y se organizan en técnicas “qué” y en técnicas “cómo”. Las primeras tienen como

objetivo desarrollar una actitud mindfulness, es decir, desarrollan tácticas para *observar, describir y participar* (1). Las segundas describen la manera de llevar a cabo las técnicas qué, y se pueden llevar a cabo simultáneamente con éstas: *sin juzgar, con conciencia plena y eficazmente* (2). La técnica qué de *observar* consiste notar y percibir las experiencias tal y como son, sin etiquetar ni añadir conceptos ni categorías, usando todos los sentidos (1). Esto se puede llevar a cabo, por ejemplo, mediante la observación de la respiración, o de las sensaciones físicas al saborear un alimento. La siguiente en la categoría qué, es la técnica *describir*, que trata de poner palabras a lo que se observa, tanto a lo que se ve, como a las sensaciones que se experimentan al hacerlo (2). Esta descripción debe hacerse sin etiquetas preconcebidas. La habilidad *participar* pretende entrenar la aceptación, de manera que se entra en la experiencia y se vive. El individuo toma conciencia de que no es ajeno a sus experiencias y sensaciones.

Dentro del segundo grupo, las habilidades “cómo”, está la técnica *sin juzgar*, la cual es la esencia de la conciencia plena. Consiste en diferenciar lo que es un juicio y lo que es la realidad (2). Implica dejar pasar las interpretaciones y las evaluaciones, tanto buenas como malas, sobre uno mismo y sobre los demás.

La técnica de *conciencia plena* pretende prestar atención a las cosas una por una, contrariamente al comportamiento multitarea, es decir, hacer una cosa mientras se piensa en otra. Esto tiene como consecuencia positiva un mayor control de la atención y menos pensamientos rumiativos que en muchas ocasiones producen malestar emocional (1)

Por último, la técnica de *eficiencia*, significa hacer solamente lo necesario para lograr los objetivos deseados en vez de llevar a cabo acciones para demostrar que se tiene razón y que las cosas deberían ser de determinada manera.

Existe evidencia científica que avala la eficacia del uso de las técnicas mindfulness de la DBT para la mejoría de síntomas de TLP. Parecen ser eficaces en la reducción de los síntomas afectivos y en la mejora de la regulación emocional de estos pacientes según un estudio en el que se compararon un grupo de pacientes con TLP entrenados en técnicas DBT-Mindfulness, además de su tratamiento psiquiátrico general, con otro grupo con el mismo diagnóstico que sólo recibía tratamiento psiquiátrico general (14). Además demuestra mejoría en la atención y en la impulsividad (15), esta última muy relacionada con la disregulación emocional e intolerancia al malestar de estos pacientes (2). Uno de los aspectos que más aumenta después del entrenamiento del módulo de mindfulness de la DBT es la aceptación sin juzgar, un hallazgo importante en otro estudio, ya que esto se relaciona directamente con la mejoría en la disfunción del comportamiento al aumentar la capacidad de aceptación para dar mejor respuesta a situaciones problemáticas (16). Aunque las técnicas mindfulness en DBT en un principio fueran ideadas para TLP, también se pueden usar para otros trastornos de personalidad, como por ejemplo el trastorno de personalidad por evitación o el trastorno obsesivo-compulsivo, individuos que tienen una tendencia a la evitación y a la supresión emocional distinto a los TLP, pero que tienen en común la tendencia a escapar de la experiencia. Además, las tácticas de mindfulness tienen un efecto más general, ya que ayudan a que las personas tengan una mayor conciencia de

las experiencias vitales (2) y aprendan a manejar de manera más sana las propias emociones.

Desde el 2005 se ha visto un aumento de la publicación de artículos científicos en revistas de alto impacto, así como la inclusión de estrategias dirigidas al desarrollo del mindfulness y la regulación emocional en intervenciones de probada eficacia(17).

