

**UNIVERSITAT JAUME I**

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, CLÍNICA Y PSICOBIOLOGÍA

**TESIS DOCTORAL**

**Eficacia de la Terapia Dialéctica Comportamental en el  
tratamiento de pacientes con comorbilidad entre el  
trastorno límite de la personalidad y los trastornos de la  
conducta alimentaria**

**PRESENTADO POR:**

María Vicenta Navarro Haro

**DIRIGIDA POR**

Dra. Azucena García Palacios



La presente tesis doctoral ha sido posible gracias al proyecto: *Tratamiento psicológico de la personalidad patológica en los trastornos de la conducta alimentaria* (P1-1B2005-32), financiado por el Plan de Promoción de la Investigación (Universitat Jaume I. Fundació Caixa Castelló Bancaixa) y dirigido por la profesora Azucena García Palacios.



***“Construir una vida que valga la pena vivir”***

Marsha Linehan (1993)



## **AGRADECIMIENTOS**

Se dice que el final del camino solo es el principio de otro. Esta tesis ha constituido un largo recorrido por un problema tan grave e interesante desde el punto de vista clínico como es el trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria. El proceso para realizar esta tesis requirió mucho esfuerzo pero fue muy satisfactorio. No hubiera sido posible llegar a la meta sin la ayuda de mi directora de tesis, la Dra. Azucena García Palacios. Quería agradecerle enormemente su ayuda y su apoyo incondicional durante este tiempo. La motivación y la pasión por este tema que me ha transmitido durante todo el proceso de doctorado, ha hecho que sea un placer trabajar en esta tesis. Quiero resaltar la gran labor que ha realizado la Dra. Azucena García tanto aplicando este programa de tratamiento a un trastorno tan difícil y grave como el trastorno límite de la personalidad, como en el diseño de este estudio empírico.

Por otro lado, me gustaría agradecer la inestimable ayuda de los profesionales del Centro clínico Previ, cuya colaboración ha sido fundamental para conseguir los resultados de este trabajo. Quiero destacar el buen trabajo de este grupo de profesionales en sus tareas de recolección de los datos y en su función como terapeutas de los pacientes que han colaborado en este estudio. Me gustaría agradecer el trabajo de Verónica Guillén, Helio Marco, Mercedes Jorquera, Reyes Moliner y de todos los demás profesionales del centro.

También quiero dar las gracias a los participantes que han colaborado en este estudio. Han demostrado una gran valentía enfrentándose y aceptando sus problemas durante la terapia.

Mostrar también mi agradecimiento a los miembros del equipo de investigación en el que trabajo, especialmente a la Dra. Cristina Botella y la Dra. Rosa Baños por darme la oportunidad de formar parte del equipo Labpsitec. El apoyo y la visión positiva del trabajo que me han transmitido mis compañeros durante todo el proceso me ha motivado para conseguir mis objetivos.

Finalmente, aprovecho para agradecer a mi familia y a mis amigos el apoyo psicológico constante y la comprensión que me han ofrecido durante este camino.





## INDICE

I. PRESENTACIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
Introducción.....	5
1.- Trastorno Límite de la Personalidad .....	11
1.1. Concepto .....	11
1.2. Características clínicas.....	12
1.3. Diagnóstico.....	20
1.4. Comorbilidad y diagnóstico diferencial .....	34
1.5. Epidemiología y curso .....	42
1.6. Etiología .....	46
1.7. Teorías Explicativas .....	64
1.8. Evaluación.....	73
2.- Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad .....	79
2.1. Comorbilidad entre los TCA y los trastornos de la personalidad ...	81
2.2. Tratamiento psicológico de la comorbilidad entre TCA y TP .....	91
2.3. Investigación en el tratamiento psicológico de TCA y TP .....	95
3.- Tratamiento del TLP.....	99
3.1. Tratamiento farmacológico.....	99
3.2. Tratamiento psicológico .....	101
3.3. Combinación de tratamiento psicológico y psicofarmacológico ...	127
4.- Terapia Dialéctica Comportamental .....	129
4.1. Modelo teórico.....	130
4.2. Programa de tratamiento.....	136
4.3. Apoyo empírico .....	156
4.4. Aplicación de la DBT para el tratamiento de la comorbilidad entre TCA y TLP .....	173
Conclusiones.....	177
III. MARCO EMPÍRICO .....	181
1.- Objetivos e Hipótesis .....	181
2.- Método .....	185
2.1. Muestra .....	185
2.2. Diseño y condiciones experimentales .....	189
2.3. Instrumentos y medidas de evaluación .....	190
2.4. Procedimiento .....	197

2.5. Programas de tratamiento.....	200
2.6. Terapeutas .....	214
2.7. Análisis estadísticos.....	215
3.- Resultados.....	217
3.1. Comparación de las dos condiciones experimentales antes del tratamiento.....	217
3.2. Eficacia de las intervenciones psicológicas .....	220
4.- Discusión .....	231
5.- Conclusiones .....	241
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	245
V. ANEXOS.....	285
Anexo 1. Consentimiento informado .....	287
Anexo 2. Instrumentos diagnósticos .....	289
Anexo 3. Medidas clínicas relevantes.....	307
Anexo 4. Medidas de autoinforme .....	311
Anexo 5. Programa de entrenamiento en habilidades .....	329

## TABLAS

Tabla 1 - Criterios del DSM-IV y la CIE-10 para el Trastorno Límite de la Personalidad.....	22
Tabla 2 - Cambios propuestos para el diagnóstico del TLP en el DSM-5.....	31
Tabla 3 - Comorbilidad entre el TLP y otros trastornos.....	37
Tabla 4 - Resumen estudios controlados terapias para el TLP .....	124
Tabla 5 - Áreas de desregulación del TLP .....	130
Tabla 6 - Visión general de la Terapia Dialéctica Comportamental .....	137
Tabla 7 - Estructura general de la Terapia Dialéctica Comportamental.....	140
Tabla 8 - Resumen de los Estudios Controlados con DBT .....	170
Tabla 9 - Características demográficas y clínicas de la muestra .....	187
Tabla 10 - Resumen del programa de entrenamiento en habilidades .....	211
Tabla 11 - Variables demográficas y clínicas antes del tratamiento .....	218
Tabla 12 - Medias y desviaciones típicas antes del tratamiento en las dos condiciones experimentales .....	219
Tabla 13 - Medias y desviaciones típicas antes y después del tratamiento con DBT.....	220
Tabla 14 - Medias y desviaciones típicas antes del tratamiento con TAU..	222
Tabla 15 - Comparación entre pre y pos intervención y grado de significación en los dos grupos experimentales .....	228

## FIGURAS

Figura 1 - Reformulación del Modelo Biosocial - .....	134
Figura 2 - Diagrama de flujo.....	199
Figura 3 - Dispositivos de atención (Centro Clínico Previ).....	201
Figura 4 - Análisis conductual de la paciente 1.....	207
Figura 5 - Análisis conductual de la paciente 2.....	209
Figura 6 - Diferencias de medias en el Inventario de Información Clínica ..	223
Figura 7 - Diferencias de medias en las medidas de regulación emocional	225
Figura 8 - Diferencias de medias en las medidas nivel adaptación y alteración identidad .....	227













# I. PRESENTACIÓN

Los trastornos de la personalidad consisten en un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto (DSM-IV-R, APA, 2000). A diferencia de lo que ocurre con la personalidad no patológica, la inflexibilidad, la rigidez de los trastornos de la personalidad hace muy complicado el cambio (García-Palacios, 2006).

Dentro de estos trastornos, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) constituye uno de los retos más difíciles en el campo de la salud mental, y la terapia puede resultar frustrante, siendo abordada con cierta aprensión por los clínicos (Caballo, 1998; Caballo y Camacho, 2000). El pronóstico suele ser negativo e incluso puede complicarse con graves problemas médicos y sociales una vez comenzado el tratamiento. Pese a la gravedad de este trastorno (la conducta autodestructiva que presentan y el riesgo de suicidio es 400 veces más alto que en la población general, Selva et al., 2005) y la alta prevalencia del mismo en los centros de salud mental, no existen tratamientos empíricamente validados para este trastorno. Los programas de tratamiento, las técnicas que las terapias cognitivo-comportamentales nos ofrecen y que han demostrado su eficacia en los llamados trastornos clínicos de eje I (DSM-IV, APA, 2000), no parecen funcionar de la misma manera en los trastornos de personalidad de eje II (DSM-IV, APA, 2000). A su vez, el TLP presenta una alta comorbilidad con otros trastornos clínicos, lo que dificulta aún más su tratamiento. Uno de los grupos de trastornos que presentan alta comorbilidad con el TLP son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

En lo que respecta a los TCA, pese a que disponemos de tratamientos eficaces, el pronóstico todavía no es bueno; un tercio de los pacientes todavía cumple los criterios para este grupo de trastornos tras cinco años de haber comenzado el tratamiento (Fairburn, Cooper, Doll, Norman y O'Connor, 2000). Debido a esta eficacia limitada, las directrices actuales de la guía del *National Institute of Clinical Excellence* (NICE, 2004) y las recomendaciones de otra prestigiosa organización, la *American Psychological Association* (APA,

2000) incluyen el concepto de intervenciones orientadas al rasgo (*trait-oriented*) como forma de optimizar los efectos del tratamiento en los trastornos de la conducta alimentaria. Por tanto, la combinación de una terapia focalizada en el problema alimentario con una terapia centrada en los problemas estructurales de la personalidad, podría beneficiar enormemente a las pacientes que presentan comorbilidad entre el eje I y el eje II.

Uno de los programas de tratamiento que ha recibido mayor apoyo empírico para el TLP, es la Terapia Dialéctica Comportamental (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT), desarrollada por la Dra. Marsha Linehan y su grupo de investigación en la Universidad de Washington (EE.UU.). En los últimos años se han realizado numerosos estudios controlados que ofrecen buenos resultados de eficacia de la DBT para el TLP.

El equipo de investigación de la Dra. Cristina Botella (Labpsitec: Universitat Jaume I y Universidad de Valencia) lleva años estudiando la psicopatología y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y se ha interesado también en el estudio y el abordaje del tratamiento de los trastornos de la personalidad, sobre todo cuando se presentan junto a los TCA. Los estudios sobre estos trastornos se han llevado a cabo principalmente en el centro clínico PREVI, un centro especializado en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria graves, que muchas veces presentan comorbilidad con los trastornos de la personalidad. Uno de los proyectos que ha desarrollado el equipo en este campo se denomina: "*Tratamiento psicológico de la personalidad patológica en los trastornos de la conducta alimentaria*" (P1-1B2005-32). Este proyecto fue financiado por el Plan de Promoción de la Investigación de la Universitat Jaume (dirigido por la Dra. Azucena García Palacios, directora de esta tesis) y consiste en un ensayo clínico controlado que pretende poner a prueba una adaptación de este programa para el tratamiento de la comorbilidad entre el TLP y los TCA. Los buenos resultados de este proyecto nos permitieron realizar la presente tesis doctoral.

Esta tesis doctoral tiene como objetivo principal evaluar la eficacia de la DBT para tratar la comorbilidad entre el TLP y los TCA. Para ello, se divide en dos partes: en la primera parte, el marco teórico, se desarrollan los

antecedentes que existen en la literatura científica sobre el TLP y los TCA. En la segunda parte, el marco empírico, se describen las características de la muestra, el método seguido, los resultados encontrados, la discusión de los mismos y las conclusiones más relevantes.

El marco teórico consta de cuatro grandes apartados. En el primero de ellos, plantearemos en qué consiste el TLP, cuáles son las características clínicas más relevantes de este trastorno, qué criterios tiene que reunir una persona para cumplir un diagnóstico de TLP, cuál es la comorbilidad del TLP con otros trastornos, qué prevalencia tiene este trastorno en la población general, su etiología y qué medidas existen para evaluar la psicopatología del mismo. En el segundo apartado, haremos una revisión de la literatura sobre la comorbilidad entre el TLP y los TCA y los tratamientos que existen actualmente para tratar esta comorbilidad. En el tercero, expondremos en qué consisten las intervenciones que han resultado más eficaces para tratar el TLP y los principales estudios realizados para poner a prueba estas intervenciones. El apartado cuatro, detalla en qué consiste la Terapia Dialéctico Comportamental y los estudios de eficacia que se han puesto a prueba esta terapia, hasta el momento, para tratar tanto el TLP como su comorbilidad con los TCA.

El marco empírico está dividido en cinco apartados. En el primero capítulo, ofrecemos los objetivos perseguidos en este trabajo. El segundo apartado presenta las hipótesis planteadas al inicio de la investigación. En el tercer apartado, planteamos el método utilizado en este trabajo: las características de la muestra, el diseño del trabajo de investigación, las medidas utilizadas para la evaluación, la descripción de las condiciones de tratamiento aplicadas y los terapeutas que las llevaron a cabo, el procedimiento seguido y los análisis estadísticos realizados. El apartado cuarto consiste en la descripción de los resultados obtenidos sobre las características de la muestra y la eficacia de las intervenciones. El quinto apartado presenta la discusión de los resultados en base a la literatura científica encontrada. En el último apartado, se exponen las conclusiones a las que se ha llegado después de realizar el análisis de los resultados y compararlos con otros estudios existentes.







## II. MARCO TEÓRICO

### Introducción

En las últimas dos décadas, el estudio de la personalidad se ha convertido en parte fundamental del estudio de la psicología de la anormalidad. Sin embargo, el estudio de la personalidad y sus trastornos siempre ha suscitado interés, no sólo en la psiquiatría o la psicología sino en otras disciplinas. Es bien conocido por todos, por ejemplo, la teoría de Hipócrates y Galeno sobre los cuatro temperamentos en función de la influencia de los humores corporales, o cómo Kretschmer y Sheldon a principios del siglo XX con sus biotipologías, adjudicaban un rasgo de personalidad a determinado tipo constitucional. Estos son ejemplos de la preocupación que los filósofos, médicos y psicólogos han tenido, y continúan teniendo, acerca de la razón por la que ante situaciones similares las personas se comportan de forma distinta, es decir, por qué ciertas conductas son consistentes en los individuos y a qué se deben las diferencias individuales.

La palabra *personalidad* proviene del término latino *persona*, que se refería a la máscara que utilizaban los actores del teatro clásico. Como la máscara asumida por el actor, el término *persona* sugería una pretensión de apariencia, es decir, de poseer rasgos distintos de los que caracterizan realmente a la persona que hay detrás de la máscara. Al cabo del tiempo, el término *persona* perdió su connotación de pretensión e ilusión y empezó a representar no a la máscara, sino a la persona real o a sus características explícitas. Posteriormente, el término *personalidad* comenzó a profundizar más en la impresión superficial para iluminar el mundo interno, casi nunca manifiesto, y en las características psicológicas ocultas de la persona.

Por tanto, a lo largo de la historia, el significado del término ha pasado de ser una ilusión de lo externo a referirse a una realidad externa y, finalmente, a rasgos internos ocultos. Este último significado es el más cercano al uso contemporáneo del término. Hoy en día, la personalidad se entiende como un patrón complejo de características psicológicas

profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de actividad psicológica. Es decir, es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona.

¿En que se diferencia la personalidad normal de la patológica?

La anormalidad y la patología se sitúan en un continuo. Una se convierte lentamente en la otra. Dado que los trastornos de la personalidad están formados por rasgos desadaptativos, existen dos formas en que la patología de la personalidad se agrava a lo largo del continuo entre la salud y la patología. En primer lugar, cada rasgo puede intensificar su expresión: la asertividad puede dar lugar a la agresividad, o la dependencia convertirse en masoquismo. En segundo lugar, puede incrementarse el número de rasgos desadaptativos dando lugar a un trastorno de la personalidad.

Una de las más aceptadas diferenciaciones entre los trastornos de la personalidad y la personalidad normal fue realizada por Millon (1969). Según este autor, la personalidad patológica se distingue de la personalidad normal en tres características. La primera procede directamente de la concepción de la personalidad haciendo una analogía psicológica con el sistema inmunitario: los trastornos de la personalidad tienden a presentar una estabilidad frágil, o una carencia de capacidad de adaptación, en condiciones de estrés. Cuando una determinada conducta o estrategia no funciona, las personas que se sitúan dentro de la normalidad cambian y pasan a utilizar otra. Sin embargo, las personas con un trastorno de la personalidad tienden a utilizar las mismas estrategias una y otra vez, con variaciones mínimas. El resultado es que siempre se acaban empeorando las cosas. En consecuencia, el grado de estrés se incrementa, amplifica su vulnerabilidad, provoca situaciones críticas y produce percepciones de la realidad cada vez más distorsionadas.

La segunda característica se solapa con la primera: las personas con un trastorno de la personalidad son inflexibles desde el punto de vista adaptativo. El funcionamiento de la personalidad normal incluye la capacidad de ser flexible en cuanto al papel que se desempeña, es decir, la capacidad para saber cuándo tomar la iniciativa y modificar el entorno y cuándo adaptarse a lo que el entorno dispone. Las personas con personalidad normal son flexibles en sus interacciones, es decir, sus iniciativas o reacciones son proporcionales y adecuadas a las circunstancias que las suscitan. Cuando la



situación limita la conducta, el comportamiento de las personas con un funcionamiento normal tiende a coincidir, independientemente de la personalidad. En cambio, las personas con un trastorno de la personalidad impulsan o controlan implícitamente las situaciones interpersonales mediante la intensidad y rigidez de sus rasgos, lo que constriñen el curso de la interacción. Dado que estas personas no pueden ser flexibles, el entorno debe flexibilizarse al máximo. Cuando el entorno no puede adaptarse a la persona se produce una crisis. En consecuencia, se reducen aún más las oportunidades de aprender estrategias nuevas y más adaptativas, y la vida se vuelve mucho menos placentera.

La tercera característica de las personas con un trastorno de la personalidad es consecuencia de la segunda. Dado que estas personas no son capaces de cambiar, los repertorios psicológicos que dominan su vida se repiten una y otra vez como círculos viciosos. Las personalidades patológicas son a su vez, patogénicas. La vida se convierte en una especie de primer acto teatral fallido que se repite una y otra vez. Pierden oportunidades de mejorar, ocasionan nuevos problemas y crean constantemente situaciones que replican sus fallos.

Uno de los trastornos de la personalidad que más atención ha recibido y recibe en la literatura científica, especialmente desde la publicación del DSM-III en 1980 (Blashfield e Intoccia, 2000) es el Trastorno Límite de la Personalidad. Este problema constituye el objetivo de la presente tesis doctoral. Aunque los síntomas de la personalidad límite son graves, se considera que se encuentra en un continuo con la normalidad. A continuación, presentamos algunas características que pueden diferenciar un estilo de personalidad límite de las personas que padecen el trastorno con significación clínica.

Las personas con el trastorno pueden hacer cualquier cosa para evitar ser abandonados; en cambio, los que poseen rasgos son sensibles a todo aquello que pueda influir en la naturaleza del vínculo de sus relaciones. El individuo con el trastorno mantiene relaciones inestables que alternan con rapidez entre la idealización y la devaluación, mientras que el que presenta los rasgos puede hacer una lectura de los comportamientos y sucesos que va más allá de lo justificado, pero tienen una perspectiva más realista y compleja de sus relaciones. La persona con el trastorno se caracteriza por una

alteración de su identidad y una imagen de sí mismo inestable, el que presenta el estilo disminuye la falta de certidumbre que siente respeto a sí mismo mostrando una mayor curiosidad por estilos de vida, roles y sistemas de valores alternativos. La persona con TLP tiende a ser impulsiva de una forma dañina para sí misma, y la persona con el estilo es simplemente una buscadora de sensaciones que aumenta la riqueza de la experiencia en lugar de reducirla.

Por otro lado, la persona con el trastorno tiende a mostrar inestabilidad afectiva y presenta amenazas suicidas o comportamientos de automutilación, mientras que los que tienen el estilo límite tienden a ser espontáneos y a sentir emociones de forma muy intensa, aunque en algunas ocasiones reaccionan de una manera exagerada. Si bien la persona con el trastorno refiere sentimientos crónicos de vacío, la que presenta el estilo tiene un interés especial por la vida social y la creatividad para que le ayuden a hacer la vida entretenida. Mientras que la persona con el trastorno presenta una ira intensa y difícil de controlar, la que tiene el estilo tiende a sentir las emociones muy intensamente, pero puede detenerse para retroceder y ver con perspectiva cómo estos estados anímicos pueden afectar a su relación con los demás. Las personas con el trastorno presentan ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos cuando están sometidas a situaciones estresantes; sin embargo, las personas con un estilo límite no suelen presentar estos síntomas tan graves (Sperry, 1995).

