

MINDFULNESS EN LA TERAPIA DIALÉCTICO-COMPORTAMENTAL

Azucena García Palacios

Universitat Jaume I

azucena@psb.uji.es

In the last years, Mindfulness is entering psychotherapy more and more. One of the pioneers treatment program in the incorporation of mindfulness is Dialectical Behavior Therapy (DBT) developed for the treatment of a complex and difficult condition, borderline personality disorder. DBT is a Cognitive Behavioral Therapy approach that incorporates innovative therapeutic elements in order to treat the dysfunctional pattern of behaviour of borderline personality. One of these components is mindfulness. The aim of this work is to describe mindfulness skills in DBT. First we will describe briefly DBT and how mindfulness skills suit in the program. We will describe what mindfulness skills are included in DBT, analyze their therapeutic utility, as well as the differences between DBT mindfulness skills and other mindfulness procedures.

Key Words: Psychotherapy, Cognitive Behavior Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Mindfulness

Introducción

Una de las definiciones más sencillas de *mindfulness* o atención plena dentro del marco de la psicoterapia es la realizada por Kabat-Zinn (1990) que describe este concepto como “el acto de focalizar la atención de forma intencionada en el momento presente con aceptación”. Las definiciones de *mindfulness* suelen incluir términos como conciencia, atención, intencionalidad y aceptación, entre otros. Germer (2005) resume estas definiciones en tres elementos fundamentales para entender la utilización de *mindfulness* en psicoterapia: 1) conciencia, 2) de la experiencia presente, 3) con aceptación.

La atención plena trata de ser consciente de lo que está pasando en el momento presente sin juzgar o rechazar lo que está ocurriendo, tomar conciencia de nuestras experiencias internas y externas sin rechazar nada, sin aferrarse a nada.

La práctica de *mindfulness* o atención plena a través de la meditación es muy antigua en la tradición oriental, sobre todo en el Budismo. En esta tradición, la

atención plena es un método que ayuda a reducir el sufrimiento y a promover cualidades positivas como la sabiduría, el *insight* o la compasión (Kabat-Zinn, 2003). Como indican Baer y Krietemeyer (2006) profesionales e investigadores en salud mental han puesto su interés en la atención plena como un medio de ayudar a personas aquejadas de distintos problemas mentales. Estos profesionales han conceptualizado la atención plena como una serie de técnicas que pueden ser enseñadas fuera del marco de creencias religiosas. Estas técnicas se han incluido en programas de intervención que tienen como finalidad el tratamiento de diversos problemas psicológicos. Los tratamientos más conocidos son el Programa de Reducción del Estrés basado en técnicas de *Mindfulness* (MBSR, Kabat-Zinn, 1982, 1990), la terapia Dialéctico-Comportamental (DBT, Linehan, 1993a), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), y la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT, Segal, Williams y Teasdale, 2002).

El objetivo de este artículo es describir las técnicas de *mindfulness* que se utilizan en la Terapia Dialéctico-Comportamental (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT). En los siguientes apartados describiremos brevemente la DBT para después adentrarnos en el componente que nos ocupa, las técnicas de *mindfulness* o atención plena

Terapia dialéctico-comportamental

La Dra. Marsha Linehan y su equipo de la Universidad de Washington en Estados Unidos diseñaron y pusieron a prueba la Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT) con el fin de abordar uno de los trastornos más complejos y difíciles de tratar, el trastorno límite de la personalidad (Trastorno Límite de la Personalidad). En este apartado describiremos brevemente la DBT. Para una mayor profundización se recomienda la lectura de los manuales que describen la terapia (Linehan 1993a, Linehan 1993b). Existen también resúmenes de la misma en castellano que proporcionan una idea general de la DBT (García-Palacios, 2004; García-Palacios, 2006).

El TLP se manifiesta por un patrón de funcionamiento desadaptativo y generalizado caracterizado por una inestabilidad que se manifiesta en la afectividad, el comportamiento, la cognición y las relaciones interpersonales (APA, 2000). Este patrón se traduce en una importante inestabilidad del estado de ánimo, impulsividad extrema, sentimientos crónicos de vacío, comportamientos autolesivos recurrentes o intentos de suicidio, y relaciones interpersonales caóticas e intensas (Caballo, Gracia, López-Gollonet y Bautista, 2004). La prevalencia vital de este trastorno se estima entre un 1 y un 2% en la población general (APA, 2000; Selva, Bellver y Carabal, 2005). La tasa de suicidio es preocupante; se estima que alrededor del 9% de estos pacientes se suicidan (APA, 2000). El TLP presenta una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, principalmente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del control de los impulsos, trastornos relacionados con el consumo de sustancias, y trastornos de la conducta alimentaria (Caballo et al., 2004; Girolano y Dotto, 2000).

