



CAPÍTULO 6

MINDFULNESS.

6.1. INCORPORACIÓN DEL MINDFULNESS A LOS PROGRAMAS TERAPÉUTICOS PARA EL TLP. ¿POR QUÉ?, ¿PARA QUÉ?, Y ¿CÓMO?.

El concepto de mindfulness parece haberse instalado en el mundo de la salud. Hoy ya nadie cuestiona la importancia del estar y ser en el presente como un elemento de bienestar. En el ámbito de la salud emocional desarrollar una actitud mindful significa estar atento a cuerpo y mente y escuchar sus necesidades sin dejarse arrastrar por ellas, aceptándolas tal como son en cada momento. Se trata de recuperar esa “mirada del principiante” limpia de juicios, esa mirada amiga y compasiva hacia nosotros mismos que tuvimos en algún momento. Significa volver a ver lo esencial, qué siento, qué pienso, qué necesito.

Ser conscientes de que mi proceso mental es un proceso mental, ni mi totalidad ni la realidad absoluta. Lo que pienso y lo que interpreto es un producto de mi biografía.

Practicar de forma regular mindfulness facilita el darse cuenta de los filtros que tanto la mente como el cuerpo ponen a la experiencia. Nos lleva a conectar con nuestra esencia, con la sabiduría innata (mente sabia) que todo ser humano posee pero que se ha ido escondiendo bajo los miedos y deseos. Al entrenar la capacidad de observar y notar sin dejarse llevar por automatismos, se produce una rebaja de la impulsividad que proporciona un espacio de reflexión y de calma, por lo que permite el acto consciente de decidir antes de actuar y sentirse así más conectado con el propio yo. La práctica de la consciencia plena o mindfulness nos enseña a estar en contacto con nosotros mismos de forma más amable y compasiva, a no evitar sistemáticamente las emociones y el malestar.

La neurociencia apoya la idea de que la práctica continuada del mindfulness produce cambios en la estructura del cerebro: estamos activando circuitos que crean entereza y bienestar y que subyacen a la

empatía y a la compasión, siendo posible cultivar nuevas conexiones cerebrales en cualquier etapa de la vida.



Esto es un aprendizaje imprescindible para las personas impulsivas y emocionalmente reactivas que sufren. El ser humano solo puede vencer sus fantasmas afrontándolos de cara con buena disposición y la mente abierta. Evitarlos o escapar de ellos supone un alivio temporal pero al final se sufre más. A través del mindfulness y la autocompasión, al permitirse sentir la emoción, paradójicamente se produce un cambio, se transforma la percepción del sufrimiento y aparece la sabiduría innata que todos poseemos y que nos va a permitir tolerar la situación o hacerla más llevadera.



¿CÓMO SE ENCAJA LA TRADICIÓN MILENARIA DEL MINDFULNESS EN LA PSICOLOGÍA OCCIDENTAL MODERNA?

El mindfulness contiene y une dos aspectos: lo psicológico y lo espiritual. La psicología oriental de inspiración budista no separa estos dos términos pero la psicología occidental sí. Dentro de lo psicológico se trabajan dos aspectos:

- ▶ La auto regulación de la atención en la experiencia presente mediante procesos mentales (las habilidades metacognitivas: como hacer flexiones en el deporte).
- ▶ El desarrollo de una actitud abierta, curiosa y aceptadora ante uno mismo y el mundo (los principios éticos de no juicio y aceptación).

6.2. EL TERAPEUTA MINDFUL

Cuanto más se sabe y se practica la consciencia plena, más evidente se hace que no se trata de “hacer” mindfulness, si no de llegar a ser una persona mindful, de incorporar la actitud. Con la práctica, se irá incorporando a la vida cotidiana y se producirá una

transformación personal. Como afirma el padre occidental del mindfulness, Jon Kabat-Zinn, en una reciente entrevista, “si aumentas tu conciencia, los cambios en tu vida vienen solos”.

El terapeuta mindful incorpora la tradición humanista, no juzga, no interpreta, valida, acepta de forma radical al otro, a sí mismo y lo que ocurre en cada momento.

La atención plena te da otra forma de sostener tu experiencia desde la presencia. La práctica personal del mindfulness ayuda al terapeuta a darse cuenta de cuando el apego, el miedo al fracaso o los juicios le apartan de esta posición y a volver a ella una y otra vez.



6.3. BENEFICIOS DE LA PRACTICA DEL MINDFULNESS

Con la práctica del mindfulness:

🚲 Se aprende a percibir y notar las emociones, pensamientos, cuerpo y lo que nos rodea de forma más clara y directa.