Debido a la rigidez de sus características clínicas, la patología de personalidad es muy resistente al tratamiento. La mejoría que se consigue es lenta y, a menudo se presentan recaídas. Además, las consecuencias negativas del patrón de personalidad patológica pueden provocar síntomas de Eje I. El Trastorno Límite de la Personalidad, constituye un claro ejemplo. Las personas con este tipo de problema suelen presentar una evolución clínica también inestable, por ejemplo, pueden presentar mejorías significativas, pero las recaídas también son frecuentes (NICE, 2009).

En los últimos años se ha producido un aumento del interés por este trastorno, debido, sobre todo, a la constatación de la elevada frecuencia del mismo en los centros de asistencia psiquiátrica y el riesgo de autolesión y suicidio inherente a este problema. Sin embargo, pese a la gravedad de este

trastorno y a las consecuencias potencialmente dañinas, el desarrollo y puesta a prueba de estrategias de intervención eficaces para el mismo todavía es mejorable: los logros terapéuticos son lentos y se producen abandonos y recaídas con mucha frecuencia (García Palacios, 2006). Estas razones son las que han impulsado el estudio, en los últimos años, del abordaje psicológico de este trastorno.

En el marco teórico, vamos a hacer una revisión de la literatura científica sobre las características que definen el TLP, la etiología del mismo, la comorbilidad que tiene con otros trastornos, los principales instrumentos para evaluar este trastorno y los tipos de intervención que se han desarrollado hasta el momento para tratar, tanto el TLP por separado, como su comorbilidad con otros trastornos (principalmente los trastornos de la conducta alimentaria), tema que nos ocupará en esta tesis doctoral.



# 1.- Trastorno Límite de la Personalidad

En este capítulo haremos una revisión de los aspectos que conceptualizan el TLP. Para ello, expondremos las definiciones que han surgido en torno al constructo “límite o borderline” y las características clínicas que definen a estas personas. Revisaremos los manuales de clasificación diagnóstica para este trastorno, su comorbilidad con otros problemas, los factores etiológicos que influyen en el desarrollo del problema y, por último, explicaremos cómo detectarlo y/o evaluarlo en la práctica clínica.

## 1.1. Concepto

Aunque muchos terapeutas están muy familiarizados con este tipo de pacientes, el constructo *límite* ha resultado ser notablemente controvertido. Además, el propio término da lugar a problemas de definición. Por lógica, todo aquello que en principio se conoce por lindar con algo, parece no poder constituir en sí mismo una entidad propia. Por tanto, es comprensible la aparición constante de definiciones de la personalidad límite. Zanarini y Frankenburg (1997) señalan seis concepciones históricas principales:

1. La perspectiva psicodinámica, que considera el tipo límite como un nivel de organización de la personalidad (Kernberg, 1967) que engloba diversas patologías caracteriales a medio camino entre la neurosis y la psicosis.
2. La segunda perspectiva, implica la influencia de la idea neokrapeliana de que los trastornos mentales tienen un origen biológico y que, por tanto, deben diagnosticarse como categorías discretas, como pone de manifiesto el trabajo de Gunderson (1984). Aunque el término límite contradice con claridad una concepción categorial, el DSM respalda este planteamiento.
3. La tercera aproximación refleja la tendencia a experimentar estados psicóticos transitorios y considera que el trastorno límite se encuentra en un continuo con la esquizofrenia.

4. Otra perspectiva subraya los cambios emocionales súbitos, la irritabilidad y los estados depresivos crónicos, y considera que el límite se encuentra en un continuo con los trastornos afectivos (Akiskal, 1981).
5. Una quinta conceptualización enfatiza la incapacidad para demorar la gratificación y considera que el límite es un trastorno del control de los impulsos relacionado con el abuso de sustancias y la personalidad antisocial (Zanarini, 1993).
6. La última perspectiva señalada por Zanarini y Frankenburg (1997) se basa en los estudios que señalan que muchas personas con trastorno límite presentan una historia de abusos sexuales y sugiere que el síndrome presenta numerosas afinidades con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Herman y van der Kolk, 1987; Kroll, 1993).

Como vemos, según estas concepciones el TLP suele asociarse con otros trastornos, implica un origen biológico y dependiendo de su gravedad y de factores protectores vs. facilitadores en la vida del sujeto, puede dar lugar a traspasar el “límite” de la normalidad y derivar hacia la presencia de psicopatologías.

## **1.2. Características clínicas**

A pesar de que se han destacado algunas características clínicas principales en el trastorno límite, la variabilidad y heterogeneidad son las características principales de este trastorno. Por variabilidad se entiende que no hay ningún rasgo que esté siempre presente, que existen periodos de sufrimiento que oscilan con periodos de bienestar e incluso buena adaptación social y que un cuadro clínico grave puede cambiar rápidamente a causa de una eficaz intervención terapéutica o de un acontecimiento favorable. La heterogeneidad proviene, en parte, del hecho de que, siendo necesarios cinco criterios sobre nueve para el diagnóstico, es posible que dos sujetos reciban el mismo diagnóstico, compartiendo un único criterio. Esto ha puesto en discusión la existencia del trastorno como unidad nosográfica autónoma (véase Paris, 1993 y Gunderson, 2001).

En este apartado, vamos a revisar algunas descripciones de diferentes especialistas en trastornos de la personalidad sobre las características más relevantes de los pacientes que sufren un TLP.

En primer lugar, desde la perspectiva psicoanalítica (Winnicott, 1953; Modell, 1963; Masterson, 1972, 1976; Masterson y Rinsley, 1975) se ha defendido que el aspecto clave del desarrollo de los consiguientes síntomas del TLP es la *intolerancia a la soledad*. La soledad se experimenta como una terrorífica falta de identidad que la persona con TLP intenta evitar con conductas desadaptativas o distorsionando la realidad. Masterson (1972, 1976) enfatizó que el miedo al abandono de los pacientes límite se origina por las experiencias de separación en la infancia.

En esta línea, Adler y Buie (1979) destacaron la inhabilidad de la persona con TLP para construir representaciones de personas ausentes (*inconsistencia del objeto*). La intolerancia a la soledad y la inconsistencia de objeto se confirmó más tarde empíricamente (Richman y Sokolove, 1992). Esta conceptualización clínica del adulto con TLP dio lugar al desarrollo de los criterios diagnósticos posteriores.

En este sentido, se ha defendido que, debido al *miedo al abandono*, las personas con TLP desarrollan, sin motivo aparente, una tendencia a presentar una ira excesiva hacia los demás o a realizar conductas autolesivas, que, a menudo, se producen de forma inesperada, brusca e intensa (Gunderson, 2008). Cuando la persona con TLP siente que no es cuidado por las personas significativas, o no siente apoyo del ambiente, se produce un tercer conjunto de síntomas. La experiencia de soledad da lugar a una falta de sentido de la realidad (síntomas disociativos o ideación paranoide) y a conductas desesperadas (p. ej., promiscuidad) por encontrar un objeto de cuidado. Estas conductas, a menudo, se producen debido a la desinhibición influenciada por el alcohol u otras drogas (Gunderson, 2008). Esta formulación es consistente con la tesis de Fairbairn (1963) y, subsecuentemente, con la perspectiva de Bowlby de que los seres humanos tenemos una capacidad innata de buscar apego, es decir, existe una búsqueda del objeto biológicamente determinada.

Por otro lado, más recientemente, los especialistas en este campo han tratado de describir las principales características clínicas de las personas con

TLP agrupándolas bien por dimensiones, o bien a través de aspectos clave que dan lugar a diferentes síntomas.

Según Belloch (2010), especialista en psicopatología de los trastornos de la personalidad, los pacientes límite se caracterizan por la *inestabilidad y la ambivalencia* de la personalidad en prácticamente todos los ámbitos de su vida. El resultado de la intrusión constante de estos dos elementos en la vida cotidiana del individuo es la presencia de actitudes cambiantes, emociones erráticas o carentes de control, comportamiento caprichoso y poco fiable. Son personas impulsivas, impredecibles y a menudo explosivas:

- Su presencia no resulta cómoda ni agradable para los demás. Los clínicos se sienten continuamente como si estuvieran al borde del desastre inminente, esperando que el paciente se muestre malhumorado y ofendido o que se vuelva extremadamente obstinado y desagradable. Como se muestran tan volubles, manipuladores e impredecibles, provocan muy a menudo *rechazo en los demás*, que es lo que precisamente más temen y desean evitar.
- Pueden presentar también *grandes cambios en su estado de ánimo*, por ejemplo, con períodos de abatimiento y apatía extremos, entremezclados con episodios de ira, ansiedad o agitación. El abatimiento, la depresión y los comportamientos autodestructivos (conductas suicidas y parasuicidas) son frecuentes.
- La angustia y la desesperación del TLP son genuinos, pero también son un modo de canalizar y expresar sus sentimientos de hostilidad. Al mismo tiempo, exagerando sus crisis y mostrándose alicaídos a todas horas, *evitan asumir responsabilidades* y aumentan el trabajo de los demás, haciendo que sus familias, no sólo tengan que cuidar de ellos sino que, también sufran y se sientan culpables por tener que hacerlo. En el mismo sentido, pueden emplear el silencio total y la frialdad más absoluta como una especie de castigo, o un modo de amenazar a los otros con los problemas que se avecinan.
- Se ofenden muy frecuentemente por cualquier asunto sin importancia y es tremendamente fácil que se sientan provocados. *Son impacientes y se irritan* con mucha facilidad cuando algo no funciona cómo o cuándo ellos quieren.



- Se *lamentan continuamente* por el estado ruinoso en el que se encuentran sus vidas, por su *tristeza* crónica, su sensación de *vacío* vital, su angustia.
- Se sienten *faltos de cariño o no queridos* en absoluto, *despreciados*, ninguneados; sus esfuerzos no sirven de nada, son unos *incomprendidos*, se encuentran totalmente desilusionados y descorazonados.
- La cabezonería, la inmadurez, el pesimismo que los demás les atribuyen no son más que el reflejo, según ellos, de una *sensibilidad especial* y el resultado de la falta de consideración y aprecio que los demás han demostrado tener con ellos. Pero de nuevo aparece aquí la ambivalencia: puede que sus fallos, su mal carácter, su carencia de virtudes, sean la auténtica causa de sus desgracias y del dolor que causan a los demás (Millon y Davis, 1996).

Esta autora, también han señalado algunas características que distinguen al TLP de otros trastornos menos graves: la presencia de una competencia social deficiente o deficitaria y la aparición de episodios psicóticos o pseudo-psicóticos transitorios y reversibles. La ausencia de competencia social se manifiesta por una incapacidad para lograr una posición social, laboral, o educativa acorde con sus capacidades y aptitudes intelectuales o socioculturales. Son frecuentes los fracasos y las rupturas de todo tipo: familiares, laborales, escolares, que se repiten una y otra vez a lo largo de sus vidas. En muchas de estas ocasiones son capaces de remontar la situación y solucionar el problema, pero lo más probable es que reincidan en un nuevo fracaso. Este continuo proceso de caída-recuperación contrasta con otros trastornos más graves en los que el proceso de caída es irreversible. Por otro lado, los episodios psicóticos reversibles se caracterizan por la pérdida de contacto de la realidad acompañados de ausencia de control cognitivo y emocional. Pero, a diferencia de lo que ocurre con los trastornos psicóticos, son reversibles y el paciente regresa al nivel previo de funcionamiento después de la “explosión” psicótica. A lo largo de toda su vida, estos episodios de caída y recuperación cíclicos pueden ser constantes.

Otro experto en nuestro país en trastornos de la personalidad, el profesor Vicente Caballo, agrupa las características principales y más comunes del TLP bajo tres dimensiones: comportamental, cognitiva y

emocional con el objetivo de apresar la complejidad de la psicopatología de este trastorno (Caballo, Gracia, López-Gallones y Bautista, 2009).

En lo que se refiere a las características comportamentales, hay que poner énfasis en aquellas relacionadas con la interacción interpersonal. Estos sujetos utilizan una gran variedad de artimañas manipulativas para retener a las personas allegadas a su lado, por miedo al abandono. Estas situaciones son las que desencadenarán fuertes ataques de ira e impulsividad, llegando incluso a las autolesiones, provocando el rechazo del otro de forma que alimentan su sensación de vacío. Los aspectos comportamentales más característicos son (Caballo et al., 2009):

- Niveles elevados de inconsistencia e irregularidad, bastante impredecibles.
- Patrones de apariencia cambiante y vacilante.
- Niveles de energía inusuales provocados por explosiones inesperadas de impulsividad.
- Provocación de peleas y conflictos con frecuencia.
- Comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio.
- Conducta paradójica en sus relaciones interpersonales (a pesar de buscar la atención y el afecto, lo hacen de un modo contrario y manipulador, suscitando el rechazo).
- Relaciones interpersonales intensas y caóticas.
- Excesivamente dependientes de los demás.
- Adaptación social a nivel superficial.
- Comportamientos frecuentes dirigidos a protegerse de la separación.
- Frecuentes chantajes emocionales y actos de irresponsabilidad (suicidio, juego patológico, abuso de sustancias psicoactivas, grandes atracones de comida).

En este sentido, los aspectos cognitivos reflejan el estado emocional de estas personas. Llegan a experimentar estados paranoides reactivos a situaciones que pudieran resultarles estresantes, como son la predicción del abandono por parte de las personas significativas en su vida o las críticas dirigidas a su comportamiento o a su forma de ver las cosas. La sensación de falta de una identidad estable les hace pasar momentos realmente angustiosos de ansiedad, miedo e incluso depresión, que les lleva a estados

de abatimiento y apatía. Las autocríticas y los autorreproches se apoderan de ellos, llegando a hacerles sentir como personas realmente despreciables y valedoras del abandono de sus seres queridos, convirtiéndose en un círculo vicioso del que creen no poseer el control para evitarlo. A continuación, exponemos las características de funcionamiento cognitivo más relevantes (Caballo et al., 2009):

- Pensamientos fluctuantes y actitudes ambivalentes hacia los demás e incluso hacia sí mismo.
- Falta de propósitos para estabilizar sus actitudes y emociones.
- Incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento.
- Dificultades para aprender de experiencias pasadas.
- Carecen de un sentido estable de quiénes son.
- Imágenes de uno mismo inestables y extremas.
- Sensaciones crónicas de vacío.
- Pensamientos anticipatorios de abandono.
- Valores, elección de carrera y objetivos a largo plazo inestables.
- Temor excesivo a que les desprecien.
- Percepción de las personas importantes del entorno que fluctúa con rapidez desde la idealización hasta la devaluación.
- Menor capacidad para procesar la información debido a sus problemas para centrar la atención y la pérdida consecuente de datos relevantes.
- Locus de control externo, culpando a los demás cuando las cosas van mal.
- Frecuentes autorreproches, autocastigos y autocríticas.
- Pensamiento rígido, inflexible e impulsivo.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Se aburren fácilmente.
- Constante predicción del abandono por parte de alguien querido, llevándoles a manifestar ansiedad, culpa, depresión y hostilidad.
- Suelen regresar a etapas anteriores del desarrollo cuando se ven en situaciones estresantes (los niveles de tolerancia a la ansiedad, el control de impulsos y la adaptación social se vuelven inmaduros).
- Pueden tener episodios micro psicóticos cuando están en situaciones de gran estrés.

- Presencia de ideación paranoide transitoria, despersonalización, desrealización o síntomas disociativos en situaciones de estrés.

Teniendo en cuenta estas características cognitivas y comportamentales, podemos entender que el mundo emocional del TLP puede desbordarle muy fácilmente. Su inestabilidad afectiva le lleva a experimentar reacciones constantes de ira inapropiada y de falta de control de impulsos, por un lado, y profundos sentimientos de abatimiento, apatía, vergüenza y culpabilidad, por otro. Es difícil predecir qué emoción y cuánto durará un determinado estado de ánimo en estas personas. En el siguiente párrafo, destacamos los aspectos emocionales más relevantes (Caballo et al., 2009):

- Pueden experimentar una activación emocional extra elevada, siendo muy sensibles a los estímulos emocionales negativos.
- Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo.
- Emociones contradictorias.
- Los estados de ánimo contrarios y su equilibrio emocional se hallan constantemente en un tira y afloja.
- Ira intensa, inapropiada y fácilmente desencadenada que implica una pérdida de control emocional, especialmente cuando se sienten frustrados o decepcionados.
- Cuando pierden el control muestran agitación y excitación física.
- Su estado de ánimo no concuerda con la realidad.
- Sentimientos de vacío o aburrimiento.
- Intenso sentimiento de vergüenza, odio e ira dirigida a sí mismos.
- Tendencia a inhibir respuestas emocionales negativas, especialmente las asociadas con dolor y pérdidas, incluyendo tristeza, culpabilidad, vergüenza, ansiedad o pánico.

Según las características clínicas detalladas, este patrón podría traducirse en una elevada reactividad del estado de ánimo, impulsividad extrema, comportamientos recurrentes de automutilación o intentos de suicidio, pensamientos y actitudes ambivalentes hacia los demás y hacia sí

mismo, relaciones interpersonales caóticas e intensas, sentimientos de vacío y aburrimiento (Caballo et al., 2009).

A pesar de que en los manuales especializados estas características se han presentado por áreas donde los síntomas tienen el mismo peso en el desarrollo del TLP, las investigaciones más actuales (Linehan, 1993a; Zanarini, 1993; McGlashan et al., 2005; Gunderson, 2008, Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009), sugieren que la impulsividad y la inestabilidad afectiva son los rasgos clave de este trastorno y que los demás síntomas son consecuencia de estos dos rasgos principales.

Según la aproximación biosocial de Linehan (1993a), la intensidad y variabilidad emocional es la característica principal de la personalidad límite. Los cambios de estado de ánimo pueden ser imprevisibles, muy frecuentes y suelen deberse a una elevada reactividad ante acontecimientos ambientales. El estado de ánimo básico, de tipo disfórico, suele oscilar entre ansiedad y tristeza. La intensa labilidad emocional magnifica y dificulta la gestión de las emociones inherentes a toda relación interpersonal cercana. La intolerancia a la soledad, el miedo al abandono, la dependencia y las relaciones tormentosas son las consecuencias habituales.

Los pacientes con TLP pueden ser muy dependientes de familiares y de la pareja, pero a la vez expresan una intensa ira cuando se sienten decepcionados. En ocasiones, el intenso temor a ser abandonados provoca actos extremos para evitarlo, como actos impulsivos o conductas autolíticas.

La inestabilidad emocional del paciente con TLP también promueve la aparición de frecuentes crisis emocionales ante situaciones de estrés que, por otro lado, son lógicamente más frecuentes en pacientes con estas características dado el grado de afectación social que conlleva el diagnóstico (Linehan, 1993a). Las crisis emocionales y los rasgos de personalidad relacionados con la impulsividad, dificultan el desarrollo y la progresión en la consecución de los objetivos personales, lo que aumentaría los sentimientos crónicos de vacío y las dudas sobre uno mismo. Por este motivo, en el área cognitiva, los pensamientos extravagantes, las experiencias perceptivas no habituales, las experiencias paranoides no delirantes y las cuasi psicóticas, sólo suceden durante periodos de elevada intensidad emocional y/o estrés agudo. En estos contextos, los pacientes pueden presentar ideación

paranoide transitoria, o síntomas disociativos como despersonalización y amnesia (APA, 2000).

Finalmente, en el área de la impulsividad los pacientes pueden gastar dinero irresponsablemente, apostar, abusar de sustancias psicoactivas, darse atracones, conducir temerariamente o tener un patrón de relaciones sexuales caracterizadas por el sexo no seguro. En este sentido, destacan de forma característica las conductas parasuicidas. Los acontecimientos externos, asociados a la aparición de emociones intensas, preceden a los episodios de autolesiones, siendo frecuentes episodios de sobreingesta de fármacos. Estas conductas se producen como un intento de regular las emociones y disminuir rápidamente la intensidad de las emociones dolorosas.

Como podemos observar, a pesar de que, dependiendo de la aproximación, se conceptualiza el TLP de una forma distinta (bien describiendo los aspectos clave que dan lugar a los síntomas en diferentes áreas, o bien citando los síntomas por separado), lo que parece claro es que todas las aproximaciones coinciden en el peso de la desregulación emocional (inestabilidad emocional, emociones intensas, etc.) y conductual (conductas autolesivas, conductas impulsivas, etc.) como las características clínicas más sobresalientes de las personas que acuden a los centros de salud mental y que son diagnosticadas de TLP. Esto quizás se debe a que las personas que demandan asistencia psicológica ya se encuentran en la fase más grave del desarrollo del TLP.