Linehan (1993a) conceptualiza el TLP desde una perspectiva biosocial como una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre aspectos biológicos y un ambiente invalidante. Según esta perspectiva, el individuo presenta una alta vulnerabilidad emocional determinada por factores biológicos que le lleva a presentar una elevada reactividad del estado de ánimo y dificultades en la regulación de las emociones. El factor psicosocial del modelo de Linehan es el ambiente invalidante, que consiste en un patrón de crianza que responde con respuestas inapropiadas o no contingentes a la comunicación de experiencias emocionales. Se trata de un ambiente que no reconoce, no sabe responder adecuadamente, e incluso castiga la manifestación de los problemas emocionales que presenta el niño. A medida que la personalidad del individuo se va conformando, estos dos factores interactúan para dar lugar a un patrón de inestabilidad emocional, que constituye la esencia de este trastorno. El individuo intenta, de forma desadaptativa regular o controlar su inestabilidad emocional y surgen los problemas en otras áreas: comportamental, cognitiva, interpersonal, e identidad. A partir de este modelo teórico, Linehan diseña la DBT, un programa de tratamiento cognitivo-comportamental cuyo objetivo fundamental es que el paciente aprenda a regular las emociones y, a su vez, reducir las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo. El tratamiento se estructura en torno a cinco áreas problemáticas: disfunción emocional, comportamental, cognitiva, interpersonal y de la identidad.

Uno de los aspectos más innovadores de la DBT dentro del marco de la terapia cognitivo-comportamental (TCC) es la combinación de técnicas de aceptación y técnicas de cambio. La TCC es predominantemente una serie de técnicas destinadas al cambio. Tomemos por ejemplo la terapia cognitiva para la depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Mediante técnicas para cambiar las conductas (programación de actividades) y técnicas para cambiar las cogniciones (reestructuración cognitiva) se llega al cambio de las emociones (tristeza). Linehan considera que utilizar sólo técnicas de cambio con los pacientes que sufren TLP es insuficiente y muy difícil, por lo que incorpora las técnicas de aceptación. El planteamiento de la terapia es la aceptación de la situación clínica y vital del paciente en el momento presente y la necesidad de producir cambios con el fin de que el paciente pueda tener una vida que valga la pena ser vivida. Es ésta la primera dialéctica que se le plantea al terapeuta dialéctico-comportamental y al mismo paciente. Las técnicas básicas se estructuran en estrategias de aceptación (por ejemplo, validación, *mindfulness* y tácticas de tolerancia al malestar) y estrategias de cambio (por ejemplo, eficacia interpersonal y regulación emocional).

La DBT tiene varias fases. La primera de ellas es el pretratamiento. Esta fase es fundamental porque en ella se determinan los límites de la terapia, unos límites que van a guiar y dar estructura al programa psicoterapéutico. Los objetivos de esta fase, teniendo en cuenta la poca conciencia de enfermedad característica de éste y otros trastornos de la personalidad, son la orientación del paciente hacia la terapia,

el establecimiento de la relación terapéutica, y fijar las metas y los compromisos básicos para el buen funcionamiento de la terapia.

La segunda fase es la fase del tratamiento propiamente dicho. El objetivo fundamental es tratar los aspectos fundamentales del TLP: Disminuir las conductas suicidas y parasuicidas, trabajar con las conductas que interfieran en la terapia y tratar las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente. Otro objetivo, una vez que el paciente aprende a regular las emociones es el tratamiento del estrés postraumático. En esta fase se utilizan distintos modos de terapia, individual, grupal y consultas telefónicas. Esta fase tiene una duración de un año y se establece una sesión individual y una sesión de grupo a la semana y las consultas telefónicas se utilizan entre sesiones principalmente para ayudar al paciente a generalizar las habilidades y estrategias aprendidas en consulta a su contexto natural.