- ☯ Se aprende a tomar distancia de los recuerdos, pensamientos y emociones desagradables.
- ☯ Se aprende a distinguir mejor entre lo acontecido en el pasado y el presente.
- ☯ Se mejora la capacidad de “meterse” de forma más plena y consciente en las cosas que uno vive.
- ☯ Se aprende a tener una actitud abierta y no juiciosa, incluso en momentos difíciles.
- ☯ Se aprende a tratarse a sí mismo de una forma más amable y compasiva.
- ☯ Se aprende a percibir y disfrutar del vínculo con las demás personas y con el mundo en general.

6.4. PASADO Y FUTURO DEL MINDFULNESS

Debe considerarse el mindfulness como una posibilidad a considerar ante cualquier situación que curse con sufrimiento. Se han desarrollado terapias específicas para gran cantidad de trastornos, basados en la Atención Plena. Mencionar que ya en el presente y sobretodo en el futuro se aborda como herramienta de prevención. Aunque queda mucho por conocer, sabemos que la relación que mantenemos

con cuerpo y mente, nos aporta, si es la correcta, salud, bienestar y sabiduría.

6.5. APLICACIÓN ESPECIAL DEL MINDFULNESS AL VACÍO

El vacío es una emoción difícil de describir y más fácil de entender si se visualiza como un agujero que algunas personas sienten que llevan dentro. Puede ser entendido a pequeña escala, como una emoción que viene y va, fruto del hastío, el aburrimiento, la soledad o el miedo, pero también a un nivel más amplio como reflexión existencial/filosófica acerca de la vida y la muerte, el sufrimiento, la trascendencia o la felicidad. En cualquier caso las personas con tlp lo experimentan a menudo, provocándoles malestar y el impulso o la necesidad de tapanlo, huir o escaparse de él con conductas poco sanas. Los cambios constantes de humor, la inseguridad respecto a las metas, la culpa, las dudas, la dificultad para mantener los proyectos iniciados, la falta de una identidad estable son disparadores del vacío.



La práctica de mindfulness puede ayudar a la persona a experimentar el vacío sin añadirle nada más, a tolerar esa sensación sin tener que escaparse de ella y sabiendo que como viene pasa, y más a largo plazo quizás a buscar la realización espiritual.



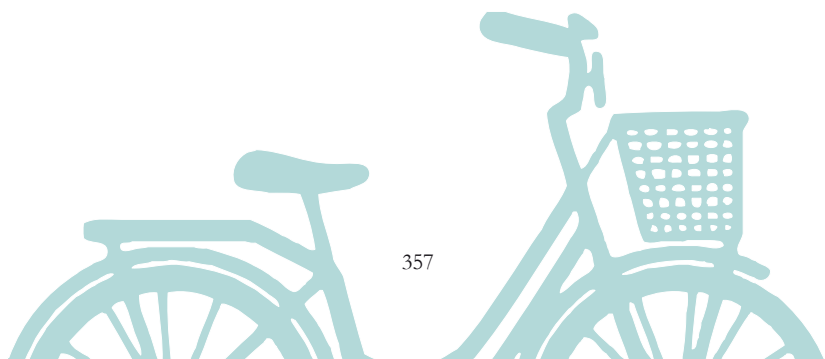
6.6. APLICACIÓN ESPECIAL DEL MINDFULNESS AL CONSUMO.

Frente a los enfoques terapéuticos que basan su eficacia en el control, el mindfulness aplicado al consumo aporta una visión diferente. Las terapias de tipo aversivo basan su eficacia en que la persona sea capaz de evitar el impulso de consumir para escapar del malestar. En cambio, el mindfulness propondría reconocer, sentir y aceptar el malestar/impulso cuando éste surja y en entender la experiencia en toda su profundidad en lugar de intentar librarse de ella continuamente. Es un enfoque compasivo, que enfatiza la aceptación y el mostrarse abierto a

la experiencia más que la culpabilidad, la censura y la vergüenza por la propia conducta. Este enfoque es la línea de intervención más novedosa para tratar los trastornos del control de impulsos y adicciones comportamentales, y la experiencia nos indica que debería ser aplicado conjuntamente con los abordajes específicos clínicamente contrastados.



Mindfulness puede proporcionar medios eficaces de enfrentarse a los impulsos y deseos, lo cual implica el observarlos sin resultar aniquilado ni devorado por ellos. Además, la práctica de mindfulness proporciona un estado de consciencia en la que uno puede ver el "cuadro total" en vez de conformarse con el acostumbrado comportamiento propio de siempre. Este tipo de consciencia brinda un mayor sentido de libertad y capacidad de elección.