### **1.3. Diagnóstico**

A continuación, vamos a hacer un resumen de las clasificaciones más utilizadas para diagnosticar el TLP.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR, APA, 2000) define el *Trastorno Límite de la Personalidad* como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos. Del mismo modo, la CIE-10 (OMS, 1992) incluye este trastorno similar con otra denominación: *Trastorno Emocionalmente Inestable de la Personalidad*.

En este manual, la categoría está dividida en dos tipos que comparten un patrón general de impulsividad y descontrol, la existencia de inestabilidad afectiva, la poca capacidad para planificar las cosas y los episodios de ira intensa y comportamientos explosivos.

Tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10, coinciden en describirlo como un trastorno de la personalidad donde su eje central es la inestabilidad en varios ámbitos (véase Tabla 1). El DSM-IV-TR añade algunos criterios que hacen referencia a la sensación crónica de vacío, las ideas paranoides transitorias reactivas a situaciones estresantes y los continuos esfuerzos para evitar el abandono, ya sea éste, real o percibido. Del mismo modo, la CIE-10 recoge el criterio referido a la mínima capacidad de planificación, criterio que no queda reflejado explícitamente en el DSM-IV-TR.

**Tabla 1 - Criterios del DSM-IV y la CIE-10 para el Trastorno Límite de la Personalidad**

DSM-IV-TR	CIE-10
<p>A) Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo y en la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, tal como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:</p>	<p>A) Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (G1-G6).</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Impulsividad en al menos dos áreas, que puede ser potencialmente peligrosa para el sujeto (p. ej., gastos, sexo, conducción temeraria, abuso de sustancias psicoactivas, atracones, etc.).</li> <li>2. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla.</li> <li>3. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.</li> <li>4. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.</li> <li>5. Alteración de la identidad: imagen o sentido de sí mismo inestable de forma acusada y persistente.</li> </ol>	<p>Tipo Impulsivo (F60.30):</p> <p>Tienen que cumplirse al menos tres de los siguientes síntomas, de los cuales uno de ellos tiene que ser 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.</li> <li>2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados.</li> <li>3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.</li> <li>4. Dificultades para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.</li> <li>5. Estado de ánimo inestable y caprichoso. Incluye: Personalidad explosiva y agresiva, trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por alternar entre los extremos de idealización y devaluación.</li> <li>7. Esfuerzos titánicos para evitar un abandono real o imaginario.</li> <li>8. Amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación.</li> <li>9. Sensaciones crónicas de vacío.</li> </ol>	<p>Tipo Límite (F60.31):</p> <p>Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el anterior criterio B, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de uno mismo, de los propios objetivos y de las experiencias íntimas (incluyendo las sexuales).</li> <li>2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.</li> <li>3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.</li> <li>4. Reiteradas amenazas o actos de agresión hacia uno mismo.</li> <li>5. Sensaciones crónicas de vacío.</li> </ol> <p>Incluye: Personalidad Límite Trastorno Límite de la Personalidad.</p>



A pesar de las actuales clasificaciones, no todos los expertos coinciden en considerar el TLP como un trastorno homogéneo y, actualmente, existe un cierto debate sobre si el TLP es un trastorno unitario o no. En un estudio reciente (Lenzenwenger, Clarkin, Yeomans, Kernberg y Levy, 2008) realizado con 90 personas con TLP (según los criterios del DSM-IV-TR), se constató la existencia de tres grupos de pacientes con características fenotípicas diferentes: el primero se caracterizaba por la ausencia de aspectos antisociales, paranoides y agresivos. Un segundo grupo presentaba rasgos de tipo paranoide, mientras que el tercero manifestaba claras tendencias antisociales y agresivas. Este tipo de estudios, indican la posibilidad de que las diferencias que a menudo se observan en la clínica entre pacientes con un mismo diagnóstico de TLP puedan responder a otras de naturaleza más genotípica y, por lo tanto, tenerlas en cuenta puede ser importante de cara a la planificación del tratamiento.

En esta línea, un tema clave desde el punto de vista diagnóstico, es la diferenciación de diferentes subtipos dentro de los pacientes con TLP. Una clasificación de subtipos de TLP corresponde a la realizada por un grupo de autores españoles (Rubio y Pérez, 2003), que establece cuatro subtipos: el *psicótico*, el de *descontrol de impulsos*, el *hipotímico* y el subtipo *distorña del yo*. Estos subtipos podrían tener similitud con las denominadas variantes de la personalidad límite de Millon, que son el *desanimado*, el *impulsivo*, el *autodestructivo* y el *petulante* (Millon y Escovar, 1999; Millon y Davis, 2001). Aunque no disponemos de pruebas que confirmen la validez de estas correlaciones entre síntomas predominantes, estos modelos pueden ser útiles como una forma de definir distintos tipos de TLP y para planificar un tratamiento adecuado y consecuente.

Como podemos ver, las clasificaciones categoriales actuales no cierran el problema del diagnóstico, prueba de ello son estas subclasificaciones. Quizás, una aproximación dimensional al diagnóstico del TLP podría dar una visión más comprehensiva de este complejo trastorno. Los modelos dimensionales permiten una valoración más exhaustiva de la información sobre los trastornos de la personalidad, aportando además posibles fenotipos más homogéneos de cara a la investigación etiológica y terapéutica, aunque una marcada desventaja es la complejidad y

complicación de manejo. Además, desde esta perspectiva dimensional, se puede llegar a conclusiones que aumenten la complejidad de la clasificación. Por ejemplo, desde algunas perspectivas se establece que el TLP puede compartir una relación con otro de los trastornos impulsivos de la personalidad (antisocial), y que el género hace que se presente uno u otro (Gelder, López-Ibor y Andreasen, 2003), dificultando la diferenciación entre ambos trastornos.

Con relación a este problema y a la controversia más general sobre la clasificación del TLP (¿dimensiones, categorías o prototipos?) algunos autores han sometido al filtro de la investigación empírica la relación entre los criterios diagnósticos del trastorno, con tal de verificar la coherencia, la homogeneidad interna y el poder discriminatorio para el diagnóstico.

Uno de los modos para evaluar la presunta vaguedad de los criterios consiste en someterlos a estudios de análisis factorial para identificar empíricamente sus componentes significativos (Sanislow, Grilo, McGlashan, 1999). Presentamos los principales estudios en esta dirección:

Empleando los criterios del DSM-III (APA, 1980), Rosemberger y Miller (1983), mediante entrevistas estructuradas en una muestra de 106 sujetos, identificaron dos factores principales, uno para los trastornos de identidad y de las relaciones interpersonales y otro para la regulación del comportamiento y de las emociones. Dos estudios (Clarkin, Hull, Hurt, 1993; Sanislow, Grilo, McGlashan, 1999) han sometido a análisis factorial los criterios del DSM-III-R (APA, 1987). El primero, aplicado a un grupo de 75 mujeres hospitalizadas, encontró que casi el 80% de los individuos con diagnóstico de TLP mostraban una combinación de los siguientes tres factores: problemáticas interpersonales y de la identidad; trastornos afectivos incluyendo las tendencias suicidas; e impulsividad.

Por otro lado, Sanislow y sus colaboradores, identificaron igualmente tres componentes: trastornos en las relaciones (inestabilidad relacional, alteración de la identidad, sentimiento crónico de vacío); desregulación de la conducta (impulsividad, comportamientos suicidas, actos autolesivos); y desregulación afectiva (inestabilidad afectiva, rabia, miedo al abandono).

Los dos estudios identificaban básicamente los mismos tres factores, con la diferencia de los comportamientos suicidas, incluidos respectivamente en los trastornos de la afectividad y en los trastornos del comportamiento.

Otros dos estudios (Fossati, et al., 1999; Wilkinson y Westen, 2000), utilizaron los criterios del DSM-IV.

Fossati y sus colaboradores (1999), llevaron a cabo un estudio con un grupo de 564 pacientes con el fin de evaluar el poder discriminante de los criterios mediante correlaciones ítem-diagnóstico e ítem-total. El modelo dimensional fue comprobado mediante análisis factorial confirmatorio y el modelo categorial mediante análisis de las clases latentes. Los resultados revelaron una jerarquía del poder discriminante de los criterios: la inestabilidad interpersonal y la alteración de la identidad tuvieron una mayor especificidad y sensibilidad diagnóstica, mientras que el miedo al abandono mostró una menor capacidad discriminante. Además, este estudio confirmaría la hipótesis de que el TLP es un constructo categorial, si bien pone de manifiesto cómo algunas características temperamentales, tales como la desregulación de la ira y la impulsividad, están distribuidas dimensionalmente.

Wilkinson y Westen (2000) estudiaron si la alteración de la identidad (un aspecto que ha recibido poca atención empírica) en el TLP era un constructo único y conseguía distinguir a los pacientes con TLP de otros pacientes. Los resultados de este estudio concluyeron que la alteración de la identidad es un constructo multifacético que distingue a los pacientes con TLP de otros pacientes (con otros trastornos de la personalidad y en pacientes sin trastorno de la personalidad). Algunos de estos componentes están relacionados con una historia de abuso sexual, y otros no. Por tanto, la alteración de la identidad parece ser característica de los pacientes límite, independientemente de tener o no una historia de abuso.

Para finalizar este apartado, nos parece conveniente señalar las principales propuestas que ha diseñado el grupo de trabajo para el diagnóstico del TLP que aparecerán en el próximo manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM-5 (*American Psychiatric Association: desarrollo del DSM-5*, 2010). Estas propuestas intentan integrar la perspectiva del diagnóstico categorial actual con una perspectiva dimensional.

El grupo de trabajo para los trastornos de la personalidad recomienda una mejor conceptualización de la psicopatología de la personalidad. Para ello, destacan las disfunciones claves en el funcionamiento de personalidad, los rasgos patológicos de personalidad, y los tipos de patología de personalidad prominentes. Un trastorno de la personalidad es diagnosticado cuando las disfunciones claves y los rasgos patológicos son graves o extremos. Por tanto, el clínico tendrá que poner atención en identificar la psicopatología de personalidad con diferentes grados de especificidad. Las nuevas propuestas sobre la estructura para diagnosticar los trastornos de la personalidad son:

a) Cinco niveles identificados de gravedad del funcionamiento de la personalidad.

b) Cinco tipos de trastornos de la personalidad (propuestos, pendientes de validación), cada uno definido por componentes claves: trastorno esquizotípico, antisocial, límite, evitativo y obsesivo-compulsivo.

c) Seis dominios de rasgos de personalidad de orden superior (Caballo, Salazar e Iurtia, 2011), con 4-10 dominios de orden inferior, que incluyen facetas que comprenden cada rasgo, en concreto, un total de 37 facetas de rasgos de personalidad específicas (propuestas, pendiente de validación):

1. Neuroticismo o emocionalidad negativa: labilidad emocional, preocupación, sumisión, inseguridad ante la separación, pesimismo, baja autoestima, culpa/vergüenza, maltrato hacia uno mismo, depresividad, suspicacia.
2. Introversión: aislamiento social, desvinculación social, afectividad restringida, anhedonia, evitación de la intimidad.
3. Hostilidad o antagonismo: insensibilidad, manipulación, narcisismo, histrionismo, hostilidad, agresión, oposicionismo, engaño.
4. Desinhibición: impulsividad, distraibilidad, temeridad, irresponsabilidad.
5. Compulsividad: perfeccionismo, perseveración, rigidez, orden, aversión al riesgo.

6. Esquizotipia: percepciones poco habituales, creencias poco usuales, excentricidad, falta de regulación cognitiva, predisposición a la disociación.

d) una definición general de trastornos de la personalidad basada en déficits graves o extremos en los componentes claves del funcionamiento de la personalidad y rasgos patológicos elevados.

En este sentido, para el TLP, el grupo de trabajo recomienda que este trastorno sea reformulado con el nombre de Trastorno de la Personalidad “Tipo Límite”. En las nuevas propuestas para el TLP, los expertos describen con mayor detalle las principales características clínicas de este trastorno que en el manual anterior.

Según esta propuesta, las personas que tienen este tipo de trastorno de la personalidad poseen un autoconcepto extremadamente frágil que es fácilmente destruido y fragmentado ante experiencias de estrés, lo que resulta en sentimientos de confusión de la identidad y sentimientos crónicos de vacío. Como resultado, estos pacientes tienen una estructura de personalidad empobrecida y/o inestable y dificultades para mantener relaciones íntimas duraderas. La autoevaluación de la persona con TLP consiste, en ocasiones, en sentimientos de odio hacia sí mismo, sentimientos de ira y desesperanza. También, experimentan cambios emocionales repentinos, intensos e impredecibles y pueden llegar a sentirse extremadamente ansiosos o deprimidos. A veces, pueden sentir ira u hostilidad, y en ocasiones, sentirse maltratados, poco entendidos o marginados por los demás. En las ocasiones que sienten ira, pueden ser agresivos. Las reacciones emocionales suelen darse en respuesta a situaciones interpersonales negativas asociadas con pérdida o desaprobación.

Las relaciones interpersonales están basadas en la fantasía de que se necesita el apoyo de los demás para sobrevivir, en la excesiva dependencia y en el miedo al rechazo y/o abandono. Esa dependencia tiene que ver con un apego inseguro, expresado como la dificultad para tolerar la soledad; miedo intenso por la pérdida, abandono, o rechazo de las personas significativas y la necesidad urgente de contactar con ellas cuando la persona se siente estresada o con malestar. Esto va acompañado, a veces, con un comportamiento excesivamente sumiso y/o servicial. Al mismo tiempo, las experiencias íntimas e intensas con otras personas, a menudo,

desencadenan miedo o confusión de la identidad. Por ello, las relaciones interpersonales son altamente inestables y alternan entre la excesiva dependencia y la evitación de implicarse emocionalmente. Por último, la empatía por los demás es limitada.

Los rasgos clave y las conductas interpersonales están asociadas con la desregulación cognitiva, por ejemplo, las funciones cognitivas pueden estar alteradas en ocasiones porque el estrés interpersonal da lugar a un procesamiento de la información dicotómico (tipo blanco o negro o todo o nada). Las reacciones cuasi psicóticas, incluyendo la paranoia o la disociación, pueden progresar hacia una psicosis transitoria.

Las personas con este tipo de características impulsivas, actúan sin pensar, y frecuentemente desarrollan comportamientos con consecuencias potencialmente negativas. Debido a este estrés intenso y disforia que sienten (particularmente cuando aparecen sentimientos de abandono), suelen cometer actos deliberados de autolesión (p. ej., cortarse, quemarse) e intentos de suicidio. El estrés excesivo puede dar lugar a conductas de riesgo, por ejemplo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones o promiscuidad sexual.

Las indicaciones que se recomiendan para diagnosticar este trastorno son las siguientes:

A. Clasificación de la personalidad del paciente usando una escala de cinco puntos:

5 = Puntuación muy alta: el paciente ejemplifica este tipo.

4 = Puntuación alta: el paciente se parece significativamente a este tipo.

3 = Puntuación moderada: el paciente tiene síntomas prominentes de este tipo.

2 = Puntuación baja: el paciente tiene pocos síntomas de este tipo.

1 = Ninguna puntuación: la descripción no se aplica a este paciente.

B. Clasificación de rasgos: clasificación basada en la medida en que los rasgos asociados con el Tipo Límite son descriptivos del paciente, usando una escala de cuatro puntos:

0 = Muy poco o nada descriptivo.

1 = Levemente descriptivo

2 = Moderadamente descriptivo

3 = Extremadamente descriptivo

Los rasgos son los siguientes:

1. Emocionalidad negativa: Labilidad emocional tener experiencias emocionales inestables y cambios de humor; tener emociones que son fácilmente provocadas, intensas y/o desproporcionadas para los acontecimientos o circunstancias.
2. Emocionalidad negativa: Auto-lesiones: tener pensamientos o conductas relacionadas con hacerse daño (p. ej., cortarse intencionalmente o quemarse) y suicidarse, incluyendo ideación suicida, amenazas, gestos, e intentos suicidas.
3. Emocionalidad negativa: Inseguridad relativa a la separación: miedo al rechazo por y/o separación de personas significativas; malestar cuando otros significativos no están presentes o no es fácil estar con ellos.
4. Emocionalidad negativa: Tendencia a la ansiedad: sentimientos de nerviosismo, tensión y/o estar nervioso; preocupación sobre experiencias del pasado desagradables y posibilidades de futuro negativas; sentirse atemorizado o amenazado por la incertidumbre.
5. Emocionalidad negativa: Falta de autoestima: tener una opinión pobre de uno mismo y sus habilidades; creerse poco valioso o inútil; disgustarse o estar poco satisfecho consigo mismo; creer que uno no es capaz o tiene una capacidad limitada para hacer cosas.
6. Emocionalidad negativa: Tendencia a la depresión: tener sentimientos frecuentes de sentirse miserable, deprimido, desesperanzado; dificultad en recuperarse de ese estado de ánimo; creer que uno es simplemente una persona triste o deprimida.
7. Hostilidad: irritabilidad, temperamento fuerte; ser antipático, rudo, o maleducado; responder de forma agresiva hacia pequeños comentarios o insultos.

8. Antagonismo: Agresión: ser mezquino, cruel, o frío; verbal o físicamente agresivo; humillar a otros; involucrarse en actos violentos hacia personas u objetos por voluntad propia y de forma intencionada; beligerancia y venganza activa y abierta; usar la dominancia y la intimidación para controlar a otros.
9. Desinhibición: Impulsividad: responder, sin pensar, a estímulos inmediatos; actuar en una situación sin un plan o sin considerar los resultados de la actuación; dificultad para establecer y seguir planes; dificultad para aprender de la experiencia.
10. Esquizotipia: Propensión a la disociación: tendencia a experimentar disfunciones en el flujo de la experiencia consciente: sensación de estar “perdido en el tiempo”; experimentar el ambiente como extraño o irreal.

Pese a la intención del grupo de trabajo del DSM-5 por mejorar la forma de clasificar los trastornos de personalidad, la propuesta descrita está siendo objeto de numerosas críticas por parte de investigadores y otras figuras de autoridad en el campo de los trastornos de la personalidad, y del TLP en particular. Nos gustaría destacar la propuesta que hace Gunderson (2010) y que está respaldada por autores como Beck, Bateman, Clarkin, Koenigsberg, Linehan, Paris, Trull o Zanarini, entre otros. Este autor sostiene que la propuesta del grupo de trabajo altera de forma significativa una conceptualización del TLP, que si bien no es la mejor, está apoyada por amplia evidencia científica en distintos aspectos como la heredabilidad, prevalencia, antecedentes evolutivos, curso e indicadores de riesgo y tratamiento. Por ello, propone una propuesta de cambios para el DSM-5 más conservadora pero guiada por la evidencia empírica. Esta propuesta especifica muy claramente cómo quedarían reflejados estos criterios en el DSM-5. En la Tabla 2 se presentan los cambios en la clasificación.