El modo de terapia básico de la DBT es la terapia individual. La terapia individual de la DBT no sigue el formato tradicional de la terapia cognitivo-comportamental. No existe un manual de tratamiento estructurado que guíe la terapia. Como señalan Miller y Rathus (2000) la DBT es una intervención basada en principios terapéuticos y no una intervención basada en un manual de tratamiento. Lo que guía la terapia es una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia. La jerarquía que se establece en la terapia individual es la siguiente: 1. Conductas suicidas y parasuicidas; 2. Conductas que interfieran con la terapia; 3. Conductas que interfieran en la calidad de vida; 4. Aumentar habilidades comportamentales. Los objetivos terapéuticos específicos para cada paciente se organizan en función de esa jerarquía de prioridades y se van tratando de forma individualizada en las sesiones de terapia individual teniendo como estrategias fundamentales el análisis funcional y la solución de problemas. Para el abordaje de los problemas de los pacientes en distintas áreas, además de la adquisición y práctica de cuatro tipos de habilidades propias de la DBT se utilizan técnicas terapéuticas como el manejo de contingencias, la exposición, o las técnicas cognitivas. El proceso terapéutico también sirve para abordar los problemas del paciente. Se utilizan tácticas de validación, estrategias de comunicación recíproca, el uso de distintos estilos de comunicación, desde un estilo más confortador a un estilo más irreverente, y estrategias dialécticas, planteando los problemas como polos (tesis y antítesis) de un continuo que puede llegar a una integración o solución (síntesis).

El modo de terapia grupal tiene como objetivo entrenar a los pacientes en distintas habilidades. La terapia grupal sigue las pautas de un programa cognitivo-comportamental. Existe un manual de tratamiento estructurado que especifica los aspectos a tratar en cada módulo del entrenamiento en habilidades. Los cuatro tipos de habilidades se presentan en el grupo y se practican en este formato y en la terapia individual. El grupo de terapia se compone de entre seis a ocho pacientes y dos terapeutas, que se reúnen una vez por semana en sesiones de alrededor de dos horas y media. Las habilidades que se adquieren y practican en el grupo son las siguientes (Linehan, 1993b):

Habilidades de atención plena o mindfulness. Describiremos con más detalles estas técnicas en el siguiente apartado. Sí nos gustaría enfatizar que el entrenamiento en estas tácticas es una condición para el entrenamiento en los otros tres tipos de habilidades. Las técnicas de *mindfulness* sirven para potenciar el aprendizaje de las demás habilidades.

Habilidades de tolerancia del malestar. Los individuos con TLP tienden a utilizar estrategias de evitación para aliviar el malestar. Las conductas autolesivas, el consumo de sustancias o las conductas alimentarias desadaptativas son, en muchas ocasiones, estrategias para escapar al dolor emocional. Todas estas conductas producen un alivio rápido, aunque momentáneo al sufrimiento emocional. La contrapartida es que el alivio a corto plazo refuerza la probabilidad de que se repita la conducta problema en el futuro. Uno de los objetivos de la DBT es que los pacientes aprendan a tolerar el malestar en momentos de crisis. Las tácticas de tolerancia al malestar sirven para sobrevivir a las crisis emocionales extremas. Los pacientes aprenden cómo afrontar una situación negativa sin realizar conductas desadaptativas. El programa incluye cuatro tipos de tácticas: Tácticas de distracción, Confortarse a sí mismo, Mejorar el momento y Enumerar los pros y contras.

Habilidades de regulación emocional. Estas habilidades son fundamentales en el tratamiento del TLP ya que intervienen de forma directa en el tratamiento de las emociones, el núcleo fundamental del TLP desde la perspectiva de Linehan. Los pacientes aprenden varias habilidades con el fin de modular sus emociones: Identificar y etiquetar las emociones; identificar obstáculos para el cambio emocional, aprendiendo a realizar análisis funcionales de las contingencias que refuerzan las emociones desadaptativas; reducir la vulnerabilidad emocional, mediante el cambio de hábitos disfuncionales y la puesta en práctica de hábitos saludables en distintos ámbitos como el sueño, la conducta de enfermedad, la alimentación, el ocio, etc.; y, por último, incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos mediante la programación y realización de actividades placenteras y el establecimiento de metas a corto, medio y largo plazo.