RECUERDE QUE



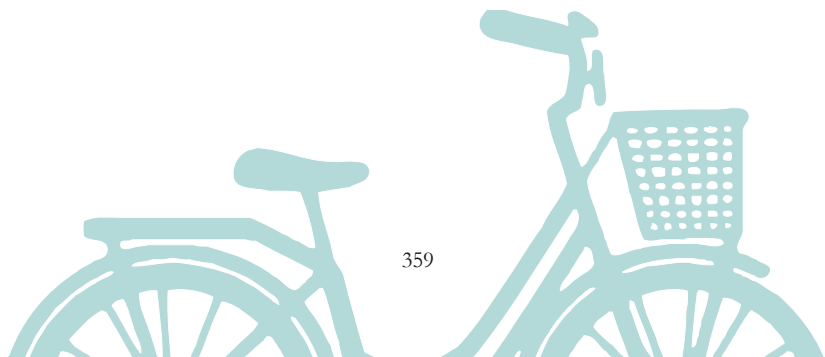
Como hemos visto, más allá de modas, el mindfulness ha venido para quedarse. Son múltiples sus aplicaciones en el ámbito del crecimiento personal, el bienestar y la salud. La práctica de la atención plena se empieza a enseñar en las escuelas a niños de corta edad, buscando la educación emocional, en un movimiento llamado “Escuelas atentas”. Ya desde hace años se han desarrollado programas de tratamiento basados en el mindfulness y otros que lo incorporan como técnica. En concreto la DBT es uno de los programas modulares de tratamiento para el tlp que lo incorpora de forma transversal en la terapia y como un módulo específico en el entrenamiento en habilidades en grupo.

Cada vez son más los estudios que prueban su eficacia y se investigan los mecanismos neurológicos sobre los que actúa. Los resultados varían y dependen del tipo de programa. De momento son esperanzadores, aunque se necesita avanzar más en investigaciones en un futuro.

Como cualquier otra técnica terapéutica, por muy eficaz que sea y por mucho que esté de moda, *no debe ser utilizada como “un remedio para todo” ni como*

una “panacea”. Por una parte, no todas las personas serán afines a esta práctica y la actitud que requiere y por otra, los resultados de los estudios recomiendan que no se utilice como única técnica para abordar trastornos psiquiátricos complejos.

Es importante que los profesionales que lo incorporen en su trabajo se formen, practiquen ellos mismos y adquieran la actitud para poderla transmitir y enseñar.





2ª Edición revisada

www.TLPtratamientos.com

info@TLPtratamientos.com

Instagram [@TLPtratamientos](https://www.instagram.com/TLPtratamientos)

Canal youtube [TLP Tratamientos](https://www.youtube.com/TLPTratamientos)

APÉNDICES

SITIOS DE INTERÉS

Guía de práctica clínica sobre el trastorno límite de personalidad, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2011.

» http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2011/pdf/gpc_trastorno_limite_tlp_aiaqs2011es_rapida.pdf

Borderline Personality Disorder: Description, Diagnosis, Treatment & Research (MH).

» <http://www.mentalhealth.com>

Borderline Personality Disorder Central (BPD Central).

» <http://www.bpdcentral.com>

Borderline Personality Disorder: Dialectical Behavioral Therapy.

» <http://www.behavioraltech.com>

Borderline Personality Disorder.

» <http://www.borderlineresearch.org>

Centro de Terapia Dialéctica Conductual especializado en Trastornos de personalidad: descripción, diagnóstico, tratamiento.

» <http://www.tlptratamientos.com>

The Borderline Sanctuary (MH Sanctuary).

» <http://www.mhsanctuary.com>

Dialectical Behaviour Therapy & Borderline Disorder (Psychiatry-Online).

» <http://www.priory.com>

Centre de Teràpia Dialèctica Conductual
TLP TRATAMIENTOS.

» www.TLPtratamientos.com

ASOCIACIONES

🚲 **Barcelona**

ACAI-TLP | Associació Catalana d'Ajuda i Investigació del Trastorn Límit de la Personalitat

C/ RocaforT 242 bis, 08023 – Barcelona

932 035 225

acaitlp@acai-tlp.com

www.sin-limite.net/webacai

🚲 **Bilbao**

AVATI TP/TLP Asociación Vasca de Ayuda a familiares de afectados por Trastornos de Personalidad

C/ Ronda S/N (frente a nº 5), 3º piso, 48005 – Bilbao

946 569 212

info@avati-tlp.com

www.avati-tlp.com

🚲 **Cartagena**

TP Cartagena Asociación de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad en Cartagena

C/ Carlos III, 52,5-F Edificio Argos II, 30201 – Cartagena

687 09 22 89

tpcartagena@hotmail.com

www.trastornosdepersonalidadcartagena.com

☾ **Castellón**

ALAI TLP Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad

Avd. Capuchinos nº 16 entlo, 12004 – Castellón

964 22 98 50 / 677 650 943

laitp@yahoo.es

www.alai-tp.com

☾ **Extremadura**

AExFTP Asociación Extremeña de Familiares de Afectados por Trastorno de Personalidad

Dirección desconocida

605 045 022

aexfatp@yahoo.es

Sitio web desconocido

☾ **Gerona**

ACAI-TLP Associació Catalana d'Ajuda i Investigació del Trastorn Límit de la Personalitat