**Tabla 2 - Cambios propuestos para el diagnóstico del TLP en el DSM-5**

(Las propuestas añadidas están entre **[corchetes]**; las omisiones están tachadas; y los estudios relevantes están citados)

**Hipersensibilidad Interpersonal**

(1) Un patrón de relaciones inestables e intensas caracterizadas por alternar entre extremos de idealización y devaluación **[p. ej., percepciones desconfiadas de otros como malas personas o malévolos]** (Bhar, Brown, y Beck, 2008; Butler, Brown, Beck, y Grisham, 2002; Drapeau y Perry, 2009; Domes et al., 2008; Donegan et al., 2003; King-Casas et al., 2008; Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, y Linehan, 2006; Shedler y Westen, 2004; Unoka, Seresm, Aspan, Bodi, y Keri, 2009; Wagner y Linehan, 1999) **[y sobreimplicación con los demás, retirada o evitación]** (Conklin y Westen, 2005; Drapeau y Perry, 2009; Meyer et al., 2001)]

(2) **[Ansiedad, preocupación por]** (Agrawal, Gunderson, Holmes, y Lyons-Ruth, 2004; Butler et al., 2002; Choi-Kain, Fitzmaurice, Zanarini, Laverdiere, y Gunderson, 2009; Morse et al., 2009; Scott, Levy, y Pincus, 2009) ~~frenéticos esfuerzos por evitar~~ un abandono real o imaginado **[y rechazo]** (Butler et al., 2002; Stiglmayer et al., 2005; Choi-Kain, Hudson, Zanarini, y Gunderson, 2010; Stanley y Siever, 2010; Ziegler-Hill y Abraham, 2006)]

(3) Sentimientos crónicos de vacío (Klonsky, 2008) (no cambio)

**Desregulación Afectiva/Emocional**

(4) ~~Inestabilidad afectiva~~, **Emocionalidad negativa (disforia crónica)** (Kuo y Linehan, 2009; Nica y Links, 2009; Shedler y Westen, 2004; Zanarini et al, 2007) ~~debido a una marcada reactividad del estado de ánimo (p. ej., disforia episódica intensa,~~ **con cambios repentinos de irritabilidad y ansiedad [hacia la depresión (no hacia la euforia)]** (Koenigsberg et al., 2002; Trull et al, 2008)] (normalmente duran unas pocas horas y raramente más de unos pocos días)

(5) ira inapropiada o intensa o dificultades para controlarla (p. ej., frecuentes cambios de temperamento, ira constante, ~~peleas físicas recurrentes~~ **[arrebatos violentos]**) (Koenigsberg et al., 2002; Morse et al., 2009; Shedler y Westen, 2004) (cambios menores)

**Descontrol conductual**

(6) impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas, p. ej., ~~gastar demasiado~~ [omitir], sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones (cambio mínimo)

(7) conductas suicidas recurrentes, gestos, o intentos suicidas, o ~~automutilación~~ **conductas deliberadas de hacerse daño** (cambio mínimo)

**Alteración del sí mismo**

(8) auto-imagen o sentido del sí mismo marcada y persistentemente inestable **[incluyendo percepciones del sí mismo como mala persona]** (Conklin y Westen, 2005; Gunderson y Links, 2008; Zanarini et al., 1998a, 2008) (cambios menores)

(9) ~~episodios severos~~ **[estados de la mente]** disociativos **[p. ej., percepciones del sí mismo o del mundo como desconectado o irreal]** (Koenigsberg et al., 2009; Stiglmayer, Shapiro, Stieglitz, Limberger, y Bohus, 2001, Stiglmayer et al., 2008) con episodios de ideación paranoide relacionados con estrés (cambios menores)

Nota: Puntuación de los criterios: porcentaje en que el criterio es descriptivo del paciente (adaptado por Shedler y Westen, 2004; Trull et al., en prensa):

0 = No

1 = Leve

2 = Moderado

3 = Grave

Esta propuesta refleja lo que se sabe hasta el momento sobre la estructura latente del TLP y disminuye la heterogeneidad del trastorno

subdividiendo los criterios en cuatro componentes. Estos criterios se basan en la puntuación del algoritmo de estos componentes. De los cuatro, tres componentes se han establecido solidamente como fenotipos (significación estadística en porcentajes de heredabilidad) basándose en los resultados de análisis factorial (Hurt, Hyler, Frances, Clarkin, y Brent, 1989; Clarkin, Hull, y Hurt, 1993; Blais, Hilsenroth, y Castlebury, 1997; Sanislow et al., 2002; Skodol et al., 2002), estudios de familiares (Silverman et al., 1991; Zanarini et al., 2004) e incrementando la evidencia de sus endofenotipos, es decir, la evidencia de correlatos neurobiológicos (Siever, Torgerson, Gunderson, Livesley, y Kendler, 2002; King-Casas et al., 2008; Koenigsberg et al., 2009; Stanley y Siever, 2010).

Estos fenotipos están apoyados por los estudios de análisis factorial que generalmente dividen la psicopatología del TLP en tres áreas: *Hipersensibilidad Interpersonal* (criterios 1, 2, y 3), *Desregulación Afectiva/Emocional* (criterios 4, 5), y *Descontrol Comportamental* (criterios 6, 7). La mayoría de las teorías clínicas (y las terapias más eficaces que están basadas en ellas) han propuesto que el fenotipo *Interpersonal* (Adler, 1986; Benjamin, 1993; Bateman y Fonagy, 2004; Gunderson, 2007) o el *Afectivo/Emocional* (Livesley, Jackson, y Schroeder, 1992; Linehan, 1993) son los componentes clave del TLP. Estos fenotipos son también los más estables en el tiempo (Zanarini et al., 2007). Por otro lado, mientras que el fenotipo *Comportamental* no es central en ninguna de las teorías o terapias clínicas, gana mayor importancia por su unión con la dimensión biogenética llamada *impulsividad/agresión* (Coccaro, Bergman, y McLean, 1993, 1997), determinante en explicar los patrones de co-agregación (White, Gunderson, Zanarini, y Hudson, 2003), y la relación genética del TLP con el trastorno antisocial de la personalidad (Torgersen et al., 2008).

Para ser diagnosticado de TLP, los cambios propuestos requieren que la persona continúe teniendo que cumplir 5 o más criterios, pero tiene que requerir al menos un criterio de cada uno de los componentes.

Los cambios propuestos en los criterios (4 y 5) afectivos (emociones) se derivan de un grupo creciente de investigaciones incluyendo estudios de neurofisiología. Sin embargo, en los criterios del DSM-III y el DSM-IV la inestabilidad afectiva (criterio 4) no había sido especificada o descrita como tal (Gunderson, Zanarini, y Kisiel, 1991; Grilo, Becker, Anez, y McGlashan,

2009). Estos cambios para estos criterios capturan la negatividad del estado de ánimo predominante dando lugar a tipos específicos de inestabilidad. Quizás esta clasificación nos ayude a distinguir el TLP del Trastorno Bipolar, donde la “inestabilidad afectiva” ha comenzado a aparecer como criterio para diagnosticarlo (Zimmerman, Ruggera, Chelminski, y Young, 2010). El uso de la *negatividad* unida al concepto de neuroticismo y el uso de la *emocionalidad* están relacionadas con la conceptualización que se hace del TLP en la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) y con el constructo de *desregulación emocional* (Linehan, 1993a).

La propuesta de cambios en el criterio 8 (p. ej., percepción del sí mismo como mala persona) refleja un aspecto mundialmente reconocido y empíricamente validado de la alteración del sí mismo en los pacientes con TLP y le añade especificidad a este aspecto. Los cambios propuestos para el criterio 9 retoman la observación histórica de que los pacientes con TLP poseen un sentido de la realidad inestable (Frosch, 1970); que se experimenta a través de la desconexión o la disociación, cambiando, por tanto, de un síntoma episódico hacia un constructo más personalógico (Waller y Ross, 1997). Finalmente, el último de los cambios propuestos trata de cambiar las puntuaciones de los criterios desde una dicotomía ausente-presente hacia una clasificación más dimensional basada en una escala de cuatro puntos (nada-leve-moderado-grave). Este cambio tiene ventajas conceptuales y estadísticas con respecto al sistema actual.

Como vemos, nos encontramos en un momento apasionante, ya que se están cuestionando los principios que subyacen al diagnóstico de los trastornos de la personalidad. Parece que las nuevas perspectivas sobre el diagnóstico del TLP se dirigen hacia una perspectiva más dimensional. Queda por ver hasta qué punto la evidencia empírica permite la adecuación de la aproximación dimensional a todos los trastornos de la personalidad. Según autores muy relevantes (ver Gunderson, 2010), el TLP estaría entre los trastornos de personalidad en los que una aproximación totalmente dimensional puede no ser lo adecuado. En cualquier caso, la revisión de los principios y criterios diagnósticos realizada con el apoyo de los datos científicos, seguramente permitirá, en un futuro próximo, una mayor especificidad de la gravedad del TLP, de las características clave del mismo y, por tanto, proporcionará al clínico una herramienta que le facilitará el diseño

de programas de tratamiento más ajustados a la psicopatología del caso y al nivel de gravedad de cada rasgo patológico.

#### 1.4. Comorbilidad y diagnóstico diferencial

El TLP se presenta comúnmente junto con trastornos del eje I y del eje II en terminología del DSM.

Numerosos trastornos del eje I pueden darse conjuntamente con el TLP. Distintos estudios señalan que los pacientes con TLP son dos veces más “propensos” a recibir un diagnóstico de tres o más trastornos del eje I, y casi cuatro veces más a tener un diagnóstico de cuatro o más trastornos de este eje (Zimmerman, 1999). Además, la co-ocurrencia de otros diagnósticos junto con el TLP es más alta que la del TLP en otros diagnósticos. Esto ha dado lugar, en ocasiones, a la idea de que el TLP representa una forma atípica de trastorno de eje I. En este apartado presentamos un resumen de los principales estudios sobre comorbilidad entre el TLP y los trastornos del Eje I.

La comorbilidad del TLP con los **trastornos del estado de ánimo** es amplia y problemática, en parte debido a la sintomatología que se solapa. Aproximadamente, la mitad de los pacientes con TLP cumplen criterios para un trastorno depresivo mayor, distimia o ambos (Gunderson, 2008).

En una revisión de toda una serie de estudios, Widiger y Trull (1993) encontraron que una media del 32% de los pacientes con un TLP sufrían trastorno depresivo mayor, el 17% distimia, el 5% ciclotimia y el 4% trastorno bipolar. En una revisión más reciente (Gunderson, 2008), se estima que la comorbilidad entre TLP y depresión fue de un 50%, 70% para la distimia y 11% para el trastorno bipolar II.

Por otra parte, el TLP se ha relacionado muy frecuentemente con trastornos por **abuso de sustancias psicoactivas**, ya que algo muy característico de los pacientes límite es su afán por experimentar formas variadas de realidad en busca de su propia identidad. Muchos estudios empíricos avalan la alta tasa de comorbilidad entre estos trastornos, mostrando que un 70% de pacientes que entran en un grupo de admisión para el tratamiento de la adicción a opiáceos padecen, a su vez, TLP

(Sánchez Hervas y Gradolí, 2000). En la revisión realizada por Gunderson, (2008) se estimó una comorbilidad del 35% entre personas con TLP y abuso de sustancias y un 25% de comorbilidad entre TLP y abuso únicamente de alcohol.

En esta línea, un estudio interesante (Skodol, Oldhman y Gallaher, 1999) con una muestra de 200 pacientes que solicitaban tratamiento psicológico, comparó pacientes con TLP y sin TLP. Los resultados revelaron que los pacientes con TLP presentaban abuso de alcohol 4.3 veces más y abuso de otras sustancias 8.7 veces más respecto al grupo sin TLP. En esta línea, diversos autores señalan que las sustancias más consumidas por mujeres con trastorno límite son el alcohol y los sedantes, mientras que en los hombres son más frecuentes los estimulantes (Miller, Abrams, Dulit, y Fyer, 1993).

Hay que destacar también, como expondremos en el apartado 2.1. Comorbilidad entre, la gran cantidad de estudios que han encontrado una alta comorbilidad (entre el 57% y el 72%) entre trastornos del eje II y los **trastornos de la conducta alimentaria** (Gartner, Marcus, Halmi y Loranger, 1989), principalmente con la bulimia nerviosa, con alrededor de un 20% de comorbilidad (Herzog et al. 1992). Comentaremos esta comorbilidad con mayor detalle más adelante, ya que la muestra de nuestro estudio empírico la componen pacientes con TLP y trastornos de la conducta alimentaria.

Con relación a los **trastornos de ansiedad**, los trastornos con mayor comorbilidad con el TLP son el trastorno de pánico, la fobia social y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). En un estudio (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich y Silk, 2004) de un seguimiento de seis años de pacientes con TLP, el 60% de los pacientes con TLP seguían cumpliendo criterios para un trastorno de ansiedad. Los porcentajes más elevados fueron un 29% de comorbilidad entre TLP y el trastorno de pánico, y el 35% para el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

La comorbilidad entre el **trastorno de estrés postraumático** y el TLP ha sido ampliamente estudiada. Se estiman tasas de un 30% de co-ocurrencia en personas con TLP que también tienen un diagnóstico de TEPT (Swartz et al. 1990; Zanarini et al. 1998a). Esto se debe a la gran cantidad de pacientes límite en los que se observan antecedentes de traumas, abusos infantiles, episodios de violencia o acontecimientos vitales estresantes que

producen una serie de síntomas propios del TEPT. Aproximadamente el 70% de los pacientes con TLP ha tenido una historia en la infancia de trauma físicos o sexuales. El abuso sexual en la mayoría de los casos es el trauma más característico del TLP. Asimismo, los pacientes adultos con TLP son vulnerables a desarrollar TEPT a causa de sus conductas impulsivas temerarias y su hiperreactividad emocional (Swartz et al. 1990; Zanarini et al. 1998a).

Investigaciones más recientes constatan estos datos (Golier et al., 2003) encontrando que las personas con TLP informan de porcentajes superiores de abuso físico en la infancia y la adolescencia y son dos veces más tendentes a desarrollar un TEPT. Además, se ha comprobado que pacientes con ambos trastornos (TEPT y TLP) presentan un estado de salud más deteriorado y utilizan más frecuentemente los servicios sanitarios y medicación psicotrópica. El deterioro también aparece en las áreas social y ocupacional (Connor, et al., 2002).

El TLP también se solapa ampliamente con otros **trastornos de la personalidad**, siendo pocos los pacientes límite que no tienen el diagnóstico de otro trastorno de la personalidad. La concurrencia es especialmente importante para los trastornos histriónico, dependiente, antisocial y esquizotípico y, en menor medida, para el narcisista, el evitativo, el pasivo-agresivo y el paranoide (Widiger y Trull, 1993).

Para resumir los estudios de comorbilidad presentamos la Tabla 3.

**Tabla 3 - Comorbilidad entre el TLP y otros trastornos**

<b>Trastorno Comórbido</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Trastorno depresivo mayor	32
Distimia	17
Ciclotimia	5
Trastorno bipolar	4
Trastorno de pánico	29
Trastorno de estrés postraumático	30
Trastorno abuso de sustancias	35
Trastornos de la conducta alimentaria	57-72

Dados los numerosos trastornos del eje I y el eje II que pueden darse junto con el TLP es necesario establecer un **diagnóstico diferencial**. A continuación, exponemos las principales diferencias entre estos trastornos.

El TLP suele presentarse asociado a **trastornos del estado de ánimo** y, si se cumplen los criterios para los dos tipos de trastornos, deben diagnosticarse ambos. La dificultad en hacer el diagnóstico se debe a que el TLP presenta variaciones importantes de su estado de ánimo, en especial síntomas depresivos, pero también sintomatología maníaca o hipomaníaca, por ejemplo, la excitabilidad general, la irritabilidad o la pérdida de control de impulsos pueden hacer pensar en un trastorno bipolar.

Puesto que la presentación transversal de un trastorno del estado de ánimo puede ser similar a la de un TLP, el clínico debe evitar efectuar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad basado sólo en la presentación transversal, sin haber documentado que el patrón de comportamiento tiene un inicio temprano y un curso prolongado (DSM-IV-TR, APA, 2000).

Una diferencia importante entre los trastornos del estado de ánimo y del TLP reside en la historia del desarrollo de la perturbación: los trastornos del estado de ánimo suelen tener un inicio más brusco. Otra distinción se

refiere a que en los trastornos del estado de ánimo suele haber estímulos desencadenantes externos, mientras que las perturbaciones del TLP parecen depender de déficits internos, sin mucha concordancia con eventos ambientales. Además, los síntomas de los trastornos del estado de ánimo son más egodistónicos que los del TLP (Caballo et al., 2009).

En este sentido, una serie de estudios ha establecido que las características de la experiencia depresiva de los pacientes límite son únicas y bastantes distintas de los pacientes con depresión u otros tipos de pacientes (Westen et al., 1992; Rogers, Widiger y Krupp, 1995; Kurtz y Morey, 1998). Estos autores han destacado la empatía, la culpa y las actitudes negativas y devaluativas como los principales síntomas de la depresión en el TLP. Los últimos estudios han mostrado que cuando los dos trastornos co-ocurren, la depresión mayor es más resistente a los antidepresivos. Se ha visto que si el TLP mejora, esto suele ir seguido de la remisión de la depresión (Gunderson et al. 2004). Sin embargo, en el 20%-30% de los pacientes con TLP que tienen depresión y responden a la medicación, no se produce una mejora significativa del TLP (Gunderson et al. 2003, 2004).

Acerca del espectro bipolar, sorprendentemente la co-ocurrencia del trastorno bipolar no parece tener mucho efecto en el curso del TLP (Gunderson et al. 2006). El diagnóstico diferencial más complejo dentro de este espectro es entre el TLP y el trastorno bipolar II, debido a que comparten muchas características: impulsividad, inestabilidad afectiva, ira inapropiada, intentos de suicidio recurrentes y relaciones inestables. Sin embargo, una diferencia importante es que la autoimagen de los pacientes límite suele estar infravalorada y la autoimagen de las personas con trastorno bipolar II suele estar sobrevalorada. Por otro lado, los pacientes con TLP son sensibles hacia la hostilidad y las separaciones de los demás, mientras que los que padecen un trastorno bipolar muestran insensibilidad interpersonal.

Por otro lado, para diferenciar el TLP del **TEPT** es importante delimitar si la persona está muy necesitada de atención y protección y expresa sentimientos de enfado cuando ha sufrido abuso o maltrato. En este caso, el efecto del trauma es menos tendente a ser dominante y esto facilita que se haga el diagnóstico de TLP. Según Westen (1990) cuando los pacientes se organizan alrededor de las experiencias de abuso (p. ej., cuando tienen un trastorno de estrés postraumático complicado), tienden a responder con



acusaciones paranoides de malevolencia dentro del contexto de una relación. Sin embargo, el paciente límite suele utilizar un discurso acusador cuando se siente amenazado por la pérdida del otro. El punto de contacto entre estos dos trastornos es complejo, ya que las experiencias de abuso predisponen al niño a una variedad de síntomas psiquiátricos en la edad adulta, incluidos el TLP.

Para diferenciar el diagnóstico del TLP con los **trastornos de la conducta alimentaria**, se ha señalado que, en el caso de la diferencia con la anorexia, los pacientes con TLP no muestran distorsiones de la imagen corporal o ilusiones de perfeccionismo, y si las presentan, son secundarias. En el caso de la diferencia con la bulimia, las purgas, la impulsividad y la volatilidad de su autoimagen son condiciones para diagnosticar el TLP, ya que en la bulimia el paciente oscila entre la restricción y el atracón.

En general, la diferencia entre los pacientes con TCA y TLP y los pacientes que únicamente presentan un TCA, suele encontrarse en la historia de desarrollo del trastorno. Los pacientes con TLP suelen mostrar impulsividad y disfunciones relacionadas con situaciones familiares inestables. Muchos de los pacientes con TCA (sin TLP) tienen historias en que los problemas familiares no son reconocidos. Estos pacientes han desarrollado historias que típicamente reflejan asuntos narcisistas de oposición-dependencia y expectativas elevadas de logro y reflejan más sensibilidad a la inferioridad y menos preocupación por el rechazo o el abandono de los demás que los pacientes con TLP.

Con relación al diagnóstico diferencial entre el TLP y el **trastorno por abuso de sustancias**, si el abuso de sustancias es primario, las conductas y relaciones con los demás se producen por la búsqueda de la droga o se da una desinhibición relacionada con el consumo de drogas. Sin embargo, el uso de la droga en el TLP puede ser una conducta del deseo de la persona de aliviar su malestar (p. ej., automedicarse). En este caso, el abuso de sustancias suele ser episódico e impulsivo en la mayoría de los casos y, normalmente, se consume cualquier droga que esté disponible. Sin embargo, incluso si las personas con una fuerte adicción tienen TLP, el tratamiento de abuso de sustancias es primario.

Por otro lado, establecer el diagnóstico diferencial con los **otros trastornos del eje II** no es tarea fácil, ya que hay algunos síntomas y características que se solapan entre los trastornos de la personalidad. Sin embargo, existen algunas características diferenciadoras que señala el DSM-IV-TR (APA, 2000).

Así, aunque el **trastorno histriónico de la personalidad** se caracteriza por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulador y las emociones que cambian con rapidez, el TLP se diferencia por las conductas autodestructivas, las rupturas airadas de las relaciones interpersonales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y soledad.

Respecto al **trastorno esquizotípico de la personalidad**, las ideas paranoides pueden darse tanto en el TLP como en este trastorno, pero en el TLP son más pasajeras y aparecen en respuesta a situaciones estresantes.

En el caso del **trastorno antisocial de la personalidad**, ambos trastornos tienen en común el comportamiento manipulador, pero las razones del TLP consisten en lograr el interés de quienes se ocupan de él mientras que en el trastorno antisocial de la personalidad es más para obtener un beneficio material. Hatzitaskos et al. (1997) encontraron que las personas con TLP expresaban hostilidad hacia sí mismas y las personas con trastorno antisocial de la personalidad mostraban más hostilidad hacia los demás. El dilema a la hora de diagnosticar ocurre cuando una mujer, con prototipo de personalidad límite, tiene un patrón de hostilidad o episodios de violencia calculados. Otro dilema ocurre también cuando un hombre tiene un patrón claro de violencia o irresponsabilidad interpersonal pero tiene intentos de suicidio recurrentes e impulsos autolesivos. Otra diferencia consiste en que las personas con TLP suelen ser buscadores de ayuda, interpersonalmente necesitados y oscilan entre la devaluación y la idealización de los demás. Sin embargo, las personas con trastorno antisocial de la personalidad suelen ser interpersonalmente explotadoras, inexpresivas e incluso despiadadas.