Habilidades de eficacia interpersonal. Los pacientes con TLP presentan problemas importantes en las relaciones con los demás. El problema no suele ser un déficit en habilidades sociales, sino el establecer expectativas muy poco realistas sobre la forma en que los demás y ellos mismos tienen que comportarse en las relaciones interpersonales. La meta principal del entrenamiento en eficacia interpersonal es retar y cambiar las expectativas erróneas que los pacientes tienen sobre el ámbito de las relaciones interpersonales. Los pacientes aprenden a equilibrar los deseos y las obligaciones en el ámbito interpersonal y a construir competencia y dignidad personal. El entrenamiento se realiza fundamentalmente utilizando ensayos de conducta y procedimientos de solución de problemas.

Una vez que el paciente ha adquirido y practica las habilidades anteriores y es capaz de una mejor regulación de los afectos (tras un año de terapia) el programa

se dirige al abordaje del estrés postraumático. Los problemas con la regulación de las emociones hacen que la elaboración de experiencias traumáticas o acontecimientos estresantes sea muy difícil para estos pacientes. Por ello, la DBT dedica una parte de su programa al tratamiento del estrés postraumático utilizando el programa cognitivo-comportamental de Foa y Rothbaum (1998).

La tercera fase del programa, que no tiene una duración determinada, tiene como objetivo potenciar el respeto por uno mismo. Se trabaja fundamentalmente el establecimiento y consecución de metas vitales así como el afianzamiento de los logros conseguidos durante la terapia y prevenir las recaídas. En esta fase se incluye otro modo de terapia, los grupos de autoayuda constituidos por pacientes en fases avanzadas del programa con el objetivo de reducir la probabilidad de crisis emocionales y vitales. Esta breve descripción de la DBT nos da una idea de un programa de tratamiento complejo para el que se requiere un entrenamiento específico de los terapeutas que lo llevan a cabo, así como una supervisión constante del curso de la terapia por un equipo de terapeutas. De hecho, no se concibe la DBT como una terapia que se pueda llevar por parte de un solo terapeuta, sino una terapia que aplica un grupo de terapeutas a un grupo de pacientes.

Antes de acabar este apartado, comentaremos los datos más relevantes con respecto a la eficacia empírica de la DBT. Se han llevado a cabo numerosos estudios controlados que ofrecen resultados de eficacia comparando la DBT con condiciones de tratamientos no estructuradas, es decir, el tratamiento que reciben los pacientes de forma rutinaria (p.ej., Linehan, Armstrong, Suarez, Allmond y Heard, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993; Linehan, Tutek, Heard y Armstrong, 1994; Linehan et al., 1999; Koerner y Linehan, 2000; Koons et al., 2001; Swenson, Sanderson, Dulit y Linehan, 2001; Telch, Agras y Linehan, 2001; Linehan et al., 2002; Verheul et al., 2003; van den Bosch, Koerter, Stijnen, Verheul y van den Brink, 2005; Kröger et al. 2006; Linehan et al., 2006). Los resultados indican que se reducen de forma significativa el número de intentos suicidas, el número de comportamientos autolesivos, el número de hospitalizaciones y la utilización de los servicios de urgencia.

Por último, nos gustaría también señalar que la DBT está siendo adaptada para el tratamiento de otros problemas mentales. El objetivo fundamental de las técnicas y la estructura de la DBT es la regulación emocional. Algunos investigadores están estudiando la eficacia de este programa de tratamiento en otros trastornos donde las dificultades en la regulación de las emociones es una característica importante. Algunas de las adaptaciones que se han realizado incluyen el tratamiento de la depresión en población geriátrica (Lynch, 2000), el trastorno por atracción (Telch, Agras y Linehan, 2001), adolescentes con rasgos de personalidad límite y sus familias (Rathus y Miller, 2000), y la reducción de conductas agresivas en el marco de la violencia doméstica (Fruzzetti y Levensky, 2000).

Las técnicas de *mindfulness* en la terapia dialéctico-comportamental

Como hemos visto, las técnicas de *mindfulness* están integradas en la DBT como una de las cuatro habilidades principales del programa de tratamiento. En un principio, Linehan entrenaba a sus pacientes suicidas en meditación formal y prolongada. Sin embargo, la experiencia no tuvo buenos resultados porque a los pacientes les resultaba muy difícil seguir el entrenamiento debido a sus problemas de desregulación emocional y comportamental y porque no entendían las ventajas que podía reportarle un entrenamiento tan largo y costoso (Welch, Rizvi y Dimidjan, 2006). A partir de esas primeras experiencias, Linehan y su equipo ha ido desarrollando y depurando las tácticas de *mindfulness* que pueden ser aprendidas y practicadas de forma eficaz por los pacientes con TLP .