Centre Cívic Banyoles, C/ Barcelona 54, 17820 – Banyoles

972 58 07 41 / 629 04 01 35

gerona@acai-tp.com

www.sin-limite.net/webacai

☾ **León**

ALAI TLP Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad

Avd. Capuchinos nº 16 entlo, 12004 – Castellón

964 22 98 50 / 677 650 943

laitp@yahoo.es

www.alai-tp.com

🚲 **Madrid**

AMAI – TLP Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad
C/ Coslada, 7 Bajo, 28028 – Madrid
91 448 32 81
info@amaitlp.org
www.amaitlp.org

🚲 **Murcia**

ARMAI TLP Asociación Regional Murciana de Ayuda e Investigación de Trastornos de la Personalidad
Avda. Ronda Norte, 27 – 5º D, 30009 – Murcia
968 967 272 / 651 304 285
armai-tp@hotmail.com
www.fundacionarmaitlp.com

🚲 **Sta. Cruz de Tenerife**

ASFECAN TLP Asociación de Familias y Enfermos de Trastorno Límite de la Personalidad de Canarias
Calle de Góngora, 13, 38005 – Santa Cruz de Tenerife
922 212 541 / 637 417 870
as@tlp-asfecan.com
www.tlp-asfecan.com

🚲 **Santiago de Compostela**

TP Galicia Asociación de Asistencia e Investigación de los Trastornos de la Personalidad
Rúa Manuel María, 6 (Salgueiriños), 15705 – Galicia
699 25 89 93
info@tpgalicia.org
www.tpgalicia.org

Sevilla

AVANCE Asociación en defensa de la atención a los trastornos de la personalidad

Avda. Luis Ortiz Muñoz s/n Centro Cívico El Esqueleto
41013 – Sevilla

955 47 34 52 / +34 619 43 53 79

avance.feafes@hotmail.com

www.avance-tp.org

Zaragoza

El Volcán Asociación de familiares de personas con trastornos de personalidad de Zaragoza

Asoc. de Vecinos San José C/Ventura Rodríguez 14, bajos
50007 – Zaragoza

(AVV) +34 976 276 437 / (El Volcán) +34 625 532 578

elvolcantp@yahoo.es

elvolcantp.blogspot.com.es/p/recursos.html

Santiago de Compostela

TP Galicia Asociación de Asistencia e Investigación de los Trastornos de la Personalidad

Casa de las Asociaciones de Bienestar Social (CABES)
Rúa Manuel María, 6 (Salgueiriños) 15705 – Galicia

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Abandono, miedo al: Un intenso e irresistible miedo a ser abandonado y dejado solo, generalmente originado por creencias de infancia o juventud de que no se puede sobrevivir solo. Uno de los rasgos del TLP, aunque puede ser expresado de muy diversas maneras.

Abuso emocional: Se piensa en “abuso” como abuso físico o sexual. Pero el abuso verbal y emocional es igual de doloroso y quizás más debido precisamente a su insidia. Un ejemplo puede ser el llamarle con nombres, “trato de silencio”, o llamándole de forma despectiva. Una mujer con TLP decía que el maltrato físico te da ganas de matar a alguien, pero el maltrato emocional te hace desear la propia muerte.

Acting in “Actuar hacia adentro”: Expresar sentimientos de dolor con ira dirigida hacia uno mismo, dañándose de alguna forma. Por ejemplo: poniéndose en peligro a propósito, con conductas adictivas perjudiciales o auto lesionándose.

Acting Out “Actuar hacia fuera”: Expresar sentimientos a través de acciones dirigidas hacia los demás,

a menudo de forma dramática: ataques de ira, agresividad verbal o física.

Autolesión: Es una reacción no adaptativa para afrontar un dolor emocional –generalmente sentimientos de lastima, enfado, tristeza y abandono. No es un intento de suicidio. De hecho puede ser una forma de sentirse “más vivo, menos insensible, menos vacío”. Cada persona tiene sus propias razones para la auto-lesión, incluyendo el autocastigo, sentirse más real o comunicar el dolor emocional a los demás.

Como síntoma ha de ser tratado en la psicoterapia de forma prioritaria y específica sin juzgar ni castigar a quien muestra esta conducta.

“En blanco y negro”, pensamiento: Una actitud que refleja polaridad y contradicción: todo o nada, ver a la gente o las situaciones como totalmente buenas o totalmente malas.

Eje I, eje II, ejeIII, eje IV, ejeV:

Son los cinco ejes en que aparecen divididos los componentes de un diagnóstico de los trastornos mentales propuesto en el DSM 5 publicado por la Asociación de Psiquiátrica Americana

Codependencia: Una persona puede ser codependiente cuando vive su vida con una focalización excesiva del bienestar ajeno – especialmente si ocuparse de los demás provoca una negligencia en ocuparse del propio bienestar o de los límites propios. Las personas codependientes a menudo desean ser necesitadas y son

atraídas por las personas a las que creen poder “salvar” o hacer cambiar.