Por otro lado, tanto el **trastorno de la personalidad por dependencia**, como el TLP, temen de forma notable el abandono. Sin embargo, este último reacciona con sentimientos de vacío emocional, rabia y exigencias, mientras que el trastorno de la personalidad por dependencia reacciona con un aumento de sumisión hacia los demás y una búsqueda urgente de una nueva relación que reemplace la anterior (APA, 2000).

El diagnóstico diferencial entre el **trastorno narcisista de la personalidad** y el TLP (Ronningstam y Gunderson, 1991) se centra principalmente en que las personas con TLP tienen experiencias de rechazo (como abandono) que provocan el miedo a la soledad. Para ellos, la crítica puede ser intolerable porque es entendida como una acusación a su mundo personal. Sin embargo, las personas con trastorno narcisista de la personalidad experimentan el rechazo o la crítica como una humillación vergonzosa que provoca sentimientos de derrota o inferioridad. Además, la respuesta autodestructiva del TLP tiende a ser impulsiva, consistente con otras conductas impulsivas; o si es calculada tiene como objetivo llamar la atención de los demás. Sin embargo, la respuesta autodestructiva del trastorno narcisista de la personalidad es menos tendente a tener intenciones de hacerse daño o a acabar con su vida.

En ambos trastornos, las personas se sienten con derecho a tener privilegios especiales, atención y cuidado por parte de los demás. Las personas con trastorno narcisista de la personalidad creen que merecen eso porque son únicos y excepcionales y se niegan a reconocer o a admitir sus necesidades, porque para ellos es humillante. Sin embargo, las personas con TLP piensan que lo merecen porque han sufrido o porque lo necesitan más que los demás.

Por último, el TLP debe diferenciarse también de un **cambio de personalidad debido a enfermedad médica**, en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central. Además, debe distinguirse de los síntomas que pueden aparecer en asociación con el consumo crónico de sustancias (p. ej., el trastorno relacionado con el consumo de la cocaína no especificado). El TLP también se diferencia de los problemas de identidad, que está reservado para las preocupaciones sobre la identidad relacionadas con una fase del desarrollo (p. ej., la adolescencia) y no se considera un trastorno mental (APA, 2000).

En resumen, respecto a la comorbilidad con los trastornos de eje I, el TLP se presenta de mayor a menor medida junto con el trastorno depresivo mayor, el trastorno por abuso de sustancias, el estrés postraumático y los trastornos de la conducta alimentaria. La co-ocurrencia con el eje II se da principalmente entre el TLP y los trastornos histriónico, dependiente, antisocial y esquizotípico de la personalidad. Por otro lado, a la hora de hacer

un diagnóstico diferencial entre el TLP y otros trastornos, las principales dificultades se dan con los trastornos del estado de ánimo, el estrés postraumático, el abuso o dependencia de sustancias, el trastorno de la personalidad por dependencia, el trastorno histriónico de la personalidad y el trastorno antisocial de la personalidad.

### **1.5. Epidemiología y curso**

El TLP afecta a alrededor de un 2% de la población general. El estudio epidemiológico *National Comorbidity Survey Replication* llevado a cabo en los Estados Unidos arroja una prevalencia de 1.4% (Lenzenwenger, Lane, Loranger y Kessler, 2007).

El TLP constituye aproximadamente del 10% entre los sujetos atendidos en los centros ambulatorios de salud mental y en torno al 20% entre los pacientes psiquiátricos ingresados (APA, 2000, Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001; Selva, Bellver y Carabal, 2005). En las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad, el TLP se sitúa entre el 30 y 60% (APA, 2000).

En atención primaria, la prevalencia del trastorno oscila entre el 4 y 6% de las personas atendidas (Moran et al., 2000; Gross et al., 2002). Comparado con las personas sin trastorno de la personalidad, los que padecen TLP son más tendentes a visitar las consultas de atención primaria e informan de más disfunciones psicosociales. A pesar de ello, el TLP no parece ser muy identificado por los profesionales de atención primaria (Moran et al., 2001).

Los comportamientos autolesivos se observan entre el 60 y 80% de los pacientes con TLP (Mendieta, 1997). Además, son la causa más frecuente de hospitalización en esta categoría clínica (Biagini, Torruco y Carrasco, 2005). Como resultado de la alta frecuencia de autolesiones, se produce un aumento del riesgo de suicidio (Cheng, Man y Chan, 1997). Entre el 60% y 70% intentan suicidarse alguna vez en su vida (Oldham, 2006). Aproximadamente, del 8 al 10% de los sujetos con un TLP consuman el suicidio (Nehls, 1999; Paris y Zweig-Frank, 2001; Soloff, Lynch y Kelly, 2002; Oldman, 2006), especialmente los menores de 30 años (Zanarini et al., 1998; Soloff, Lynch y Kelly, 2002). En esta línea, existe una alta asociación entre

TLP y depresión (Skodol et al., 1999), y la combinación entre las dos condiciones incrementa el número de intentos de suicidio serios (Soloff, Lynch, Kelly, Malone y Mann, 2000).

Los estudios con población clínica han mostrado que las personas con TLP presentan problemas importantes en el funcionamiento laboral, escolar y social (Skodol et al., 2005).

El TLP es particularmente común entre personas que presentan dependencia a las drogas y/o el alcohol. Este trastorno también es bastante común en personas con trastorno de la conducta alimentaria (Zanarini et al., 1998), y entre personas que presentan conductas autolesivas crónicas (Linehan et al., 1991).

Teniendo en cuenta la variable género, el TLP se diagnostica mucho más frecuentemente en mujeres (aproximadamente el 75% de los casos) que en hombres (APA, 2000). La edad de aparición mas frecuente comprende la transición de la adolescencia a la edad adulta. En concreto, un estudio europeo en adolescentes (Chabrol, Montovany, Chouicha, Callahan y Mollet, 2001) ofrecía tasas de frecuencia de TLP en edades comprendidas entre 14 y 20 años. En lo que se refiere al estado civil, la mayoría de los estudios encuentran el trastorno más frecuente en solteros que en personas que han estado en algún momento casadas (p. ej., Paris y Zweig-Frank, 2001; Samuels et al. 2002; Zlotnick, Rothschild y Zimmerman, 2002). Por otra parte, el patrón familiar que se observa en el TLP es cinco veces más frecuente en familiares de primer rango de quienes tienen el trastorno que en la población general (APA, 2000).

Silverman et al. (1991) encontraron una fuerte asociación familiar de los rasgos impulsivos y de inestabilidad emocional. La hipótesis de que una historia de psicopatología familiar se asocia con el desarrollo del TLP se apoya en el hallazgo de altas tasas de psicopatología en las familias de los adolescentes con este trastorno. En esta línea, se llevó a cabo un estudio sobre la psicopatología familiar de 44 adolescentes tratados ambulatoriamente que cumplían criterios de TLP, comparándolos con un grupo control de adolescentes atendidos en la misma clínica con diagnósticos diferentes al de TLP (Goldman, D`Angelo y De Maso, 1993). En el grupo de TLP, el 77% de los niños tenían al menos un familiar con historia de psicopatología, que en un 71% se trataba de uno de los padres, y en el 32% de ambos. En el grupo control, el 30% tenía un padre con algún tipo de

trastorno, y en el 6% se trataba de ambos padres. La patología estaba presente en un 50% de trastornos relacionados con sustancias, un 36% de depresión y un 23% de trastorno de personalidad antisocial, repartiéndose entre un 2 y un 9% el resto de las patologías.

Se han señalado como factores de riesgo para desarrollar un TLP los traumas infantiles, el abandono emocional, la disfunción familiar y la separación o pérdida parental (Paris, 1996). Esta alta agregación de psicopatología familiar orientaría hacia la interacción entre una predisposición biológica mediada ambientalmente como etiología del trastorno. Las cuestiones sobre heredabilidad y factores de riesgo, las expondremos más extensamente en el apartado 1.6. Etiología.

Por otro lado, con relación al **curso** del TLP, existe una variabilidad considerable de los síntomas con el paso del tiempo. A continuación, presentamos un resumen sobre la literatura más relevante sobre el curso del TLP.

Según el DSM-IV-TR, el patrón habitual en el curso del TLP es una inestabilidad crónica en el principio de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de recursos de salud mental y general. El deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y va disminuyendo gradualmente con la edad. Aunque la tendencia a las emociones intensas, la impulsividad y a la intensidad en las relaciones acostumbran a persistir toda la vida, los individuos jóvenes muestran una mayor intensidad de estos síntomas. Durante la cuarta y quinta décadas de la vida, la mayoría de los sujetos con este trastorno logran una mayor estabilidad en sus relaciones y su actividad profesional. Los estudios de seguimiento realizados en enfermos ambulatorios de centros psiquiátricos indican que, tras aproximadamente 10 años, hasta la mitad de los individuos ya no presentan un patrón de conducta que cumpla todos los criterios necesarios para diagnosticar un TLP (DSM-IV-TR, APA, 2000).

Además, existen otros estudios empíricos sobre el curso del TLP. Reich, Nduaguba y Yates (1988) ya encontraron en la década de los 80 que la trayectoria de los trastornos de la personalidad del grupo B seguía una curva en forma de J inversa, en la cual la mitad del número de rasgos declinaban cuando las personas cumplían entre los 40 y los 50 años, pero

después estos rasgos incrementaban otra vez ligeramente a los 60 años. Otros autores más recientes han sugerido un cambio en el patrón de los síntomas del TLP con la edad. En particular, parece que la impulsividad se reduce con el paso del tiempo, aunque también puede ser que lo que modifiquen sea la forma de expresar la impulsividad.

Paris y Zweig-Frank (2001) llevaron a cabo un estudio de seguimiento durante 27 años. Analizaron una muestra de pacientes con TLP que habían sido evaluados en el año 1980. La media de edad de la muestra fue de 51 años. En contraste con el estudio anterior, encontraron que no existían cambios significativos en impulsividad, pero sí había un decremento importante en las dificultades en las relaciones interpersonales. El hallazgo más llamativo de este estudio fue que solo el 8% de los pacientes continuó cumpliendo criterios para el TLP usando el DIB-R. Los autores interpretaron estos hallazgos sugiriendo que los pacientes con TLP pueden mejorar después de la mediana edad. Otros autores lo han interpretado como que los criterios diagnósticos pueden ser simplemente poco sensibles para diagnosticar el TLP en edades avanzadas.

Por otro lado, Stevenson, Meares y Comerford (2003) encontraron que la gravedad declina significativamente en la categoría de impulsividad con la edad en el DIB-R (*Diagnostic Interview for Borderline Patients-Revised*; Zanarini, Gunderson, Frankenburg y Chauncey, 1989); sin embargo, esa gravedad no declina en los síntomas relacionados con la afectividad o las relaciones interpersonales disfuncionales. Estos autores encontraron también una tendencia hacia la reducción en la alteración cognitiva, pero no fue estadísticamente significativa porque no se utilizaron criterios estrictos para diferenciarla. Otros estudios corroboran que el malestar emocional (ansiedad y depresión) se mantienen estables con la edad (Stepp y Pilkonis, 2008).

En resumen, todavía no tenemos claro el curso del TLP desde el punto de vista empírico. No obstante, en lo que parecen coincidir los principales trabajos es en la existencia de una reducción de la sintomatología relacionada con la impulsividad con el paso del tiempo, o bien en la forma de expresar los rasgos impulsivos.

## **1.6. Etiología**

Con relación a la etiología del trastorno, existen diferentes perspectivas que aportan evidencias sobre el origen del TLP, sin embargo, hasta el momento no existe ninguna variable totalmente determinante en el desarrollo de este trastorno. En los últimos años la investigación sobre la etiología del TLP se ha desarrollado enormemente. A continuación, describiremos de forma resumida los datos de los que disponemos sobre la etiología del TLP desde una perspectiva multidimensional, haciendo referencia a factores neurobiológicos y psicosociales.

### **1.6.1. Factores neurobiológicos**

Con respecto a las investigaciones que tratan de indagar en las causas biológicas del desarrollo del TLP, presentamos algunos datos sobre los estudios genéticos y de heredabilidad, neurofisiológicos y neuroquímicos y el papel atribuido a los principales neurotransmisores.

En esta línea de investigación se ha intentado conocer los mecanismos neurobiológicos que lo hacen diferente a otros trastornos con características similares. Existe un consenso sobre la idea de que la etiología del TLP es multifactorial, en la que tienen influencia factores biológicos y psicosociales (Skodol et al., 2002; Crowell et al., 2009). Además su naturaleza es heterogénea respecto a la influencia genotípica, como se ha constatado en el caso de la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo. Por tanto, la posibilidad de encontrar endofenotipos que reflejen substratos genéticos para este trastorno ofrece un campo muy prometedor de cara a la identificación genética de subgrupos homogéneos de personas que padecen un TLP.

A continuación, vamos a realizar una revisión de los estudios sobre la biología del TLP. Para ello, comentaremos los trabajos de investigación sobre los fenotipos implicados así como los que han estudiado los factores de heredabilidad.



### **Aproximación Fenotípica**

Aunque la predisposición genética se está investigando, existen dimensiones de personalidad implicadas en este trastorno, cada una con múltiples genes. Estas dimensiones se llaman *fenotipos* y las que caracterizan al TLP son la *desregulación emocional*, la *impulsividad* y la *hipersensibilidad interpersonal* (Siever y Davis, 1991, Gurvits, Koenigsberg, y Siever, 2000, Silk, 2000; Crowell et al., 2009). Desde esta aproximación endofenotípica, el TLP se ha conceptualizado como un trastorno de personalidad que se produce por una interacción de rasgos genéticos (Siever y Davis, 1991; Lyvesley et al., 1992). El desarrollo de indicadores endofenotípicos ayuda a discriminar no sólo una población clínica, por ejemplo el TLP, de un grupo de comparación, sino también ofrece datos sobre el índice de heredabilidad del endofenotipo.

Se ha llegado a un consenso general de que estos dos aspectos, la *impulsividad* y la *desregulación emocional* son áreas principales que caracterizan el TLP (p. ej., Siever y Davis, 1991, Gurvits, Koenigsberg, y Siever, 2000, Silk, 2000, Crowell et al., 2009). Sin embargo, en una revisión reciente (Gunderson y Lyons-Ruth, 2008) se fundamenta la posibilidad de que la *hipersensibilidad interpersonal* pudiera constituir otro fenotipo del TLP. Estos autores postulan que, debido al valor tan importante que otorgan de forma general las personas con TLP a la necesidad de relacionarse con los demás, éste podría ser el componente más altamente reactivo del estilo interpersonal del TLP, y podría constituir el componente más distintivo y patogénico.

A pesar de que es necesaria más investigación en este campo, parece lógico que las alteraciones en estas tres dimensiones puedan estar directamente implicadas en el desarrollo de síntomas característicos del TLP como son la impulsividad, la agresividad y la desregulación emocional (Brendel, Stern y Silbersweig, 2005; Tajima et al., 2009).

A continuación, vamos a describir con mayor detalle las consideraciones neurobiológicas que apoyan la existencia de estos tres fenotipos.

La ***impulsividad*** ha sido tradicionalmente considerada la dimensión o el rasgo fundamental en el TLP por un gran número de investigadores (Siever y Davis, 1991; Zanarini, 1993; Links, Heslegrave y van Reekum 1999). Como se ha establecido una base parcialmente hereditaria para este rasgo, el factor de

*impulsividad/agresión* podría representar un endofenotipo hereditario que contribuye significativamente al desarrollo del TLP. Las principales áreas de estudio en la búsqueda de correlatos neurobiológicos de la *impulsividad*, se basan en una reducción de la actividad serotoninérgica.

La impulsividad/agresión es una característica central de un gran número de trastornos de la personalidad del grupo B (DSM-IV-TR), particularmente el TLP y el trastorno antisocial de la personalidad. La impulsividad/agresión es hereditaria, como ha sido demostrado en estudios de gemelos y de adopción (Coccaro, Bergman, y McLean, 1993), puede medirse con experimentos de laboratorio (Cherek, Lane y Moeller 1997a; Cherek, Moeller Dougherty y Rhoades, 1997b; LeMarquand, Benkelfat, Pihl, Palmour y Young 1999), y ha sido consistentemente correlacionada con índices biológicos, particularmente los asociados con la actividad serotoninérgica (Coccaro et al., 1989; Siever y Trestman, 1993).

Esta aproximación basada en endofenotipos se ha combinado últimamente con estrategias de genes candidatos y/o con medidas de neurotransmisores cerebrales, con circuitos evaluados a través de la imagen cerebral, o mediante estudios farmacológicos. Por ejemplo, los estudios bioquímicos, neuroendocrinos y de imagen cerebral han observado una reducción de la actividad serotoninérgica asociada al comportamiento impulsivo/agresivo (Coccaro et al., 1989; Siever y Trestman, 1993; ver revisión Gurvits et al., 2000).

Los estudios estructurales y de neuroimagen han revelado una red de regiones cerebrales disfuncionales que median importantes aspectos de la sintomatología del TLP. Esta red frontolímbica disfuncional consiste en el córtex cingular anterior (ACC), el córtex orbitofrontal, el córtex prefrontal dorsolateral, el hipocampo y la amígdala. Estos trabajos han evaluado con Tomografía por Emisión de Positrones (PET) a personas con trastornos de la personalidad impulsivos y agresivos descubriendo regiones del cerebro con una respuesta serotoninérgica reducida hacia áreas corticales inhibitorias que pueden disminuir la liberación límbica asociada a la agresión. Las áreas implicadas donde se observa tal reducción son el córtex orbitofrontal, el córtex ventromedial, y el córtex cingulado, que está implicado en la evaluación de estímulos afectivos (Siever et al. 1999; New et al., 2002).

Utilizando esta misma técnica, estudios más recientes también encontraron una línea base de metabolismo alterado en las regiones prefrontales incluyendo el ACC (De la Fuente et al., 1997; Juengling et al, 2003). Tales áreas cerebrales

están implicadas en la neurotransmisión serotoninérgica disfuncional (Soloff et al., 2000), que ha sido asociada a la agresión desinhibida impulsiva en pacientes con TLP. Además, se ha encontrado una reducción de los volúmenes del lóbulo frontal y orbitofrontal (Lyo, Han y Cho, 1998; Tebartz et al., 2003) y del N-acetil-aspartato, un marcador de integridad neuronal (van Elst et al., 2002). En la misma línea, en investigaciones más recientes se ha encontrado una disfunción serotoninérgica en el córtex prefrontal así como en el córtex cingulado anterior en pacientes con TLP (Schmahl y Bremner, 2006). La baja capacidad de síntesis en la vía corticoestriatal podría contribuir al desarrollo de conductas impulsivas en pacientes con TLP (Leyton et al., 2001). Por este motivo, los genes serotoninérgicos son considerados como candidatos a factores determinantes del desarrollo del TLP.

En estudios que evalúan metabolitos, se ha observado también una reducción de la actividad serotoninérgica metabólica prefrontal, particularmente en el córtex prefrontal orbital y medial con relación a la agresión impulsiva en pacientes con TLP y trastorno antisocial de la personalidad (Brown et al., 1982; Raine et al., 1994; 1997). Los trabajos que defienden la actividad serotoninérgica reducida en pacientes con TLP asociado con la agresión impulsiva han dado lugar a los estudios de genes candidatos. Los ejemplos de estos genes son el gen del triptofano hidroxilasa (TPH), el transportador de la serotonina, el receptor 5-HT<sub>1a</sub>, y el 5-HT<sub>2a</sub>, entre otros. El TPH, el “L” alelo y transportador “S” se han asociado con la impulsividad y el neuroticismo (Lesch et al., 1996; New et al., 1998), y el gen receptor 5HT<sub>1b</sub> con los intentos de suicidio (New et al., 2001).

Por otro lado, los escasos estudios de genética molecular en el TLP han encontrado que este trastorno no se asocia significativamente con el 5-HT<sub>2A</sub> (Ni et al., 2006a), sino con el 5-HTT (Ni et al., 2006b) y el MAOA (Ni et al., 2007). Sin embargo, en un estudio reciente del mismo autor sí se encontró una relación significativa entre el TLP y 5-HT<sub>2C</sub> (Ni, Chan, Chan, McMMain, y Kennedy, 2009). Estos estudios indican que los genes serotoninérgicos y sus interacciones juegan un papel fundamental en el desarrollo del TLP.