Las habilidades de toma de conciencia en la DBT están basadas en la filosofía oriental Zen y se conceptualizan como experimentar plenamente el momento presente. La meta fundamental es que los pacientes aprendan a tomar control de sus mentes y no que sus mentes les controlen. Se trata de adoptar una actitud de contemplación de las experiencias en el momento presente, de conocer y aceptar las experiencias sin realizar juicios de valor. Los pacientes con TLP están constantemente “escapándose” de sus experiencias, sobre todo de sus experiencias emocionales debido a que han “aprendido” que son muy dolorosas. Tienen la tendencia a no participar de las experiencias presentes. Que el paciente sea capaz de tomar conciencia de sus experiencias es un primer paso para, por una parte, validar lo adaptativo y, por otra, identificar aquellas experiencias problemáticas que tienen consecuencias muy negativas en sus vidas. Tomar conciencia es el primer paso para aceptar la realidad y cambiar aquello que es disfuncional. Sólo desde la aceptación será posible el cambio.

Las técnicas de *mindfulness* se introducen con el concepto de *mente sabia*. Este concepto es la base lógica del entrenamiento. Se plantea un ejercicio a los pacientes en el que se les pide que describan dos conceptos: la *mente emocional* y la *mente racional*. Estos conceptos se presentan como polos opuestos, como tesis y antítesis de un dilema dialéctico. Los pacientes con TLP se suelen identificar con la mente emocional. Es el estado en el que las emociones controlan otras experiencias como los pensamientos o el comportamiento. La mente racional es el estado en el que la lógica, la razón, es la que controla a las emociones y a las conductas. La mente sabia es la integración de ambos conceptos, se trata del conocimiento profundo e intuitivo de algo. Por ejemplo, la mente sabia es esa bombilla que se ilumina con la solución a un problema nada más despertarnos (cuando el día anterior nos pasamos horas pensando y pensando sin encontrar ninguna solución). Es difícil definir la mente sabia, se podría decir que no es un lugar a donde queramos llegar, sino el camino que recorreremos, lo que experimentamos en un momento dado, es decir, la esencia de la atención plena o *mindfulness*.

Una vez introducido el concepto de mente sabia se introducen las técnicas de

mindfulness para ejercitarla, las cuales se dividen en dos tipos de estrategias. Las técnicas *Qué* y las técnicas *Cómo*. La meta de las técnicas *Qué* es desarrollar una actitud de participar con los “ojos totalmente abiertos”, con atención plena. Son tres tácticas: observar, describir y participar de nuestras experiencias.

Observar hace referencia a atender a las experiencias en un momento dado sin dejarse atrapar por los conceptos o categorías. Es una forma de volver la atención a un nivel básico, al nivel de las sensaciones, utilizando todos los sentidos. Algunos ejercicios para practicar esta estrategia son, por ejemplo, observar la respiración u observar una sensación física como un picor en una parte del cuerpo o el sabor de un alimento. Uno de los ejercicios es observar las experiencias que acudan a la mente en el momento presente, cualquier experiencia. Se puede utilizar una imagen como que la mente es una cinta transportadora y las experiencias se colocan en la misma o que la mente es el cielo y las experiencias son las nubes. Las experiencias se observan y se dejan pasar sin hacer nada, sin aferrarse a ninguna de ellas.

Describir trata de poner palabras a lo que *observo*, de ponerle nombre a las experiencias. Por ejemplo, nombrar a la sensación que noto en el estómago como dolor o a la emoción que siento como tristeza o alegría. Se puede utilizar una ampliación del ejercicio de la cinta transportadora o el cielo y las nubes para describir. De la cinta pueden surgir distintos brazos en los que coloco las distintas experiencias tras etiquetarlas: las emociones por un lado, los pensamientos por otro, las sensaciones por otro, etc.

La última de las técnicas *Qué* es *participar*. Es claramente un complemento a las anteriores. Se trata de entrar en las experiencias y vivirlas, no quedarse al margen. Ésta es, a mi modo de ver, una de las características principales del concepto de *mindfulness*. Se trata de tomar conciencia de que yo soy el agente de mis pensamientos, de mis sentimientos, de mis acciones. No soy ajeno a mis experiencias, no me escapo de ellas, sino que participo de las mismas.