La práctica de mindfulness está cobrando cada vez más importancia en el campo de la salud mental, y a pesar de ser unas técnicas usadas en principio por psicoterapeutas, los profesionales de enfermería de la salud mental las están incluyendo como una herramienta más para la aplicación de los cuidados propios de la profesión, tanto para abordar problemas independientes como en el trabajo de colaboración dentro del equipo multidisciplinar. Diversas publicaciones en revistas de enfermería avalan y justifican la integración de las prácticas de mindfulness en los cuidados de enfermería dentro de la salud mental (18) (19) y en variedad de entornos (20). Además, dentro de los cuidados psiquiátricos avanzados de enfermería, cada vez se están usando más métodos innovadores, como las técnicas de mindfulness, para el tratamiento de personas con enfermedad mental grave enfocadas a aliviar el sufrimiento del paciente (21). Se trata de un recurso valioso que los profesionales enfermeros especialistas en salud mental pueden usar y enseñar a sus pacientes para aumentar su autocuidado. Dentro de la Taxonomía Nanda, numerosas intervenciones enfermeras van dirigidas a los objetivos que se persiguen con las técnicas mindfulness, tales como “potenciación de la consciencia de sí mismo (5390), “aumentar el afrontamiento” (5230), “ayuda en la modificación de sí mismo” (4470), “control del humor” (5330) o “ayuda para el control del enfado” (4640) (22). Estas intervenciones, entre otras, responden a varias de las necesidades de los pacientes con trastorno límite y otros trastornos de la personalidad, en los que se centra este trabajo. En España, existe experiencia enfermera en la aplicación de técnicas mindfulness en trastorno límite de personalidad. El personal de enfermería de un centro de salud mental situado en Barcelona, aplicó estas técnicas tanto en consulta de seguimiento individual, como al principio de las sesiones de un grupo psicoeducativo en personas con TLP, junto con técnicas de relajación. A pesar de que su experiencia ha sido reducida, la valoran como positiva, porque aunque no disponen de datos relevantes, numerosas pacientes han verbalizado haber disminuido notablemente su ansiedad e incluso alguna de ellas manifestó haber notado una disminución en la impulsividad. Están empezando a extender el uso de las técnicas mindfulness por otros centros de la zona, y referencian que en otros lugares de España, el personal de enfermería lo utiliza en trastornos de la conducta alimentaria y en adicciones (23).

OBJETIVOS. Generales: Mejorar la capacidad de regulación emocional en pacientes con trastorno límite y otros trastornos de la personalidad mediante la enseñanza y entrenamiento en habilidades mindfulness.

Específicos: Mejorar la capacidad para prestar atención a estímulos internos y externos.; aumentar la habilidad para describir mediante las palabras las propias experiencias; lograr disminuir el comportamiento mecánico mediante el aumento de la atención a las actividades presentes; adoptar una actitud no evaluadora hacia la propia experiencia cognitiva y emocional; acrecentar la capacidad de dejar fluir los pensamientos y emociones sin dejarse llevar por los mismos; aumentar la capacidad percibida de autocontrol emocional; disminuir la interferencia en las actividades de la vida cotidiana producida por la incapacidad para el manejo de las emociones; mejorar la aceptación de las propias emociones; desarrollar una mejor atención a la propia experiencia emocional; reducir la confusión emocional.

DESARROLLO.

La intervención con ejercicios mindfulness se desarrollará en un total de 24 sesiones de 30 minutos de duración en formato grupal. Será durante un periodo de 6 meses con una frecuencia semanal. A continuación se detalla el desarrollo de las sesiones (1) (2) (24):

Primera sesión: se dedicará a la presentación de lo que es el mindfulness e introducción de las prácticas a través del concepto de mente sabia como integración de la mente racional y la mente emocional mediante ejemplos de cada una y una pequeña visualización con instrucciones: “Imagina que eres una piedrecita que cae en el agua. Igual que la piedra, empiezas a sumergirte en el agua, en círculos, cada vez más profundamente en el agua limpia y transparente que te contiene. Te hundes lentamente haciendo círculos hasta que llegas al fondo. Y cuando descansas en el fondo, experimentas una sensación de estar centrado y en paz” (1). Se pide a los pacientes que sigan la cadencia de su respiración y trascurrido unos instantes se les pregunta si han podido conectar con algún lugar sabio y centrado en su interior.

Segunda sesión: Práctica de comer con conciencia plena. El objetivo de esta práctica es ser consciente de la experiencia sensorial que se puede llegar a sentir con el simple hecho de alimentarse. Primero se les prepara para el ejercicio con unas respiraciones para centrarse en la experiencia y se les entrega una uva pasa. Se invita a los pacientes que sean conscientes de las sensaciones que experimentan al prestar atención plena a las características organolépticas del alimento a través de los diferentes sentidos uno por uno: vista, tacto, oído, olfato y gusto. Se invita a los paciente que hagan al menos una comida al día de esta manera, si no puede ser usando todos los sentidos, al menos que se sienten de manera consciente a comer y saboreen y huelan la comida para descubrir matices que se escapan al hacer la ingesta de manera distraída en otras actividades o en diferentes pensamientos.