En esta perspectiva, los correlatos biológicos sobre la reducción de la actividad de la serotonina en la impulsividad/agresión convergen con los resultados sobre la respuesta al tratamiento farmacológico, sugiriendo que la agresión impulsiva mejora administrando inhibidores selectivos de la recaptación de

serotonina (ISRS), independientemente de padecer depresión (Cornelius et al., 1990; Coccaro et al., 1997). Sin embargo, se requiere un tratamiento de larga duración (New et al., 1999) o altas dosis del fármaco (Coccaro et al., 1997) para que el tratamiento sea exitoso, lo que es consistente con los resultados de que altas dosis de ISRS son eficaces en pacientes con TLP (Markovitz, Calabrese, Schulz y Meltzer, 1991). Estos hallazgos iniciales sugieren que la asociación entre la reducción de la serotonina y la agresión impulsiva puede contribuir en parte a las diferencias genéticas individuales, y revela la necesidad de evaluar la impulsividad/agresión, los intentos de suicidio, los rasgos de neuroticismo y la búsqueda de novedad (TPQ) (Cloninger et al., 1991) en pacientes con TLP.

Por otro lado, los pacientes con TLP podrían tener un desequilibrio neuroquímico o una hiperactivación de la amígdala (Zanarini et al., 1998a), que no se presenta en pacientes con lesiones en el córtex orbitofrontal y que podría exacerbar las disfunciones emocionales y de personalidad del TLP. El córtex orbitofrontal, que tiene conexiones recíprocas con la amígdala, juega un papel importante en regular las respuestas emocionales y conductuales (Rolls, Hornak, Wade y McGrath, 1994; Hornak et al., 2003; Hornak et al., 2003, 2004). Una disfunción en el circuito límbico-orbitofrontal podría asociarse al TLP, por lo menos en un subgrupo de pacientes (Van Reekum, Conway, Gansler, White, y bachean, 1993). El TLP puede estar relacionado con altos niveles de descarga límbica, bajos niveles de funcionamiento del córtex orbitofrontal, y/o una circuitería frontolímbica hipoactiva.

Estos resultados sugieren que el córtex orbitofrontal está asociado con la impulsividad. Además, estos hallazgos se relacionan con la hipótesis de que la amígdala y el córtex orbitofrontal forman parte de un sistema neuronal integrado que se encarga de guiar la toma de decisiones y la selección de respuestas adaptativas basadas en asociaciones de estímulo-reforzamiento (Baxter et al., 2000; Herpertz et al., 2001; Davidson, 2002; Tebartz van Elst et al., 2003; Rolls, 2005). Quizás estos déficits están asociados a un volumen más pequeño del córtex orbitofrontal o a bajos niveles de actividad del mismo. Si los pacientes con TLP son hipersensibles a los refuerzos, el *feedback* positivo podría ser un buen instrumento para la rehabilitación.

En resumen, aunque es necesario descubrir los antecedentes genéticos y ambientales específicos y realizar una mejor caracterización de la mayoría de las

definiciones clínicas de la dimensión de agresión impulsiva, una conducta caracterizada por la búsqueda de estimulación, la reactividad y la excesiva agresión parecen tener un correlato neurobiológico.

Otra dimensión importante para entender el TLP y los trastornos de la personalidad relacionados es la ***inestabilidad emocional***, que consiste, en una reactividad emocional excesiva hacia eventos ambientales, particularmente acontecimientos como separaciones, frustraciones o pérdidas.

Menos se sabe sobre la neurobiología de este fenotipo. Aunque los primeros estudios se centraron en la desregulación colinérgica como responsable de esta disfunción (p. ej., Siever, Koenigsberg y Reynolds, 2003), en los últimos años han aparecido trabajos para explorar la neurofisiología de la desregulación emocional, centrándose principalmente en el córtex prefrontal, el hipocampo y la amígdala (Rosenthal et al., 2008).

En un estudio realizado por Koenigsberg et al., (2002) se observó que la *inestabilidad afectiva*, característica del TLP, no implicaba todas las emociones, y tampoco se explicaba simplemente por un incremento en la intensidad subjetiva o en la experiencia afectiva. Cuando estos autores controlaron factores como la presencia de otros trastornos asociados, la edad, el sexo y el diagnóstico del espectro afectivo de ciclotimia, trastorno bipolar II y haber padecido anteriormente depresión mayor, el TLP se asoció a mayor labilidad en términos de ira, ansiedad, y oscilación entre depresión y ansiedad. No existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres con TLP en las puntuaciones de la Escala de Labilidad Afectiva (*Affective Lability Scale*; Harvey, Greenberg y Serper, 1989). Además, estos autores no encontraron una asociación significativa entre el TLP con mayor labilidad y la depresión, tan sólo encontraron mayor labilidad en términos de oscilación entre depresión y ansiedad. Incluso el grupo con trastorno bipolar II se asoció con mayor labilidad en términos de depresión, euforia, y oscilaciones depresión/euforia que el TLP. Entre las tres subescalas de este instrumento asociadas al TLP, un análisis discriminante mostró que la ira por sí sola fue suficiente para predecir el diagnóstico de TLP en comparación con otro trastorno de la personalidad con un 72% de precisión. Contrariamente a lo que se esperaba, la intensidad afectiva medida por esta escala no se relacionó con el TLP. Además, la mayor labilidad en términos de ira, ansiedad, y oscilación entre depresión y ansiedad en los pacientes con TLP (en comparación con los que padecían otro

trastorno de la personalidad) no fue explicada simplemente por una intensa experiencia emocional subjetiva en el grupo con TLP.

Desde la perspectiva bioquímica, en un estudio realizado por Steinberg y colaboradores (1997), los pacientes con TLP respondieron al inhibidor de la colinesterasa, la fisostigmina, con un incremento en la respuesta depresiva en el BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*; Overall y Gorham, 1962) al compararlos con sujetos controles. En contraste, los pacientes sin TLP no mostraron diferencias en respuesta al inhibidor en comparación con el grupo control. El grado de la respuesta depresiva a la fisostigmina correlacionó con los rasgos límite relacionados con la inestabilidad afectiva. En otros estudios se había encontrado que la procaína había inducido síntomas disfóricos y disociativos en pacientes con TLP (Kellner et al., 1987) y esta respuesta podría, en parte, estar mediada por los sistemas colinérgicos en regiones paralímbicas. Estas regiones son críticas en la evaluación de estímulos entrantes y en la generación de respuestas, y se activan a través de estímulos con carga emocional. Por tanto, un hallazgo interesante es que la procaína induce directamente respuestas emocionales en regiones límbicas en pacientes con un trastorno del estado de ánimo comparado con los sujetos controles (Ketter et al., 1996). Sin embargo, este paradigma no se ha utilizado todavía en pacientes con TLP para ver si la mayor activación paralímbica ocurre en respuesta a estímulos emocionales más que en sujetos controles. Además, los síntomas disociativos no siempre se dan en esta población.

Por otro lado, el sistema noradrenérgico puede jugar un papel crítico en la modulación de la reactividad hacia el ambiente y también podría contribuir a la *inestabilidad afectiva* observada en pacientes con TLP. Algunos estudios (p. ej., Zuckerman et al., 1983; Coccaro et al., 1991) sugieren alteraciones en la actividad noradrenérgica asociadas con dimensiones como búsqueda de sensaciones o búsqueda de riesgo en poblaciones de jugadores y delincuentes criminales y en personas con un incremento en el factor de irritabilidad del BDHI (*Buss-Durkee Hostility Inventory*; Bus y Durkee, 1957). Como la actividad noradrenérgica no parece mediar directamente con la liberación de agresión desinhibida relacionada con el sistema serotoninérgico, quizás la combinación del incremento de la respuesta adrenérgica con una reducida actividad serotoninérgica podría dar lugar a un aumento de la irritabilidad y la reactividad agresiva.

Respecto a los estudios de neuroimagen, los experimentos con PET han demostrado que los pacientes con TLP tienen relativamente bajo metabolismo en el córtex frontal dorsolateral, el córtex cingulado anterior, los ganglios basales, el tálamo, el córtex ventromedial temporal derecho, córtex parietal medial izquierdo y córtex posterior cingulado, hipocampo y cuneus izquierdo (Lange, Kracht, Herholz, Sachsse y Irle, 2005). Otros estudios han mostrado hipermetabolismo en el giro cingulado anterior, el giro frontal superior, el giro inferior frontal derecho y la parte opercular del giro precentral derecho (Juengling et al., 2003).

Los estudios con esta metodología han mostrado además hiperactivación del córtex prefrontal dorsolateral a nivel bilateral y cuneus derecho y disminución de la activación del córtex prefrontal medial en pacientes con TLP que habían presentado algún suceso relacionado con abandono (De la Fuente et al., 1997). Estos datos sugieren que, en pacientes con TLP, las áreas del cerebro que se utilizan para regular y controlar las emociones son hipometabólicas y que la activación de las áreas límbicas (cuando tal activación ocurre) es excesiva. Esto podría reflejar un predominio de la mente emocional en detrimento de la mente racional (en terminología de Linehan, 1993a), dando lugar a la *inestabilidad emocional* característica del TLP.

Los estudios con MRI (resonancia magnética) han ofrecido evidencia en personas con TLP de un volumen reducido en el lóbulo frontal, el hipocampo bilateral, la amígdala bilateral (en este caso éste volumen reducido no siempre ha sido replicado en estudios con MRI), el córtex orbitofrontal izquierdo, el córtex cingulado anterior derecho, y el córtex parietal derecho y un incremento del volumen del putámen (Tebartz et al., 2003). En otro estudio se observó que en el giro cingulado de las personas con TLP, las áreas de Brodman 24 y 31 mostraron una reducción del volumen de la sustancia gris y un incremento de la sustancia blanca. Los pacientes con TLP sin comorbilidad con TEPT (trastorno de estrés postraumático) mostraron sustancia gris reducida en el área 24 pero no en la 31 y los que tenían TLP y TEPT tenían la sustancia gris reducida en ambas áreas (Hazlett et al., 2005). Estos datos muestran anomalías en estructuras límbicas, particularmente las que tienen que ver con el afecto negativo y sugieren que los cambios anatómicos están asociados con cambios fisiológicos.

Las personas con TLP podrían reflejar desviaciones en la estructura cerebral así como desequilibrios bioquímicos. La evaluación con resonancia magnética de un estudio (van Elst et al., 2001) reveló un decremento significativo (19%) en la concentración absoluta de N-acetilaspártato (NAA) en pacientes con TLP (con relación a los controles), en el córtex prefrontal dorsolateral. Esto podría

indicar desde una disfunción en el metabolismo neuronal, a una densidad neuronal reducida, o una disfunción en la microestructura neuronal secundaria, hasta una patología del neurodesarrollo. Sin embargo, es necesaria más investigación para clarificar la patofisiología del metabolismo NAA. De todas formas, existe consenso en que la disminución del NAA indica disfunción neuronal.

Los trabajos con estímulos estresantes y emocionales, se ha hallado una desactivación o un déficit en la activación del ACC en pacientes con TLP (Schmahl et al., 2003; Schmahl, Vermetten, Elzinga y Bremner, 2004). Desde que el ACC se ha visto como una región que media el control afectivo, la disfunción en esta área podría relacionarse con la desregulación afectiva, característica del TLP.

Los estudios con animales han establecido que la amígdala tiene un papel fundamental en la regulación emocional (Fanselow y Gale, 2003). En un estudio con un paradigma de estimulación emocional combinado con resonancia magnética funcional (fMRI), se observaron diferencias en la activación de la amígdala en pacientes con TLP en comparación con los grupos controles (Herpertz et al., 2001). Donegan y colaboradores (2003) informaron de un incremento en la activación de la amígdala en respuesta a la expresión facial de emociones negativas con fMRI.

Por otro lado, hay que destacar dos estudios recientes realizados por Koenigsberg et al. (2009, 2010) utilizando fMRI. El primer estudio consistió en investigar los correlatos neuronales del procesamiento emocional en el TLP, y el segundo estudio trató de averiguar los correlatos neurales del uso del distanciamiento psicológico para regular las respuestas ante conductas sociales negativas.

En el primer estudio, los pacientes con TLP mostraron grandes diferencias en el giro temporal superior, córtex premotor y córtex prefrontal ventrolateral. Estos hallazgos sugieren que los pacientes con TLP (en comparación con los sujetos sanos) muestran una mayor actividad de la amígdala y mayor actividad de las regiones de procesamiento visual en el procesamiento de imágenes sociales negativas comparadas con el resto de imágenes. Los pacientes con TLP activan redes neuronales en el procesamiento emocional que son filogenéticamente más antiguas que las redes activadas por los sujetos sanos.

En el segundo estudio, Koenigsberg y sus colaboradores (2010) demostraron que los sujetos con TLP y los sujetos sanos muestran dinámicas



neuronales diferentes mientras observan pasivamente un estímulo social emocional. Además, los pacientes con TLP no utilizan las regiones de control cognitivo con tanta frecuencia como los sujetos sanos cuando emplean la estrategia de desconexión o disociación para regular las respuestas emocionales, lo cual puede ser un factor que contribuye a la *inestabilidad afectiva* del TLP.

En resumen, los estudios de neuroimagen parecen indicar que la debilidad del control prefrontal inhibitorio podría contribuir a la hiperactividad de la amígdala. Las disfunciones límbicas y prefrontales simultáneamente sugieren dos patologías como un correlato neuropatológico de un síndrome del descontrol de la activación, observado en pacientes con TLP. Actualmente, se ha postulado como posible hipótesis de la etiología biológica del TLP una disfunción del circuito fronto-amigdalario de forma que existiría, por una parte, una hiperactividad de la amígdala que provocaría un estado de hiperreactividad emocional y, por otra, una disfunción a nivel prefrontal que provocaría un fracaso en la correcta regulación de estas emociones negativas (New et al., 2007; Silbersweig et al., 2007), lo que daría lugar a la dimensión de impulsividad. Sin embargo, si las disfunciones neurobiológicas observadas son preexistentes, se deben a la genética, a factores prenatales, a acontecimientos adversos durante la infancia, o son consecuencia del trastorno mismo, todavía no se ha averiguado.

Por otro lado, existen algunos estudios sobre el sustrato biológico de la dimensión de ***hipersensibilidad interpersonal***. Las investigaciones más recientes han subrayado el papel de las disfunciones en el sistema serotoninérgico (p. ej., Lyons-Ruth et al., 2006) como posible precursor del incremento de la reactividad al estrés interpersonal, y de las disfunciones en el sistema dopaminérgico asociadas a los síntomas de sentimientos de abandono característicos del TLP (Insel, 2004). Los trabajos de investigación sobre genes neurobiológicos y candidatos relacionados con la *hipersensibilidad interpersonal* (del tipo que caracteriza al TLP) están principalmente basados en estudios sobre neurotransmisores, en concreto, el sistema serotoninérgico y el dopaminérgico.

Con relación a la conexión con el sistema serotoninérgico, sabemos que se han detectado bajos niveles del metabolito de la serotonina (ácido 5-hidroxiindolacético, 5HIAA) en el fluido cerebroespinal de pacientes con TLP (Brown et al., 1982). Usando una aproximación basada en genes candidatos, los datos de meta-análisis de genes relacionados con la serotonina, apoyan el papel

del alelo corto del transportador de la serotonina llamado región polimórfica (5HTTLPR) como un factor de riesgo genético para el suicidio, descartando la implicación de otros polimorfismos distintos en los genes receptores de la serotonina (Anguelova, Benkelfar y Turecki, 2003). En este sentido, Caspi et al. (2003) han demostrado el potencial del alelo corto, ya que la asociación entre ese alelo corto y eventos vitales estresantes predecía el incremento de intentos de suicidio o de ideación suicida. Además, en una pequeña muestra de pacientes se encontró una relación entre este alelo y dos o más criterios del TLP. Los criterios más frecuentes fueron las conductas impulsivas de autolesión, y, curiosamente, las relaciones interpersonales intensas e inestables (Lyons-Ruth, Melnick, Patrick y Hobson, 2006).

En esta línea, Ni y colaboradores (2009) genotipificaron tres polimorfismos comunes: el 5-HTTLPR, un número variable de pares de polimorfismos repetidos (VNTR) en 2 intron, y una variante única de nucleótido (A/G) de la región del lóbulo prefrontal. En este estudio, comparados con los sujetos controles, los pacientes con TLP mostraron altas frecuencias del par 10 del marcador VNTR y del haplotipo S-10 y bajas frecuencias del par 12 y del haplotipo LA-1212. Estos resultados ofrecen evidencia de que el genotipo más complejo, también implicado en el alelo corto, se asoció con el diagnóstico completo de TLP, sugiriendo que los componentes adicionales genéticos del sistema serotoninérgico quizás necesiten de la existencia de un síndrome completo para poder desarrollarse.

Respecto a la sensibilidad interpersonal en población general, Insel (2004) ha descrito asociaciones entre relaciones de apego directas (p. ej. padre-hijo o relaciones de pareja) y adicción, donde lo que empieza por ser una respuesta de refuerzo positivo inicialmente, puede cambiar a una preocupación cuando surgen los síntomas de sentirse abandonado. Esta descripción corresponde con los síntomas de la persona con TLP, la cual, cuando se le presta atención y luego ocurre una separación, puede cambiar de forma dramática desarrollando respuestas de ira y enfado (p. ej. como consecuencia de sentirse abandonado). En este sentido, Insel ha averiguado que las vías mesocorticales específicas (principalmente el núcleo accumbens) median de forma similar en las relaciones de apego entre los humanos y entre los roedores. Por tanto, las disfunciones de dopamina en estas vías quizás podrían desligar este tipo de relaciones de apego, tanto en humanos, como en roedores. Insel (2004) y otros autores (Perdersen, 1997; Carter, 1998; Kendrick, 2000) han mostrado que un estímulo social evocador (p. ej., un niño o unos enamorados) libera neuropéptidos que producen placer o

gratificación (p. ej., oxitocina o vasopresina), y estos neuropéptidos parecen ser necesarios para conductas maternas y otras conductas relacionadas con el enamoramiento, y posiblemente, hasta para recordar estímulos sociales significativos (p. ej. la propia pareja). Las ratas de campo que se unen a una pareja tienen un sistema receptor en el área tegmental ventral que está ligado a la amígdala y a las áreas mesocorticolímbicas. Este sistema receptor es diferente en los tipos de ratas que no se unen a una pareja.

Por otro lado, usando técnicas de neuroimagen (fMRI), Donegan et al. (2003) observaron que la hipersensibilidad a caras emocionales mostrada por los pacientes límite estaba mediada por la activación de la amígdala. Por otro lado, Schmahl et al. (2003) mostraron que las reacciones hacia el abandono de los pacientes con TLP estaban mediadas por un aumento de la cantidad de flujo sanguíneo en el córtex prefrontal dorsolateral (un área responsable de recordar a personas que tenemos presente) y por menos flujo sanguíneo en el córtex cingulado anterior derecho, una región que coordina las respuestas más complejas. Este hallazgo apoyaría la hipótesis de que las experiencias de trauma percibidas y el abandono son recordadas de forma diferente, están relacionadas con el aumento de la emoción de miedo, y podrían interferir en la habilidad del cerebro de los individuos con TLP para llevar a cabo evaluaciones complejas.

### ***Heredabilidad***

Después de comentar los principales estudios sobre fenotipos, vamos a hacer una breve descripción de los principales trabajos sobre agrupación familiar y heredabilidad en el TLP.

En esta línea de investigación, se ha encontrado que la frecuencia de TLP entre familiares de primer grado varía de un estudio a otro, posiblemente porque las definiciones de TLP varían en estos estudios. Sólo Loranger, Oldham y Tulis (1982), Zanarini et al. (1988), y Silverman et al. (1991) encontraron diferencias estadísticamente significativas entre familiares con TLP y los sujetos controles. Sin embargo, en el estudio de Loranger no se entrevistó a los familiares y sólo se revisaron los historiales médicos.