El otro grupo de técnicas son las tres técnicas *Cómo* que se llevan a cabo al mismo tiempo que las estrategias *Qué*. Observar, describir y participar, ¿cómo?: *sin juzgar*, experimentando los acontecimientos *de uno en uno*, y con *eficacia*. Aquí se hace mucho hincapié en las diferencias entre lo que es un juicio y lo que es la realidad. Los pacientes con TLP suelen tener una confusión importante entre lo que es un pensamiento y lo que es la realidad. Las técnicas de *mindfulness* ayudan a entender que los pensamientos son experiencias como lo son las sensaciones o las emociones, ni más ni menos. Es decir, que los pensamientos no son siempre hechos o realidades. En definitiva, distinguir un hecho de un juicio. Por ejemplo; “soy malo” vs. “se me ha olvidado felicitar a mi hermano en su cumpleaños”. Otro aspecto a tratar es practicar el atender a las cosas de una en una, participando activamente primero de una y luego de la siguiente, señalando las ventajas de ser más conscientes de nuestras experiencias para poder aceptarlas o cambiarlas. Practicar atender a las experiencias de una en una aumenta el control del foco

atencional y ayuda a interrumpir la tendencia a la rumiación. Por último, la técnica *eficacia* cobra significado con la tarea específica en la que estemos involucrados en el momento presente. Por ejemplo, si estoy en una situación interpersonal en la que estoy realizando una petición ser eficaz es centrarse en realizar la petición, elegir las palabras y hacerlo. No es eficaz recrearse y aferrarme a pensamientos como “no merezco que me ayuden” o en las sensaciones corporales que experimento “palpitaciones y sudor”. Puedo observar esos pensamientos y sensaciones, pero centrarme en la tarea. Estas son las técnicas de atención plena incluidas en la DBT. Su aprendizaje se lleva a cabo en la terapia grupal, siendo las primeras tácticas que se entrenan para después practicarlas a lo largo de toda la terapia, tanto en el formato grupal como en la terapia individual.

Conclusiones

En este trabajo hemos descrito las técnicas de atención plena que se utilizan en el marco de la DBT, un programa que tiene como objetivo fundamental el tratamiento de los graves problemas de regulación emocional de los pacientes con TLP. Como conclusión, describiremos la utilidad de estas técnicas, así como las diferencias con otros programas que incluyen *mindfulness*.

Como ya hemos comentado, las estrategias de *mindfulness* son las primeras que se adquieren y se practican en la DBT. La razón es que se consideran un requisito para entrenar las otras habilidades. La primera de las funciones de las técnicas de *mindfulness* es, pues, sentar las bases de la adquisición de las demás técnicas.

Esto cobra mucho sentido en, por ejemplo, las habilidades de regulación emocional. Para poder modular las emociones primero tengo que identificarlas y conocerlas. Los pacientes con TLP tienden a escaparse y suprimir las experiencias emocionales por lo que suelen tener un desconocimiento importante de lo que realmente están sintiendo. Las técnicas de *mindfulness* sirven para que los pacientes aprendan a observar, describir y participar de sus experiencias emocionales sin juzgarlas ni escaparse de las mismas. Este es el paso previo para poder intervenir en las emociones, para poder regularlas. Otro de los efectos de las técnicas de atención plena en la DBT es incrementar la conciencia de las experiencias vitales. Se trata de un entrenamiento atencional. Y ese aprendizaje favorece una mejor evaluación conductual de los problemas y los mecanismos que los mantienen, base fundamental para una mayor eficacia en la resolución de los mismos.

Uno de los problemas más importantes del TLP es la impulsividad extrema. Las conductas impulsivas tienen como función primaria escapar, suprimir o reducir el malestar emocional. Por ejemplo, las conductas parasuicidas como cortarse sirven al paciente con TLP para aliviar emociones intensas que en ese momento son intolerables. El dolor físico “alivia” el dolor emocional. Las técnicas de *mindfulness* ayudan a reducir las conductas impulsivas ya que sirven para ponerse en contacto con ese malestar emocional sin escapar de él. Tolerar el malestar es un primer paso para

reducirlo; por el contrario, escapar de él es una garantía de que volverá con más fuerza.