Contramovimiento: Cuando las personas empiezan a imponerse, las personas de su entorno se ven obligadas a cambiar también. Y a la gente no le gusta cambiar. Por lo tanto intensifican su comportamiento indeseado como protesta, o suben la apuesta para comprobar hasta que punto la persona que esta poniendo límites es realmente seria. Es un momento crítico, porque si no mantiene la promesa, la otra persona deducirá que no piensa lo que dice.

Desapego: Se refiere a la habilidad de amar alguien sin tomar la responsabilidad de sus problemas o rescatarlo de las situaciones que el mismo provoca. El desapego es sano porque nos da fuerzas para hacer lo que debemos para que alguien desarrolle su propio sentido de responsabilidad.

Distorsión cognitiva: Interpretar un acontecimiento de forma errónea, lo que le lleva a una conclusión errónea. Aaron T. Beck y el Dr. David Bruns han puesto nombre a varias distorsiones comunes, los cuales pueden suceder a cualquiera alguna vez. Incluyen: Pensamiento todo o nada ; generalizar exageradamente (no has sido invitado a la boda por lo tanto todo el mundo te odia)
Filtro mental (focalizar un detalle negativo, olvidando la imagen global)
Leer la mente sin más evidencias (asumir que el mal humor de tu pareja esta dirigido hacia ti, cuando ha tenido una disputa con su jefe)

Adivinar (para que seguir intentándolo si volveré a caer...)

Castigarse en vez de motivarse (estoy gorda como una vaca porque me he comido este trozo de pastel, en vez de “ He comido demasiado hoy, mañana me controlare más)

DSM (Manual de Diagnostico y estadística): Es una referencia estándar para el diagnostico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría y regularmente actualizado. La última versión es el DSM V.

DBT Terapia dialéctico-Conductual: Es el programa terapéutico de orientación conductual y dialéctica elaborado por Marsha Linehan en 1993. Hoy por hoy es el programa que se ha demostrado más efectivo para tratar a personas con diagnóstico de TLP y otras desregulaciones emocionales severas.

Disforia: Lo contrario de la euforia. Es una mezcla de depresión, ansiedad, rabia y desespero.

Disociación: Un sentimiento de irrealidad, o “fuera del espacio”. La disociación no es algo absolutamente indeseable, dependiendo de la forma que tome, la disociación le sirve para permitirnos olvidar acontecimientos extremadamente dolorosos, pero causa otros problemas. La disociación crea una enorme confusión y asusta a la persona que la padece por la sensación de pérdida de control y de conciencia.

Chantaje emocional: Esta es una forma de manipulación que consiste en conseguir lo que se quiere a través de la amenaza directa o indirecta de que hará sufrir emocionalmente al otro si no cede. Ej: “Puedes irte si quieres; pero es posible que ya no me encuentres cuando vuelvas...”

Hundimiento / Abandono: Dos miedos que son muy comunes en personas con TLP. Cuando hay miedo a “hundirse” se activa el miedo a que alguien muy cercano lo pueda “absorber” y por tanto se apartan de esta persona, ej. Peleándose. El miedo al abandono es la otra cara de la moneda: un temor intenso de ser abandonado y dejado solo. Estos dos miedos operan creando una situación de “estira y afloja”, una especie de: “te odio-no me dejes”.

Entorno invalidante: Es aquél que ignora, exagera o castiga la expresión de emociones, necesidades o pensamientos por parte de una persona. Ejemplo: Una chica de 12 años sufre porque se siente ignorada por la gente de su clase. Su padre le dice: “No es para tanto...ya tendrás tiempo de tener amigos. Ahora lo que importa es que estudies...” Esta respuesta es invalidante porque no recoge y minimiza la emoción que siente la chica y sus necesidades.

Estigma: Es el rechazo o la discriminación social que puede sufrir alguien por el hecho de tener un diagnóstico, estar en tratamiento etc...

Los estigmas se originan y mantienen por la ignorancia, juicios, desconocimiento y simplificación de las cosas que desafortunadamente sucede con temas complejos.

Hipervigilancia: Es una reacción de continua de alerta mayor de lo que la realidad exige.

Puede estar causada por un miedo excesivo o una necesidad de controlar algo todo el tiempo. Cuando alguien está hipervigilante durante mucho tiempo y sin una necesidad real, las consecuencias pueden ser: estrés, insomnio, somatizaciones etc... además de problemas con la persona a la cual se “vigila”.

Invalidación: Invalidar es dar a alguien el mensaje de que sus sentimientos y experiencias personales, o punto de vista es erróneo, no válido. Decir a alguien “Eres demasiado mayor para ser abrazado” o “los chicos no lloran” es un ejemplo de invalidación de los sentimientos de alguien. Invalidación también puede ser tan simple como negar el sentido de la realidad de una persona (No es posible que...)