El estudio de Zanarini et al., (1988) representa la prueba más consistente de transmisión familiar de TLP, sin embargo, no hay que olvidar que la información obtenida fue derivada de los mismos pacientes con TLP. Por otro lado, Baron,

Gruen, Asnis y Lord (1985) son a menudo citados por haber encontrado que el TLP se reproduce entre familiares, sin embargo, sólo obtuvieron significación cuando incluyeron sujetos con un probable TLP, y además no entrevistaron directamente a los parientes. Por otro lado, Links, Steiner y Huxley (1998) mostraron que el estudio de Baron y colaboradores presentaba limitaciones importantes, ya que observaron una frecuencia de 3.4% cuando los parientes fueron entrevistados directamente y un 15.1% con la información que reveló el propio paciente. En este sentido, es posible que los pacientes con TLP exageraran las características límite de sus parientes. Baron et al., (1985) también mostraron que la frecuencia de TLP es especialmente baja cuando los pacientes tienen TLP y además un trastorno de la personalidad esquizotípico. Silverman et al., (1991) hicieron un interesante hallazgo entre los parientes de TLP, ya que sólo encontraron o impulsividad o rasgos de personalidad afectiva, no ambos rasgos de personalidad. Así, la relación familiar puede ser fuerte para dimensiones como impulsividad/agresión e inestabilidad afectiva, que son transmitidas parcialmente y de forma independiente (Silverman et al., 1991).

Aunque los estudios de agrupación familiar no separan factores genéticos y ambientales en la etiología del trastorno, los estudios de gemelos y de adopción proporcionan una mayor evidencia de una contribución genética en el desarrollo del TLP. Un estudio de 7 pares monocigóticos (MZ) y 18 dicigóticos (DZ) mostraron una concordancia de cero y de 11% respectivamente (Torgersen, 1984). Como la frecuencia del TLP es entre el 2% y el 3% de la población (Stone, 1989; Widiger y Frances, 1989), el estudio sugiere que el ambiente común, pero no la herencia, es de importancia en el desarrollo del TLP, sin embargo, el pequeño número de gemelos en este estudio limita la interpretación de este hallazgo.

Un estudio más amplio es el estudio de gemelos de Noruega (Torgersen et al., 2000) que investigó el rango de trastornos de la personalidad diagnosticados con una entrevista estructurada en una muestra de 92 pares de gemelos MZ y 129 pares de gemelos DZ derivados de cruces de gemelos y pacientes registrados en Noruega. Este estudio sugiere un fuerte componente genético en el TLP, con una concordancia del 38% entre gemelos monocigóticos y del 11% para los gemelos dicigóticos. El modelo completo sugiere que la genética y los efectos del ambiente eran del 60% y del 10% respectivamente. Aplicando el principio de parsimonia, sin embargo, este estudio sugiere que los factores hereditarios son solo responsables de la agrupación familiar con una heredabilidad del 70%.

Por último, otros trabajos han investigado variables genéticas en el TLP, observando la existencia de un mayor porcentaje de trastornos del estado de ánimo entre los familiares de los pacientes con trastorno límite, sugiriendo un factor etiológico común entre el TLP y los trastornos del estado de ánimo (Riso, Klein, Anderson y Ouimette, 2000).

Por otro lado, algunos estudios han examinado la heredabilidad de los rasgos de personalidad, aunque la mayoría se han centrado en los criterios diagnósticos de trastornos de la personalidad.

En investigaciones realizadas con gemelos, se encontraron evidencias de una tasa de heredabilidad de los rasgos nucleares de TLP que oscilaba entre el 35% y el 56%. Otros trabajos han confirmado la heredabilidad de la impulsividad con puntuaciones de heredabilidad del 41% (Coccaro et al., 1993), y en otras poblaciones las puntuaciones de heredabilidad para la agresión fueron del 53% al 72% (Coccaro et al., 1997). Por su parte, Widiger y Simonsen (2005) informaron de tasas del 53%, 50%, 51% y 38% para la desregulación emocional, la conducta disocial o psicopática, la inhibición o retirada social y la obsesividad-compulsividad, respectivamente, es decir, los cuatro factores de orden superior de los trastornos de la personalidad que se han aislado como característicos de estos trastornos en los análisis fenotípicos realizados por el grupo de Livesley y reproducidos por muchas otras investigaciones. Estos cuatro factores se corresponden bastante con los cuatro prototipos más claros de los trastornos de la personalidad, al menos desde el punto de vista diagnóstico: límite, antisocial, esquizoide-evitador y obsesivo-compulsivo. Respecto al TLP, Widiger y Simonsen (2005), informan de una tasa de heredabilidad del 53% para el primer factor que es el que se corresponde, como ya se ha dicho, con el prototipo del TLP. Estos datos son similares a la tasa del 42% de heredabilidad del TLP que encontraron Distell et al. (2008) utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV.

A modo de resumen, desde el modelo neurobiológico se plantea que los rasgos que definen los trastornos de la personalidad son hereditarios (Plomin, DeFries, McClearn, y Rutter, 2001), y las dimensiones asociadas con el TLP (los problemas interpersonales, las autolesiones, la inestabilidad afectiva, y los síntomas cognitivos) están genéticamente influenciados (Livesley et al., 1998).

Los estudios con familiares de TLP han encontrado que los trastornos que se incluyen dentro del espectro impulsivo (el TLP y el trastorno antisocial de la personalidad), así como los trastornos del estado de ánimo, son comunes en los

parientes de una misma familia (White, Gunderson, Zanarini y Hudson, 2003). La investigación con gemelos han mostrado que el componente hereditario ocupa alrededor de la mitad de la varianza del TLP (Torgersen et al., 2000). Los trabajos sobre marcadores biológicos asociados con el TLP sugieren la existencia de rasgos como la impulsividad relacionados con un decremento de la actividad serotoninérgica (Coccaro et al., 1989; Rinne, van den Brink, Wouters, y van Dyck, 2002; Paris et al., 2004).

Las investigaciones de imágenes de estructuras cerebrales (principalmente cíngulo anterior, amígdala, hipocampo), también han encontrado asociaciones entre la actividad serotoninérgica y la impulsividad (Leyton et al., 2001; Bohus, Schmahl, y Lieb, 2004). Los estudios neuropsicológicos (O'Leary y Cowdry, 1994) sugieren que los pacientes con TLP poseen disfunciones en el lóbulo frontal (asociado con la función ejecutiva), otra vez poniendo énfasis en el papel fundamental de la impulsividad producida por esta disfunción.

Se necesitan más estudios para investigar la función del córtex prefrontal y de la amígdala en pacientes con TLP, y como estas áreas en conjunción, o por separado, pueden contribuir a alguna disfunción conductual o emocional observada en estos pacientes.

No es posible que todas las dimensiones del TLP puedan ser explicadas por un solo sistema neurotransmisor o una estructura cerebral. Actualmente no existe suficiente evidencia empírica sobre los correlatos neurobiológicos de otras dimensiones como la inestabilidad afectiva y la hipersensibilidad interpersonal.

### **1.6.2. Factores psicosociales**

Sobre los factores psicosociales del TLP, no se han encontrado resultados consistentes. El TLP se presenta clínicamente en la adolescencia, con una media de edad de inicio de 18 años, aunque muchos pacientes describen acontecimientos estresantes y sintomatología (p. ej., disfunción familiar, síntomas de impulsividad y de carácter afectivo) desde la infancia (Zanarini, Frankenburg, Khera y Bleichmar, 2001).

Las relaciones interpersonales desadaptativas han sido descritas como factores de riesgo en el desarrollo de la psicopatología del TLP (p. ej., Gunderson y Lyons, 2008; Crowell et al., 2009). Muchas de las teorías han hipotetizado que las historias de las relaciones de apego desadaptativo son comunes entre los pacientes con TLP (p. ej., Levy, Meehan, Weber, Reynoso, y Clarkin, 2005). Se

creo que la sensibilidad materna y las relaciones de los procesos de apego juegan un papel importante en el desarrollo humano.

La investigación en apego con humanos se ha centrado tradicionalmente en conductas como sensibilidad maternal y reciprocidad y ha dado mínima consideración al rol de los genes y otras influencias biológicas. Sin embargo, una nueva línea de investigación de Lakatos y colaboradores (Lakatos et al., 2000; Lakatos et al., 2002; Gervai et al., 2005) ha indicado que el polimorfismo de la dopamina DRD4 en niños está relacionada con patrones de apego desorganizado por parte de los padres. Esto sugiere que las interacciones entre genética y ambiente podrían influenciar los procesos de apego a través del desarrollo.

En este sentido, cada vez son más los estudios que sugieren la existencia de procesos de apego perturbadores entre personas diagnosticadas con TLP. En una revisión de 13 estudios sobre apego adulto se encontró una asociación consistente entre TLP y apego inseguro, particularmente, en los subtipos temeroso, ansioso y evitativo (Agrawal, Gunderson, Holmes, y Lyons-Ruth, 2004). Sin embargo, la relación entre las experiencias de apego en la infancia y el desarrollo del TLP no se puede confirmar sin la existencia de estudios longitudinales prospectivos.

En esta misma línea, Linehan (1993a) propuso en su descripción del modelo biosocial del TLP, y Crowell, et al. (2009) lo han mantenido en su reformulación de este modelo, que el desarrollo del TLP ocurre en parte debido al contacto con un ambiente familiar invalidante. Así, Johnson y colaboradores (2002) encontraron que los hijos criados en ambientes invalidantes tienen un riesgo aumentado de llevar a cabo actos suicidas e intentos de suicidio, incluso cuando se controla la psicopatología parental. Este hallazgo tendría relación con los estudios que han asociado abuso y conductas autolesivas (ver Grazier, 2003 para una revisión), los cuales son consistentes con los estudios prospectivos, sugiriendo que los adolescentes y jóvenes adultos con una historia de abuso son alrededor de tres veces más tendientes a cometer un acto suicida que los controles (Brown, Cohen, Johnson, y Smailes, 1999; Dube et al., 2001). Hallazgos similares de la literatura sobre autolesiones no suicidas sugieren que el trauma en la infancia es un factor de riesgo significativo para la iniciación de la “conducta auto-destructiva” (Green, 1978) y que la falta de apego seguro puede mantener la conducta (van der Kolk, Perry, y Herman, 1991).

Estas aportaciones son claramente relevantes en el desarrollo del TLP. Un ambiente caracterizado por negligencia, abuso físico, emocional o sexual, es extremadamente invalidante. Sin embargo, la naturaleza exacta de la relación entre abuso en la infancia y desarrollo del TLP ha sido sujeta a gran debate.

Algunos investigadores (p. ej., Zanarini, 2000) han presentado evidencia de que un alto porcentaje de personas con TLP informan de una historia de negligencia (92%), abuso físico (25%-73%), y abuso sexual (40%-76%). Así, muchos autores han descrito el abuso como un factor de riesgo crítico y en ocasiones como un factor etiológico central en el desarrollo del TLP (Herman y van der Kolk, 1987; Soloff, Lynch, y Kelly, 2002; Bierer et al., 2003; Battle et al., 2004). Sin embargo, aunque el abuso sexual en la infancia es un claro factor de riesgo, este factor no es específico del TLP (Paris, 1997). Además, a pesar de que la historia de abuso es común entre las personas con TLP, este factor no es necesario ni suficiente para el desarrollo del TLP (p. ej., Zanarini et al., 1997). En general, los eventos de vida estresantes no son consistentemente patogénicos por ellos mismos pero, quizás, produzcan secuelas en poblaciones vulnerables (Monroe y Simmons, 1991).

Los datos clínicos sugieren que las experiencias ambientales juegan un papel importante en la génesis del TLP. Aunque el trauma no sólo se restringe al TLP y quizás puede ser comparablemente prevalente en otros trastornos de la personalidad (Steinberg, Trestman y Siever, 1994), en pacientes con TLP es a menudo sexual o por abuso físico. Este abuso podría activar los “sistemas de estrés”, tales como el eje adreno-hipotalámico-pituitario (HPA), y sus relaciones con la serotonina (Yehuda, Giller, Southwick, Lowy y Mason, 1991; Siever et al., 1998; Heim, Newport, Bonsall, Millar y Nemeroff, 2001).

Por otro lado, algunos estudios han correlacionado alteraciones en el hipocampo y la amígdala con la presencia de experiencias traumáticas durante la infancia en personas con TLP (Driessen et al., 2000; 2004). Sin embargo, esta relación contrasta con una elevada concordancia entre pares de gemelos que fueron diagnosticados de TLP y no habían sufrido experiencias traumáticas.

A pesar de estos resultados, son necesarios estudios longitudinales para determinar la influencia específica de factores psicosociales de riesgo tempranos. Los informes sobre una alta frecuencia de eventos traumáticos durante la infancia



en esta población deberían tener en cuenta estudios de comunidades que se muestren resilientes después del trauma, particularmente hacia acontecimientos estresantes menos graves (Paris, 1997). Con relación a esta cuestión, en un estudio de una comunidad de jóvenes adultos sin patología de eje I, Teicher, Samson, Polcari y McGreenery (2006) encontraron que los participantes que habían informado de abuso sexual y/o habían sido testigos de violencia doméstica tuvieron más síntomas de depresión y disociación que otras personas con otros tipos de abusos.

Por último, el impacto de las influencias ambientales como la cultura, la etnia, el lugar de residencia, y/o el estatus socioeconómico (ver Chavira et al., 2003) en el desarrollo del TLP, es un área que ha recibido poca atención en el campo de la investigación. Los datos sugieren que el TLP se ha identificado en todos los países que ha sido estudiado (p. ej., Ono y Okonogi, 1988; Pinto, Hemangee, Shobha, Bharati, y Dewan, 2000), con prevalencia similar (ver Lieb et al., 2004), y con porcentajes similares de heredabilidad a través de diferentes culturas (p. e.j., Distel et al., 2008). Estos hallazgos parecen indicar que el impacto sobre la cultura en el desarrollo del TLP es limitado. Sin embargo, una investigación reciente de un estudio epidemiológico con 34.653 adultos norteamericanos sugirió que parece haber diferencias significativas en la prevalencia del trastorno a través de distintos grupos étnicos (Grant et al., 2008). En este estudio se encontró un elevado porcentaje de hombres nativos americanos (13.2%) con TLP y relativamente bajos porcentajes entre las mujeres asiáticas (2.5%). Además, se encontró una alta prevalencia de TLP entre los que tenían un nivel socioeconómico bajo. No obstante, es necesario realizar más estudios para determinar la influencia de aspectos culturales y para averiguar cómo las experiencias pueden servir como factores protectores o de riesgo para el desarrollo del TLP. También es importante determinar si los criterios diagnósticos actuales son culturalmente apropiados.

En resumen, los estudios sobre factores de riesgo psicosociales del desarrollo del TLP sugieren que las influencias más negativas se producen en la infancia o adolescencia y que los factores principales que pueden influir en el desarrollo de este trastorno son: un ambiente invalidante, sufrir abuso sexual o físico y tener un apego inseguro. Se ha observado que una historia de abuso durante la infancia o la adolescencia correlaciona con una tendencia a llevar a cabo intentos de suicidio.

## 1.7. Teorías Explicativas

En la última década, se han realizado un amplio número de estudios con el fin de identificar marcadores de riesgo o de vulnerabilidad que influyen en el desarrollo del TLP. Hay muchas formas de tratar de entender por qué algunas personas tienden a desarrollar síntomas tan aparentemente desadaptativos. Vamos a revisar algunas de estas aportaciones.

### 1.6.1. Teorías de la personalidad normal

Dentro del abordaje dimensional vamos a aproximarnos a dos de las teorías más representativas de este enfoque: 1) Teoría Biosocial Unificada de la Personalidad de Cloninger; 2) Teoría de los *Cinco Grandes* (*Big Five*).

El **modelo de personalidad de Cloninger** (1993) propone siete dimensiones para explicar la personalidad. Según este autor, la personalidad es un complejo sistema jerárquico que puede ser naturalmente descompuesto en distintas dimensiones psicobiológicas del temperamento y el carácter. La personalidad estaría definida por las diferencias individuales en los sistemas de adaptación implicados en la recepción, procesamiento y almacenaje de la información sobre el entorno.

Las dimensiones de temperamento, de origen hereditario y de naturaleza biológica se dividen en cuatro: la *búsqueda de novedad* (BN), que lleva a la actividad exploratoria cuya finalidad es alcanzar premios probables y evitar la monotonía y posibles castigos; la *evitación del daño* (ED), que lleva al escape ante situaciones amenazantes; la *dependencia del refuerzo* (DR), que impulsa a actuar buscando la aprobación; y la *persistencia* (P), que promueve la repetición de conductas que han sido reforzadas. Estas dimensiones están basadas en predisposiciones emocionales estables a lo largo del desarrollo y apoyadas por estudios realizados por Gray (1970), Zuckerman (1979), Zuckerman et al. (1983) y Eysenck (1967). Acerca del TLP, el autor plantea la cuestión de si el TLP es realmente distinto de otros trastornos de la personalidad (TP) como el histriónico (alta BN, baja ED y alta DR), el pasivo-agresivo y el explosivo.

Por otra parte, las 3 dimensiones que definen el carácter son: la *autodirección* (AD), que describe el grado en que el sujeto se percibe como un

individuo autónomo; la *cooperación* (CO), que refleja la adaptación interpersonal y el grado de percepción de sí mismo como parte de la humanidad o la sociedad; y por último, la *autotrascendencia* (AT), que se relaciona con la creatividad, la imaginación y la capacidad del sujeto para aceptar la ambigüedad y la incertidumbre. Mientras que los rasgos de temperamento determinan los subtipos de TP, la presencia y gravedad del trastorno viene determinada por los rasgos de carácter pobremente desarrollados.

En este sentido, se ha encontrado que altas puntuaciones en AT, junto con bajas puntuaciones en AD y CO, correlacionaban con síntomas límite, narcisistas e histriónicos (explicando las tendencias disociativas en estos casos) y con síntomas paranoides y esquizotípicos, explicando en estos pacientes el pensamiento mágico y una vida rica en imaginación (Svrakic, Draganic, Bayon, Przybeck y Cloninger, 2002). Sin embargo, en opinión de algunos autores (Sanjuán, Moltó y Rivero, 2005), aunque la propuesta de este autor tiene un enorme valor también peca de cierta sobresimplificación. Su teoría sólo puede tener validez si utilizamos el cuestionario de personalidad diseñado por él, ya que de otra forma no se pueden replicar los factores de personalidad propuestos.

En segundo lugar, **la teoría de los Cinco Grandes** (Costa y McCrae, 1990) se basa en el supuesto básico de que las diferencias individuales más sobresalientes y socialmente relevantes en la vida de las personas han quedado codificadas en sus lenguajes naturales. Este modelo describe cinco dimensiones, constituyendo cada una de ellas un continuo: *extraversión*, *amabilidad*, *neuroticismo*, *responsabilidad* y *apertura a la experiencia*. Se han realizado estudios en diversos idiomas y diferentes culturas, encontrando apoyo para la hipótesis de los Cinco Grandes (Engler, 1995). Algunos trabajos han investigado las correlaciones entre el modelo de los cinco grandes factores de personalidad y el TLP. El *neuroticismo* correlaciona alta y positivamente con el TLP, (aproximadamente un 0,5), la *responsabilidad* lo hace con una correlación media moderada de -0,23, y la *amabilidad* con una correlación media de -0,24, mientras que las correlaciones de la *extraversión* y la *apertura a la experiencia* son prácticamente nulas. Estudios de gemelos criados separadamente muestran que el *neuroticismo*, en menor grado la *responsabilidad*, y en un grado moderado la *amabilidad*, están influenciadas por los genes. Por tanto, basándose en estos datos, aproximadamente la mitad de la varianza en el TLP, se podría explicar por el modelo de los cinco grandes factores de personalidad. De esta manera, se

propone que el análisis genético de los factores del modelo de los cinco grandes puede ayudar a aclarar las bases genéticas del TLP (Torgersen, 2000).

### **1.6.2. Teorías clínicas de la personalidad anormal**

Desde una perspectiva más clínica, dentro de las *orientaciones psicodinámicas*, Otto Kernberg (1996) es el autor que más trabajo ha desarrollado en torno a la patología límite. Autor fuertemente influenciado por las teorías de Melanie Klein, parte de la idea de que el desarrollo psíquico del ser humano se produce a partir de la internalización de las interacciones tempranas con los cuidadores. Si el proceso se realiza de forma satisfactoria, lleva a una elaboración adecuada de esas imágenes inicialmente rígidas, contradictorias y cargadas de afecto extremo para acabar llegando a la integración final del yo y a una personalidad sana. Kernberg estructura tres posibles niveles de patología psiquiátrica: neurótico, límite y psicótico que se definen de acuerdo a tres parámetros: el nivel de integración de la identidad, las operaciones defensivas y la prueba de realidad. Dentro de éstos, el nivel de funcionamiento límite está caracterizado por un juicio de realidad conservado, que sólo puede romperse por tiempo limitado en situaciones de estrés importante.