Por último, otra de las características del TLP es la invalidación que hacen de sus experiencias. Siguiendo la teoría biosocial que plantea Linehan, estos individuos han crecido en ambientes que han invalidado de forma persistente sus emociones, sus pensamientos y sus conductas. Esta invalidación se convierte en autoinvalidación en el desarrollo del TLP lo que se traduce en juicios negativos constantes de sus experiencias que resultan muy dañinos. Las estrategias de *mindfulness* ayudan al paciente a observar y participar de sus experiencias sin juzgarlas, invirtiendo la tendencia a la invalidación.

En resumen, las técnicas de *mindfulness* juegan un papel fundamental en la DBT. De hecho, son las técnicas de aceptación básicas que sirven para facilitar la aplicación de las técnicas terapéuticas utilizadas en la DBT, así como para fomentar una actitud de aceptación y de “reconciliación” con las propias experiencias.

Welch et al. (2006) señalan las características que diferencian las técnicas de *mindfulness* de la DBT de otras tácticas de atención plena de otros programas terapéuticos. La diferencia fundamental es que se trata de habilidades para las que no es necesaria la práctica de la meditación formal ni para los pacientes ni para los terapeutas. Esto lo diferencia de otros programas como la MBCT (Segal et al., 2002) o la MBSR (Kabat-Zinn, 1990). La razón fundamental es que la meditación prolongada parece estar contraindicada para los pacientes con psicopatología severa (Linehan, 1994). Por ello, las habilidades de *mindfulness* en la DBT enfatizan el entrenamiento mediante ejercicios breves (un par de minutos) muy específicos.

Con respecto a los terapeutas, aunque no es un requisito que practiquen meditación prolongada sí es aconsejable que practiquen habilidades de *mindfulness*. Por ello, las sesiones clínicas que se celebran una vez por semana incluyen la práctica de *mindfulness* liderada cada semana por un miembro del equipo. El contenido de esa práctica es el mismo que se practica con los pacientes.

Por último, la DBT enfatiza que los terapeutas lleven a cabo la terapia con atención plena, participando de las sesiones y con una actitud de aceptación, sin hacer juicios de valor. Esta actitud tiene ventajas como crear un marco de validación y aceptación del paciente que está acostumbrado a ambientes de invalidación, así como estar más atento/a a lo que ocurre en la sesión de terapia, descubriendo información clínica que puede ser muy relevante para la terapia.

En resumen, las técnicas de *mindfulness* en la DBT parecen constituir uno de los elementos fundamentales del éxito de este programa de tratamiento. La DBT es uno de los primeros programas de tratamiento que incorporaron la atención plena como un componente fundamental del programa. La eficacia de este programa para el tratamiento de un trastorno grave, el TLP está muy establecida. Aunque existen algunos datos que apoyan la utilidad específica de las tácticas de *mindfulness* (p.ej. Miller, Wyman y Huppert, 2000), son necesarios estudios empíricos que estudien el papel específico de las mismas dentro de la DBT.

La atención plena o mindfulness está entrando con fuerza en la psicoterapia en los últimos años. Uno de los programas de tratamiento pionero en la incorporación de mindfulness es la terapia dialéctico-comportamental (DBT) diseñada para el tratamiento de un trastorno muy complejo y difícil de abordar, el trastorno límite de la personalidad. Basado en una perspectiva cognitivo-comportamental, este programa incorpora elementos innovadores con el fin de abordar el patrón disfuncional de la personalidad límite. Uno de esos componentes es la atención plena. El objetivo de este trabajo es describir con detalle las habilidades de mindfulness de la DBT. Para ello describiremos brevemente la DBT y cómo se estructuran las habilidades de mindfulness en este programa, su utilidad, qué habilidades se entrenan, y las diferencias con otros procedimientos de atención plena.

Palabras clave: *Psicoterapia, terapia cognitivo-comportamental, terapia dialéctico-comportamental, atención plena, mindfulness.*