La persona invalidada percibe el mensaje: “Algo no va bien contigo”

Obviamente la invalidación sistemática da lugar a desregulación emocional.

Impulsividad: Hacer algo inmediato al deseo, sin haber parado a contemplar la realidad de la situación ni las consecuencias.

Limites personales: Un límite personal es una decisión o una medida que alguien decide tomar para protegerse. Por ejemplo decidir que nadie puede tocarte sin tu consentimiento, decir NO a algo que no se desea hacer. Los límites personales no controlan la conducta del otro sino la de uno mismo ante algo que nos desagrada.

Por ejemplo: “ Todo aquel que quiera fumar en mi casa lo hara en el balcón” No supone controlar si alguien fuma o no si no proteger mi espacio de humo.

Mecanismo de defensa: A menudo la gente se protege de emociones incómodas. Esto incluye supresión, represión o negación de emociones, proyecciones, sublimación (canalizando las emociones hacia una actividad aceptable), racionalización etc...

Negación: Rehusar de forma constante el conocimiento claro de los hechos a pesar de las evidencias. Puede ser un primer paso en el proceso de duelo: (por.ej. “olvidarse” de que una persona ha muerto y seguir poniéndole plato en la mesa) o un mecanismo de defensa continuo (ej. Mi padre era bueno, solo me pegaba con el cinturón cuando yo era realmente malo y lo necesitaba).

Terapias de Tercera Generación: Son las terapias surgidas a partir de los noventa y que también se llaman Terapias Contextuales. Frente a las de la primera y segunda generación enfatizan cómo las dificultades psicológicas se producen en un contexto determinado y como respuesta a ese entorno y cómo cualquier fenómeno psicológico tiene una función en la vida de persona. Contexto y función son dos palabras clave en las terapias de tercera generación. Destacamos las siguientes: Aceptación y compromiso, Analítico funcional, DBT, Terapia de activación conductual, Terapia integral de pareja y la Terapia Cognitiva basada en el mindfulness.

Trastorno de estrés post traumático: Simplificando, este trastorno puede aparecer tras ser expuesto repetidamente a situaciones anormales e inadecuadas (maltrato, abusos, discriminación, negligencia etc...). Sus características incluyen hipervigilancia, recuerdos recurrentes, intrusivos y dolorosos, esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones que tengan que ver con el trauma, incapacidad para recordar un importante aspecto del trauma, sueño interrumpido e insomnio, dificultad de concentración y una respuesta asustadiza exagerada. El trastorno provoca una angustia clínicamente significativa y perjuicio en lo social, ocupacional y demás áreas importantes de funcionamiento.

Vacío: Es un estado emocional doloroso y duro de tolerar. Es difícil de definir por su carácter subjetivo. Se confunde con estados depresivos pero es más una mezcla de emociones que no se canalizan y de un estado mental disociado. Puede haber sensaciones físicas extremas (de pesadez, de ligereza, de insensibilidad...), bloqueo mental, Sentimientos de dolor extremo sin una causa aparente e impulsos de actuar de forma impulsiva y /o autodestructiva o de quedarse paralizado.

Validación: Una necesidad universal la de ser creído y valorado, dando credibilidad y reconocimiento. A través del proceso de validación, uno empieza a sentirse real y con valor propio.

BIBLIOGRAFIA

Adamec C., Jaffe D.J.: *How to live with a mentally ill person*. John Wiley & sons. 1996. ★★

Ajuriaguerra J., Marcelli D.: *Manual de psicopatología del niño*. Barcelona. Masson. 1987.

Allen D, Farmer Richard: «Family Relationships of adults with borderline personality disorder.» *Comprehensive Psychiatry*, Vol 37, nº 1, 1996, pags 43-51

APA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona. Masson. 2002.

Beck A.T., Freeman A. y otros: *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona. Paidós.1992.

Beck A., Rush a., Shaw B., Emery G.: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclee de Brouwer. 1983 ★★

Beck A., Wright F., Newman C., Liese B.: *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona. Paidós. 1999

Bobes J., Saiz P.A., García-Portilla M.: “Trastornos de personalidad en patología dual”. *Monografías de Psiquiatría. Patología Dual. N° 4* (octubre-diciembre 2004), págs.28-31.

Bohus. Reicherzer: Ratgeber Borderline-Störung. Informationen Für Betroffene und Angehörige. Hogrefe Verlag. 2012

Bray M.: *The selther of each other*. Ballantine Books. 1997.

Carnegie D.: *Como suprimir las preocupaciones y disfrutar de la vida*. Barcelona. Edhasa. 1976.

Congreso Internacional sobre Trastornos de Personalidad. (IX, 2005, Mar del Plata).ISSPD

Congreso Nacional sobre Trastornos de Personalidad. (V, 2004, Zaragoza) ISSPD

Congreso Europeo sobre Trastornos de Personalidad. (VI, 2004, Zaragoza) ISSPD

Costa M. y Serrat C.: *Terapia de parejas*. Alianza Editorial. Madrid. 1985.