Tercera sesión: Observar las palabras y las experiencias. Se les pide a los pacientes que visualicen una imagen como que la mente es el cielo y las

experiencias y pensamientos son las nubes o una cinta transportadora. Se pueden decir palabras y que observen como se colocan en la cinta, se observan y se van, se dejan pasar sin hacer nada y sin aferrarse a ninguna de ellas.

Cuarta sesión: Contar las respiraciones. Se trata de observar la respiración mientras se tiene la ayuda de contar para tener algo que hacer durante la práctica, ya que a pacientes con trastorno de personalidad, sobre todo límite, les resulta difícil poder centrar la atención en la práctica concreta sobre todo en el inicio de las prácticas. Así se evitan distracciones y cruce de pensamientos y emociones difíciles de tolerar en un principio. Se realiza durante 2 minutos, y se pide a los pacientes que centren la atención en la respiración mientras cuentan hasta 10; 1 al inspirar, 2 al espirar y así sucesivamente hasta 10 y se vuelve a empezar.

Quinta sesión: Meditación visual. Se entrega un objeto al paciente y se le pide que lo mire y observe como si fuera la primera vez que lo ve. Se pide que no se etiquete, si no que se describan los matices que observe: color, brillo, textura, forma.... Igualmente puede ampliar las sensaciones con los diferentes sentidos y describirla

Sexta sesión: Meditación auditiva. Se pide a los pacientes que presten atención a los sonidos que oyen en ese instante en el lugar donde estén y los describan sin etiquetarlos, indicando sus características físicas: volumen, tono, continuidad, sensaciones que producen... También se puede poner música, y se pide que escuchen los distintos instrumentos, los cambios momento a momento de la melodía, las sensaciones que les producen...

Séptima sesión: Descripción de fotografías. Se entrega a los pacientes diferentes fotos con caras que representen diferentes emociones y se les pide que las describan. En un principio optarán por decir que la persona “está enfadada” o “triste” a lo que se les indica que las emociones no se observan directamente, sino que lo que se ve es que tiene “el ceño fruncido” o “los labios hacia abajo”, que sí son ejemplos de descripciones.

Octava sesión: Meditación caminando. Consiste en centrarse en las sensaciones al caminar. A algunas personas que les resulta difícil permanecer quietas durante mucho tiempo, este tipo de meditación les puede resultar más sencilla. Se pide a los pacientes que caminen a diferentes ritmos y que presten atención a los movimientos que las diferentes partes del cuerpo tienen que hacer para realizar el acto de caminar.

En cada una de las prácticas en las diferentes sesiones se pide a los pacientes que participen de manera consciente de la experiencia y se les invita a que lo desarrollen en las actividades de su rutina diaria. Además se les pide que al final de las prácticas nos devuelvan la experiencia sobre qué han vivido, si han tenido dificultades, si han emitido juicios o no, etc.

En el resto de las 16 sesiones siguientes se repiten las prácticas anteriores para afianzarlas, e incluso se puede introducir alguna práctica más dirigida a

las sensaciones internas como la respiración sin contar o el escáner corporal según la tolerancia de las anteriores.

CONCLUSIONES.

Las intervenciones con técnicas mindfulness en personas con trastorno límite y otros trastornos de la personalidad son aplicables tanto dentro de la terapia usada para su tratamiento, como en las actividades de la vida cotidiana. Son útiles para mejorar la clínica del paciente y para aumentar su calidad de vida. Al adquirir habilidades mindfulness como la exposición a las experiencias internas y externas, la aceptación de las mismas, la tolerancia al malestar, la actuación con conciencia, el no juzgar ni aferrarse a las experiencias, entre otras, va a mejorar la capacidad de autorregulación emocional. Consecuentemente disminuirán las conductas desadaptativas llevadas a cabo por la persona con este tipo de trastorno destinadas a la evitación de las emociones negativas, como por ejemplo el consumo de drogas, relaciones interpersonales peligrosas o autolesiones. Con estas habilidades mindfulness, es posible sentar las bases para trabajar mejor en el resto de su proceso además de aliviar su sufrimiento. Según la evidencia científica, es un medio válido y eficaz para que el profesional de enfermería de salud mental aborde problemas independientes y dependientes dentro del equipo multidisciplinar, fomentando también el autocuidado de las personas con trastorno límite u otro trastorno de la personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rizvi SL, Welch SS, Dimidjian S. Mindfulness y trastorno de la personalidad. En: Didona F. Manual clínico de Mindfulness. 1a ed. Bilbao: Desclée Browner; 2011. p. 421-440.
2. García-Palacios A, Navarro Haro MV. Mindfulness en los trastornos de la personalidad. En: Miró MT, Simón V. Mindfulness en la práctica clínica. 1a ed. Bilbao: Desclée Browner; 2012. p. 273-295.
3. Mañas Mañas I. Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. Gaceta de psicología. 2007. Vol. 40: 26-34
4. Quiroga Romero E, Erraste Pérez JM. Tratamientos psicológicos eficaces para trastorno de la personalidad. Psicothema. 2001. Vol.13 (3): 393-406.5. Mejías Librancos F, Serrano Parra MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: Ediciones DAE; 2000.
6. Álvarez Tomás I. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de personalidad. Barcelona: Àgencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2011.