Referencias Bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- BAER, R. A. & KRITEMEYER, J. (2006). Overview of Mindfulness- and acceptance-based treatment approaches. En R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches* (págs. 3-30). Burlington, MA: Academic Press.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- CABALLO, V., GRACIA, A., LÓPEZ-GOLLONET, C. & BAUTISTA, R. (2004). El trastorno límite de la personalidad. En V. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (págs. 137-160). Madrid: Síntesis.
- FOA, E. B. & ROTHBAUM, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape*. New York: Guilford.
- FRUZZETTI, A. E. & LEVENSKY, E. R. (2000). Dialectical Behavior therapy for Domestic violence: Rationale and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 435-447.
- GARCÍA-PALACIOS, A. (2004). El tratamiento del trastorno límite de la personalidad por medio de la terapia dialéctica conductual. En V. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (págs. 483-512). Madrid: Síntesis.
- GARCÍA PALACIOS, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: terapia individual. *P. Conductual*, 453-466.
- GERMER, C. K. (2005). Mindfulness. What is it? What does it matter? En C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (págs. 3-27) New York: Guilford Press.
- GIROLANO, G. & DOTTO, P. (2000). Epidemiology of personality disorders. En M. Gelder, J. J. López-Ibor & N. Andreasen (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- HAYES, S. C., STROSAHL, K. & WILSON, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. N.Y.: Guilford.
- KABAT-ZINN, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- KABAT-ZINN, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.
- KABAT-ZINN, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- KOERNER, K. & LINEHAN, M. M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 151-167.
- KOONS, C. R., ROBINS, C. J., TWEED, J. L., LYNCH, T. R., GONZALEZ, A. M., MORSE, J. Q., BUTTERFIELD, M. J. & BASTIAN, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- KRÖGER, C., SCHWEIGER, U., SIPOS, V., ARNOLD, R., KAHL, K. G., RUDOLF, S. & REINECKER, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient

- setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1211-1217.
- 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. Traducción al castellano por Paidós (2003).
- LINEHAN, M.M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. En S. C. Hayes, N. C. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (págs. 72-86). Reno NV: Content Press.
- LINEHAN, M. M., ARMSTRONG, H. E., SUAREZ, A., ALLMON, D. & HEARD, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *A.G.P.*, 48, 1060-1064.
- LINEHAN, M. M., COMTOIS, K. A., MURRAY, A., BROWN, M. Z., GALLOP, R. J., HEARD, H. L., KORSLUND, K. E., TUTEK, D. A., REYNOLDS, S. K. & LINDENBOIM, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and 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. M., DIMEFF, L. A., REYNOLDS, S. K., COMTOIS, K. A., WELCH, S. S., HEAGERTY, P. & KIVLAHAN, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependency*, 1, 1-14.
- LINEHAN, M. M., HEARD, H. & ARMSTRONG, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- LINEHAN, M. M., SCHMIDT, H., DIMEFF, L. A., CRAFT, J. C., KANTER, J. & COMTOIS, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- LINEHAN, M. M., TUTEK, D. A., HEARD, H. & ARMSTRONG, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *A.J.P.*, 151, 1771-1776.
- LINEHAN, M., COMTOIS, K. A., MURRAY, A. M., BROWN, M. Z., GALLOP, R. J., HEARD, H. L., KORSLUND, K. E., TUTEK, D. A., REYNOLDS, S. K. & LINDENBOIM, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- LYNCH, T. R. (2000). Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behaviour therapy. *Cognitive and Behavioural Practice*, 7, 468-477.
- MILLER, A. L. & RATHUS, J. H. (200). Dialectical behavior therapy : Adaptations and new applications. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 420-425.
- MILLER, A., WYMAN, S. E. & HUPPERT, J. D. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 183-187.
- RATHUS, J. H. & MILLER, A. L. (2000). DBT for adolescents: Dialectical dilemmas and secondary treatment targets. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 425-434.
- SEGAL, Z. V., WILLIAMS, M. G. & TEASDALE, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- SELVA, G., BELLVER, F. & CARABAL, E. (2005). Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. En G. Cervera, G. Haro & J. Martínez-Raga (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica* (págs. 17-40). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- SWENSON, C. R., SANDERSON, C., DULIT, R. A., LINEHAN, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psych. Q.*, 72, 307-324.
- TELCH, C. F., AGRAS, W. S. & LINEHAN, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.
- VAN DEN BOSCH, L. M. C., KOETER, M. W. J., STIJNEN, T., VERHEUL, R. & VAN DEN BRINK, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- VERHEUL, R., VAN DEN BOSCH, KOERTER, M.W.J., DE RIDDER, M.A.J., STIJNEN, T. & VAN DEN BRINK, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- WELCH, S. S., RIZVI, S. & DIMIDJIAN, S. (2006). Mindfulness in Dialectical Behavior Therapy (DBT) for borderline personality disorder. En R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches* (págs. 117-142). Burlington, MA: Academic Press.