Damasio A.: *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*, Pan Macmillan, 1995.

Davis M., Mckay M., Eshelman E.: *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona. Martínez Roca. 1985.

Dimeff L.A, Koerner Kelly: *Dialectical Behavior Therapy*. New York. The Guilford Press. 2007.

Dunne E, Rogers B: "It's us that have to deal with it seven days a week": carers and borderline personality disorder". *Community Ment Health J.* 2012

Dulz B., Schneider A.: *Borderline Störungen. Theorie und Therapie.* Stuttgart. Schattauer Verlag. 1995.

Fiedler P.: *Persönlichkeitsstörungen.* (5ª edición revisada). Weinheim. Verlagsgruppe Beltz. 2001.

Foa E. B., Wilson R.: *Venza sus obsesiones. Un revolucionario método para liberarse de su comportamiento obsesivo.* Barcelona. Ediciones Robinbook. 2001.

Fruzzetti, A: *The High-Conflict Couple: A Dialectical Behavior Therapy Guide to Finding Peace, Intimacy, and Validation.* Oakland. New Harbinger Publications. 2006.

Gagliesi P, Apfelbaum S: «El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados». *Vertex. Revista Arg. de psiquiatría.* 2004 Vol XV. 295-302

Bogliano J.P, Gagliesi P: *Terapia Dialéctico Conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con Desregulación Emocional.* Tres Olas Edulp. Buenos Aires, Argentina.2018

Greenberg L.S., Paivio S. C.: *Trabajar con las emociones en psicoterapia.* Barcelona. Paidós. 2000.

Goleman D.: *Inteligencia Emocional*. Barcelona. Kairós. 1996.

Grup de treball del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. *Trastorno Límite de personalidad*. Servei Català de Salut. Barcelona. Mayo. 2003.

Guía de práctica clínica sobre el trastorno límite de personalidad, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2011. <http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2011/pdf/gpc_trastorno_limite_tlp_aiaqs2011es_rapida.pdf>.

Gunderson J.: *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona. Psiquiatría Editores. 2002.

Hancock-Johnson, E., Griffiths, C., Picchioni, M., 2017. A Focused Systematic Review of Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder. *CNS Drugs*. 31(5):345-356. doi: 10.1007/s40263-017-0425-0.

Heard H.L, Swales M.: *Changing Behavior in DBT: Problem Solving in Action*. New York. Guilford Press. 2016.

Herman J.: *Trauma y recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia*. Madrid. Espasa Calpe. 2004.

Hyde J.: *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid. Morata. 1995.

Intebi I.V.: *Abuso sexual infantil en las mejores familias*. Barcelona. Granica. 1998.

Jornada d'actualització en Trastorns de la Personalidad. (I, 2003, Barcelona) Centre Assistencial Dr. Emili Mira i López.

Katherine A.: *Boundaries: where you end and I begin*. Soft Cover. Gurze Books. 1993. VV

Kernberg O., Dulz B., Sachse R.: *Handbuch der Borderline Störungen*. Stuttgart. Schattauer Verlag. 2000.

Kernberg O.: *Affekt, Objekt und Übertragung, Aktuelle Entwicklungen der psychoanalytischen Theorie und Technik*. Psychosozial-Verlag. 2001.

Knuf A.: *Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline*. Bonn. Psychiatrie- Verlag. 2004.

Knuf A., Tilly C.: *Borderline: Das Selbsthilfebuch*. Bonn. Psychiatrie-Verlag. 2004. VV

Kreger R.: *The stop walking on Eggshells Workbook*. New Harbinger publications. 1998. (Trad. Castellana. Mosquera D. *Deja de caminar sobre cascaras de huevo*. Madrid. Pléyades. 2003)★★

Linehan M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York. The Guilford Press. 1993.

Linehan M.: *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York. The Guilford Press. 2015.

Lavilla M. y López B.: “Importancia del diagnóstico diferencial en los trastornos de personalidad”. *Sin Límite. ACAI-TLP*. N° 10. (2003). págs.11-13.

Lieb, K., Völm, B., Rücker, G., Timmer, A., Stoffers, J.M., 2010. “Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomized trials”. *Br J Psychiatry* 196(1):4-12.

López B: “Clínica y diagnóstico diferencial de los trastornos límite de la personalidad en la adolescencia”. *Sin Límite. ACAI-TLP*. N° 8 (2002), págs.10-11

Malcom M. MacFarlane, *Family Treatment of Personality Disorders. Advances in clinical practice*. New York. The Haworth Clinical Practice Press. 2004.

Marra T.: *Depressed & Anxious. The Dialectical Behavior Therapy Workbook for Overcoming Depresión & Anxiety*. New Harbinger Publications. 2004.