7. Eshkol R. Cognitive-Behavioral Therapies for Personality Disorders. *Isr Psychiatry Relat Sci.* 2009. Vol. 46(4): 290-297.
8. Gómez E. Terapia Dialéctico Conductual. *Rev. de Neuro-Psiquiat.* 2007. Vol 70: 1-4.
9. Aramburu B. La Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad. *Psicología Conductual.* 1996. Vol 4(1): 123-140.
10. Parra Delgado M, Montañés Rodríguez J, Montañés Sánchez M, Bartolomé Gutierrez M. Conociendo Mindfulness. *Ensayos [Internet]* . 2012 [citado 15 Julio 2013]. Vol. 27: 29-46. Disponible en: <http://revistas.uclm.es/index.php/ensayos>
11. Kabatt-Zinn J. *Vivir con plenitud las crisis.* Barcelona: Editorial Kairós; 2003.
12. Simón V. *Vivir con plena atención. De la aceptación a la presencia.* Bilbao: Desclée Browner; 2011.
13. García Palacios A. Mindfulness en la Terapia Dialéctico Comportamental. *Revista de Psicoterapia.* 2006. Vol. 17(66/67): 121-132.
14. Feliu Soler A, Pascual JC, Borràs X, Portella MJ, Martín Blanco A, Armario A, et al. Effects of dialectic-Mindfulness Behaviour Therapy Training in emotional reactivity in borderline personality disorder: Preliminary results. *Clin Physiol Psychother.* 2013. Vol.14: 18-29.
15. Soler J, Valdepérez A, Feliu-Soler A, Pascual JC, Portella MJ, Martín Blanco A, et al. Effects of dialectical behavior therapy care module in the care of patients with borderline personality disorder. *Comport Res Ter.* 2012. Vol. 50(2): 150-157.
16. Perroud N, Nicastro R, Jermann F, Hugellet P. Mindfulness skills in patients with borderline personality disorder in dialectical behavior therapy: preliminary results. *Int J Clin Pract Psychiatr.* 2012. Vol. 16(3): 189-196.
17. Caycedo Espinel CC. Tesis. Entrenamiento en mindfulness en madres de familia: su relación con la regulación emocional. Bogotá: Alfonso Borrero Cabal; 2011.
18. Tusaie J, Edss K. Understanding and Integrating Mindfulness Into Psychiatric Mental Health Nursing Practice. *Archives Psychiatr Nurs.* 2009. Vol. 23(5): 359-365.
19. Klanini-Yobas P, Chi MA, Creedy D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders : a meta-analysis. *Intern Journ Nurs Stud.* 2012. Vol. 49(1): 109-121.
20. Stanon M, Dunkley C. First steps in mindfulness skills. *Nurs times.* 2011. Vol 107 (6): 22-24.
21. O'Haver Day P, Horton-Deutsch S. Using mindfulness-based therapeutic interventions in psychiatric nursing practice--part I: Description and empirical support for mindfulness-based interventions. *Arch Psychiatr Nurs.* 2004. Vol. 18(5): 164-169.
22. Tejedor García MJ, Etxabe Marceil MP. *Guía práctica de informes de enfermería en salud mental.* Barcelona: Editorial Glosa; 2007.

23. Romeu Labayen M, Ramal Márquez P. Técnica de “conciencia plena” (mindfulness) en la práctica enfermera en salud mental. Rev Presencia [Internet]. 2009 [citado 20 julio 2013]. Vol.5(10):1-5. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n10/p0153.php>
24. Bien T, Didonna F. Anexo A: La práctica del mindfulness. En: Didona F. Manual clínico de Mindfulness. 1a ed. Bilbao: Desclée Browner; 2011. p. 787-805.