Marra T.: *Dialectical Behavior Therapy in private practice*. New Harbinger Publications. 2005

Masson T.P., Kreger R.: *Stop walking on Eggschells; Coping when someone you care about has Borderline Personality Disorder*. New Harbinger Publications. 1998. VV

Martínez-Raga J., Haro G., Cervera G.: “Epidemiología de la patología dual”. *Monografías de Psiquiatría. Patología Dual*, Nº 4 (octubre-diciembre 2004), págs.2-12.

Millon T.: *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona. Masson. 1998.

Moskovitz R.: *Lost in the mirror. An inside look at Borderline Personality Disorder*. Tylor Trade Publishing. 1996. ★★

Mosquera D.: *Diamantes en bruto (I)*.Madrid. Pléyades.2004. ★★

Mosquera D., Ageitos L.: *Más allá de lo aparente*. Madrid. Pléyades. 2005

Ortega V., Rodríguez-Vargas J.C.: “Escala de hábitos y conductas de consumo: evidencias sobre dimensionalidad”. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*._Nº 1. (2004). págs.121-136.

Palacios J., Marchesi A., Coll C.: *Desarrollo psicológico y educación I*. Madrid. Alianza. 1996.

Pastón L.: *Borderlinee and Beyond. A program of recovery from Borderline Personality Disorder*. Laura Paxton Edit. 1999. ★★

Perez Alvarez M: *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid. Síntesis

Picanyol M: *Actualizaciones sobre el Trastorno Límite de la Personalidad, modelo evolutivo y diagnóstico en la adolescencia*. Psiquiatría Esencial. Barcelona.

Pinillos J.L.: *Principios de psicología*. Madrid. Alianza. 1980.

Porr V: *Overcoming Borderline Personality Disorder. A family guide for healing change*. New York. Oxford University Press. 2010.

Rathus J. H: *DBT Skills Manual for Adolescents*. New York. Guilford Press. 2015.

Ripoll, L.H., 2013. "Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder". *Dialogues Clin Neurosci*. 15 (2):213-24.

Ros S., Peris M.D., Gracia R.: *Impulsividad*. Barcelona. Grupo Ars XXI de Comunicación. 2004.

Röhr H.P.: *Weg aus dem Chaos: Das Hans-mein-Igel-Syndrom oder die Borderline-Störung verstehen*. Dusseldorf. Walter-Verlag, 1996.

Rubio V. y Pérez A.: *Trastornos de la personalidad*. Madrid. Elsevier. 2003.

Sachse R.: *Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen. Hogrefe. 2002.

San Molina L. Arranz B. y Dueñas R.: “Aspectos generales de la patología dual”. *Monografías de Psiquiatría. Patología Dual*. N° 4 (octubre-diciembre 2004), págs.1-6.

Santiago S.: *Tratando inestabilidad emocional. Terapia icónica*. Madrid. Pirámide. 2005.

Santoro J., Cohen D.: *The angry Herat. Overcoming Borderline and Addictive Disorders*. New Harbinger Publications. ★★

Sau V.: *Diccionario ideológico feminista. Volumen I*. Barcelona. Icaria. 2000.

Scott E.: *Don't let your emotions run your life. How Dialectical Behavior Therapy can put you in control*. New Harbinger Publications. 2003.

Simonsen S et al, 2019. European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 2019;6:9 <<https://doi.org/10.1186/s40479-019-0106-3>>

Stoffers, J.M., Lieb, K., 2015. “Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder—Current Evidence and Recent Trends”. *Curr Psychiatry Rep.*17(1):534.

Symposium internacional sobre actualizaciones y controversias en psiquiatría. “Terapias combinadas”. (X, 2003, Barcelona). Grupo Geyseco.

Swales M.A, Heard H.L: *Dialectical Behaviour Therapy*. New York. Routledge. 2009.

Tarpy R.: *Principios básicos del aprendizaje*. Madrid. Debate. 1983

Vallejo J.: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 3ª edición. Barcelona. Masson. 1991

Williams K., Tog D.: *Love and Loathing. Protecting your mental health and legal rights when your partner has a Borderline Personality Disorder*. Milwaukee. Eggshells Press.1999. **

Winkler K., Kreger R.: *Hope for Parents; Helping your borderline son or daughter without sacrificing your family or yourself*. Clinical review by Paul Mason, MS, CPC, 1999. **

Vollmoeller E.: *Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen*. Heidelberg. Springermedizin Verlag, 2005.

Zinbarg R.E., Craske M.G., Barlow D.H.: *Mastery of your anxiety and worry*. New York. Oxford University Press. 2006.

**** Recomendados para familiares y afectados**



2ª Edición revisada

www.TLPtratamientos.com
info@TLPtratamientos.com
Instagram [@TLPtratamientos](https://www.instagram.com/TLPtratamientos)
Canal youtube [TLP Tratamientos](https://www.youtube.com/TLPTratamientos)