A nivel defensivo, el paciente límite utiliza defensas de carácter primitivo, fundamentalmente dos: la *identificación proyectiva* y la *escisión*. La primera consiste en proyectar un impulso parcialmente sobre otra persona, de forma que el paciente sigue experimentándolo al mismo tiempo. A su vez, hay un temor a la otra persona bajo la influencia de ese impulso proyectado y se la controla bajo la influencia de ese mecanismo. La escisión supone la división de los objetos externos en “completamente buenos” y “completamente malos”, lo que se traduce en cambios repentinos y completos de todos los sentimientos e ideas que la persona límite tiene sobre personas emocionalmente significativas y sobre sí mismo. En el paciente con organización límite de la personalidad hay difusión de la identidad, los aspectos contradictorios del sí mismo y de los demás no están integrados. Esto lleva a que el paciente tenga autopercepciones contradictorias, una visión pobre y hueca de los demás y una experiencia subjetiva de vacío crónico. Para este autor, la personalidad límite estaría definida por la tríada: difusión de identidad, afectos extremos e impulsividad. En la clínica, se evidenciaría en una pobre definición de los objetivos laborales y profesionales, del

tipo de personas con quienes establecen vínculos e incluso respecto a la orientación sexual. Como consecuencia, los logros vitales estarían gravemente comprometidos. La impulsividad del límite está condicionada por su tendencia al *acting out*, es decir, responder a conflictos internos mediante la ejecución de conductas irreflexivas que les lleva a cometer actos dañinos hacia sí mismos o hacia otras personas. Ello les hace propensos a tener conductas violentas auto o hetero agresivas, así como conductas sexuales promiscuas. Es característico de estos pacientes un miedo intenso al abandono, consecuencia de su incapacidad de desarrollar un sentido interno del otro consistente y permanente. Las personalidades límite viven afectos intensos y contradictorios con las personas significativas, y esto se hace evidente con el terapeuta en la relación transferencial.

Por otro lado, una propuesta que intenta una integración entre los abordajes dimensional y categorial es la **teoría biosocial de personalidad** propugnada por Theodore Millon. La teoría de la personalidad de Millon se ha presentado a lo largo del tiempo en dos modelos: 1) el modelo del aprendizaje biosocial (1969-1989) y 2) el modelo evolutivo (desde 1990 hasta la actualidad).

El modelo biosocial parte de la combinación de factores biológicos y experiencias de aprendizaje que dan lugar a estilos de relación interpersonal que se perpetúan por su interacción con el medio ambiente desde la infancia hasta la actualidad. Los estilos de relación interpersonal son conductas operantes para conseguir determinados refuerzos y evitar la estimulación aversiva. Constituyen estrategias de afrontamiento que son utilizadas por los sujetos para hacer frente a los desafíos de su vida. Estas estrategias constituyen una "matriz de refuerzos" en función de dos variables: a) cómo busca el sujeto el refuerzo y b) dónde busca el sujeto el refuerzo. La matriz del refuerzo es una combinación 2x4 (conducta instrumental x origen). Dentro de esta matriz, el autor intentó incluir personalidades patológicas con gravedad leve, moderada y grave (o patrones descompensados). Esto dio como resultado ocho tipos básicos:

1. Patrón pasivo-dependiente: personalidad sumisa de Millon, trastorno de la personalidad por dependencia del DSM-III.
2. Patrón activo-dependiente: personalidad gregaria de Millon, trastorno histriónico de la personalidad del DSM-III.
3. Patrón pasivo-independiente: personalidad narcisista de Millon, trastorno narcisista de la personalidad del DSM-III.
4. Patrón activo-independiente: personalidad agresiva de Millon, trastorno antisocial de la personalidad del DSM-III.

5. Patrón pasivo-ambivalente: personalidad resignada de Millon, trastorno compulsivo de la personalidad del DSM-III.
6. Patrón activo-ambivalente: personalidad negativista de Millon, trastorno pasivo-agresivo de la personalidad del DSM-III.
7. Patrón pasivo-retraído: personalidad asocial de Millon, trastorno esquizoide de la personalidad del DSM-III.
8. Patrón activo-retraído: personalidad evasiva de Millon, trastorno de la personalidad por evitación del DSM-III.

Se identificaron además tres patrones de personalidad adicionales con un nivel de psicopatología moderadamente grave:

1. Patrón límite-retraído: personalidad esquizoide de Millon, trastorno esquizotípico de la personalidad del DSM-III.
2. Patrón límite dependiente y ambivalente: personalidad cicloide de Millon, Trastorno Límite de la Personalidad del DSM-III.
3. Patrón límite independiente y ambivalente: personalidad paranoide de Millon, trastorno paranoide de la personalidad del DSM-III.

A partir de 1990, Millon reformula la teoría y ofrece una visión más evolucionista. Propone cuatro esferas básicas de organización que constituyen fases evolutivas (Millon y Davis, 1996). Sobre estos principios se desarrolla el modelo de polaridades 5 x 2, producto de la revisión del modelo anterior. Añadiendo a las categorías de *retramiento*, *dependencia*, *ambivalencia* e *independencia*, la de *discordancia*, entendida como incapacidad para objetivar la fuente primaria, traduciéndose en una variante fallida o disfuncional de las otras categorías. La discordancia supone un déficit estructural en la posibilidad de objetivación de la relación del sí mismo-otros (Ávila y Herrero, 1995). Esto da origen a patrones básicos de personalidad que, en sus formas extremas, son descritos como trastornos de la personalidad:

A. *Propósito de la existencia personal*: hace referencia a objetivos que persigue la persona en la vida, relacionándose con la polaridad placer-dolor. Las dificultades en esta área darían lugar a las personalidades con dificultades para el placer:

1. Trastorno esquizoide de la personalidad: patrón social, pasivo-retraído.

2. Trastorno de personalidad por evitación: patrón de repliegue, activo-retraído.
3. Trastorno depresivo de la personalidad: patrón de rendición.

B. *Modo de adaptación*: Estrategias del sujeto para adaptarse a sus condiciones de vida. Con matices, equivaldría a la polaridad actividad-pasividad. Las alteraciones se refieren a anomalías en las relaciones interpersonales como las que se producen en:

1. Trastorno de la personalidad por dependencia: patrón sumiso, pasivo-dependiente.
2. Trastorno histriónico de la personalidad: patrón gregario, activo-dependiente.
3. Trastorno narcisista de la personalidad: patrón ególatra, pasivo-independiente.
4. Trastorno antisocial de la personalidad: patrón fanfarrón, activo-independiente.

C. *Estrategias de reproducción*: interés del sujeto por la supervivencia personal y la continuidad de la especie. Amplía la polaridad sujeto-objeto, y su equilibrio produce conflictos intrapsíquicos que dan lugar a:

1. Trastorno sádico de la personalidad: patrón de abuso, activo-discordante.
2. Trastorno compulsivo de la personalidad: patrón de conformismo, pasivo-ambivalente.
3. Trastorno negativista de la personalidad: patrón vacilante, activo-ambivalente.
4. Trastorno masoquista de la personalidad: patrón afligido, pasivo-discordante.

D. *Procesos de abstracción*: se refiere a los estilos personales para representar las experiencias de la vida en forma de significados personales. Las dificultades suponen déficits estructurales, derivando en:

1. Trastorno esquizotípico de la personalidad: patrón excéntrico.
2. Trastorno Límite de la Personalidad: patrón inestable.
3. Trastorno paranoide de la personalidad: patrón suspicaz.
4. Trastorno de la personalidad descompensada: patrón terminal.

Este autor atribuye un papel central a la falta de sentido de la identidad claro y consistente en los individuos límite. Argumenta que esta falta de sentido de la identidad es un producto de factores biopsicosociales combinado con la imposibilidad de un desarrollo exitoso del sentido de identidad. Dado que un aspecto de la falta de sentido definido de la identidad es la falta de metas claras y consistentes, el resultado es la pobre coordinación de sus actos, el bajo control de sus impulsos y la falta de logros consistentes. Como resultado de esta falta de estrategias para lidiar con los problemas que surgen, estos individuos afrontan pobremente sus emociones y los problemas que pueden surgir. Millon sugiere que, como consecuencia, los pacientes límite se tornan muy sensibles a cualquier signo de posible separación y son dependientes de otros para lograr protección y seguridad de esa fuente de apoyo. Además, esta situación se complica por la existencia de conflictos en torno a la dependencia, la falta de seguridad en sí mismos, la falta de asertividad y la toma de conciencia de que, sentirse dependientes, les provoca ira y puede generar al mismo tiempo la pérdida de la seguridad que les brinda esa misma dependencia.

Históricamente, el TLP ha recibido mucha menos atención de los autores **cognitivo-comportamentales**. Sin embargo, a partir de los años 90, autores como Beck y Freeman (1990), Young (1994) y Linehan (1993a) han presentado una variedad de perspectivas cognitivo-comportamentales sobre este trastorno

En la teoría que plantea Beck y Freeman (1990) las presunciones básicas de los individuos juegan un rol central, ya que influyen en la percepción y la interpretación de los eventos, y dan forma tanto a los comportamientos como las respuestas emocionales. En los pacientes con TLP existen tres supuestos que parecen desempeñar un papel relevante en el trastorno: 1) "El mundo es peligroso y malo", esta creencia lleva al individuo a la conclusión de que es peligroso bajar la guardia, asumir riesgos, revelar la propia debilidad. Por lo cual aparece tensión, ansiedad crónica, actitud de alerta. 2) "Soy impotente y vulnerable", ante un mundo que es peligroso y malo, este supuesto hace que el individuo límite no sea capaz de enfrentar con eficacia las exigencias de la vida cotidiana. La forma de resolver esta situación es volviéndose dependiente de los demás. 3) Pero la opción de ser dependiente se ve bloqueada por una tercera creencia "soy intrínsecamente inaceptable", lo que promueve conductas inadecuadas para evitar el rechazo.



El dilema del individuo se plantea de la siguiente manera: convencidos de estar relativamente desamparados, en un mundo hostil, se caracterizan por tensión y ansiedad crónica, hipervigilancia hacia signos de amenaza, precaución en las relaciones interpersonales e incomodidad frente a emociones difíciles de controlar, entre otras características. Algunos sujetos pueden solucionar, en parte, esta coyuntura haciéndose dependientes de otras personas, intentando que sean otros los que decidan, los que le sostengan y le protejan del enemigo externo. Pero las personas límite no pueden recurrir a esta opción debido a su creencia básica de ser inaceptables: la dependencia supone el riesgo de ser rechazado. Con todo esto los individuos límite enfrentan todo un dilema: “convencidos de estar relativamente desamparados en un mundo hostil, pero sin una fuente de seguridad, tienen que vacilar entre la autonomía y la dependencia, sin confiar ni en una ni en la otra” (Beck y Freeman, 1990, p. 273). Igualmente, las distorsiones cognitivas y, en especial, el pensamiento dicotómico juega un papel esencial en perpetuar las crisis y los conflictos.

Por tanto, según la concepción cognitiva, la evaluación extrema de las situaciones lleva a respuestas emocionales y acciones también extremas. Así, el pensamiento dicotómico de Beck sería el equivalente cognitivo del mecanismo de escisión (Kernberg), básico en los procesos mentales de los sujetos con esta patología. Para Beck, el pensamiento dicotómico y un sentido inestable de la identidad son las características cognitivas más problemáticas de los pacientes límite.

En esta línea, Young (1992) ha desarrollado un abordaje cognitivo-comportamental general para el tratamiento de trastornos de personalidad, que ha llamado *“Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas”*. Su abordaje difiere del tratamiento cognitivo estándar ya que postula que los patrones de pensamiento estables y duraderos (que él llama esquemas tempranos desadaptativos), pueden desarrollarse en la infancia y resultar en patrones de comportamiento desadaptativos que refuerzan los esquemas. Young ve caracterizados los trastornos de personalidad por esquemas desadaptativos tempranos, y propone hacer de estos esquemas el foco central de la terapia. Estos esquemas desadaptativos son: 1) abandono/pérdidas; 2) falta de amor; 3) dependencia; 4) sumisión/falta de individuación; 5) desconfianza; 6) escasa autodisciplina; 7) temor a perder el control emocional; 8) culpa/castigo; 9) privación emocional.

Según este autor, los esquemas que podrían afectar a los sujetos con TLP son el temor al abandono y la pérdida, la falta de amor, la desconfianza, la escasa autodisciplina, el temor a perder el control emocional, la culpa excesiva y la deprivación emocional. Asume que cuando estos esquemas desadaptativos tempranos son activados por eventos relevantes, resultan en distorsiones del pensamiento, en respuestas emocionales intensas y en comportamientos problemáticos.

Por otra parte, Linehan (1993a), autora que desarrolló la Terapia Dialéctica Comportamental, refiere que una disfunción en la regulación de las emociones es el núcleo del trastorno de personalidad límite, y que su base es probablemente de origen biopsicosocial. El **modelo biosocial** de Linehan se fundamenta en la relación entre una alta vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante como mecanismo clave para el desarrollo de un TLP. Esta interacción produce inestabilidad emocional, que constituye el área más problemática de este trastorno. A su vez, las disfunciones en el área comportamental, interpersonal, cognitiva y de identidad constituyen intentos por controlar la emoción o por conseguir el apoyo del ambiente. La inestabilidad emocional es el problema que el individuo quiere resolver y, los intentos de solución se convierten en la fuente de sus problemas. El comportamiento límite, por ejemplo, las conductas autolesivas, son en muchas ocasiones intentos desadaptativos de regular el afecto intenso. La actitud punitiva y el miedo realista a no ser capaz de controlar emociones intensas, bloquean la posibilidad de tolerar emociones fuertes el tiempo suficiente para elaborar las pérdidas significativas. La combinación de respuestas emocionales intensas, habilidades inadecuadas para regular las emociones, comportamiento impulsivo y una actitud crítica hacia sus propias emociones resultan en una serie de crisis, así como frecuentes dificultades en sus capacidades de afrontamiento, a pesar de sus esfuerzos. Desarrollaremos este modelo con mayor amplitud más adelante ya que es la base del tratamiento aplicado en esta tesis.

Como vemos, la mayoría de las teorías explicativas, coinciden en que las experiencias vividas durante la infancia son un factor principal en el desarrollo del TLP. Las teorías sugieren que las experiencias pasadas dañinas pueden relacionarse con un apego inseguro o un ambiente

invalidante. Quizás, la internalización de estas experiencias y esta historia de aprendizaje producirán la formación de unos esquemas desadaptativos que influirán en las experiencias interpersonales posteriores.

### **1.8. Evaluación**

En este apartado revisaremos brevemente algunos procedimientos e instrumentos que se han utilizado en la evaluación del TLP.

Sobre los **procedimientos** para el TLP, la guía clínica de la *American Psychological Association* (APA, 2001), presentó una serie de recomendaciones sobre los más adecuados para evaluar el TLP. Estas recomendaciones siguen estando vigentes en la actualidad.

En primer lugar, en la guía se recomienda que la entrevista clínica sea el pilar fundamental para diagnosticar el TLP. Este procedimiento se complementa con el conocimiento de los criterios de los manuales diagnósticos (DSM o CIE) y de una visión de las características clínicas de este trastorno y del curso de las mismas. El uso adicional de instrumentos de evaluación puede ser útil, especialmente cuando el diagnóstico no está claro. Sin embargo, la utilización de estos instrumentos debe ir acompañada por el juicio clínico. Se deben utilizar instrumentos relevantes para todos los trastornos de la personalidad cuando diagnosticamos el TLP en concreto. Para tener un diagnóstico de TLP, los rasgos de personalidad deben ser causa subjetiva de malestar o de problemas de funcionamiento significativos. Los rasgos deben también desviarse marcadamente de los esperados por la cultura y los aceptados por la norma, y esta desviación debe ser manifestada en más de una de las siguientes áreas: cognición, afectividad, control de impulsos, y forma de relacionarse con los demás.

Asimismo, se deben evaluar muchos aspectos de la experiencia y comportamiento (p. ej., cognición, afecto, experiencia intrapsíquica, e interacción interpersonal) para determinar si los rasgos del TLP son dañinos o disfuncionales. El clínico debe también cerciorarse de que los rasgos de personalidad son de comienzo temprano, sobresalientes y duraderos. Estos rasgos no deben estar presentes en una sola situación o en respuesta a un aspecto específico. Es importante que el TLP sea evaluado muy cuidadosamente tanto en hombres como en mujeres.

La naturaleza ego-sintónica de los rasgos de personalidad podrían complicar el proceso de evaluación; por ello, el uso de múltiples fuentes de información (p. ej., informes médicos y testimonios de familiares que conocen al paciente), puede ser particularmente útil para establecer el diagnóstico, en caso de que la capacidad de meta-cognición del paciente sea limitada. Dada la alta comorbilidad con el eje I, es importante hacer una evaluación de eje I completa y un diagnóstico diferencial (p. ej., trastornos del estado de ánimo) que en ocasiones puede ser un proceso complejo.

Estas fuentes sirven para obtener una descripción de los rasgos del paciente y de los estilos de afrontamiento cuando los síntomas de eje I están ausentes y para utilizar la información de personas que conocían al paciente antes de padecer el trastorno de eje I. Si el trastorno de eje I está presente, se debe diagnosticar junto al TLP.

Debido a que la personalidad de los niños y adolescentes todavía se está desarrollando, el TLP debería ser diagnosticado con cautela en este grupo de edad. A menudo, la presencia de este trastorno no llega a estar totalmente clara hasta la adolescencia tardía o la edad adulta.

Por otro lado, cuando se evalúa a un paciente con TLP, el clínico debe investigar detalladamente la presencia de conductas impulsivas y conductas de riesgo, alteración y reactividad del estado de ánimo, riesgo de suicidio, riesgo de autolesión o de violencia hacia otras personas, abuso de sustancias, la capacidad de autocuidado y cuidado de los demás (p. ej., hijos), recursos económicos, estresores psicosociales y apoyo psicosocial (p. ej., familia y amigos).

En lo que respecta a los instrumentos de evaluación, actualmente la **evaluación del diagnóstico categorial** esta basada en entrevistas estructuradas como la Entrevista Diagnóstica de los Trastornos de la Personalidad del DSM-IV (Zanarini, Frankenburg, Sickel y Yong, 1996), el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (Loranger et al., 1999) y la Entrevista clínica estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999). Es ésta última una de las más utilizadas. Se trata de una entrevista que evalúa la presencia de trastornos de personalidad siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 1994, 2000). También se ha utilizado la Entrevista

Estructurada para Personalidad del DSM-IV (Pfohl, Blum y Zimmerman, 1997). La fiabilidad del diagnóstico para el TLP por medio de estas dos entrevistas es de suficiente a excelente (entre 0.68 y 0.96 para la fiabilidad interjueces y de 0.40 a 0.85 para fiabilidad test-retest, respectivamente) (Dittmann, Ermer y Stieglitz, 2001).

Además de estos instrumentos basados en el DSM, en los últimos años se han desarrollado otros instrumentos diseñados para evaluar específicamente el TLP. Es común el empleo de la Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite (*Diagnostic Interview for Borderline Patients*, DIB) que fue elaborada por el equipo de Gunderson (Gunderson, Kolb y Austin, 1981). Se ha utilizado también la misma entrevista revisada, la Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite Revisada (*Diagnostic Interview for Borderline Patients-Revised*, DIB-R; Zanarini, Gunderson, Frankenburg y Chauncey, 1989), la cual parece haber demostrado buena consistencia interna, fiabilidad y validez discriminante. Está compuesta de cuatro áreas generales: afecto, cognición, impulsividad y relaciones interpersonales, y se ha considerado el instrumento científico internacional estándar en las investigaciones sobre TLP.

Existen muchas entrevistas y evaluaciones externas al DSM: la Entrevista para Evaluar el Trastorno Límite (*Schedule for Interviewing Borderlines*; Baron, 1981) la Escala para el Trastorno Límite de la Personalidad (*Borderline Personality Disorder Scale*, BDP; Perry, 1982) y la Entrevista Estructurada de Kernberg (Kernberg, 1977).

Los **instrumentos de entrevista para evaluar la gravedad o cambio** en la psicopatología del TLP no existían hasta la publicación reciente de de la escala administrada por el clínico basada en el DSM-IV (*Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder*, ZAN-BPD) (Zanarini, 2003) con propiedades psicométricas prometedoras. Arntz et al. (2003) desarrollaron el Índice de Gravedad del Trastorno Límite de la Personalidad, una entrevista estructurada, con buenas propiedades psicométricas y sensible al cambio.

Respecto a las **medidas de autoinforme**, el más conocido es el Índice del Síndrome Límite (*Borderline Syndrome Index*; Arntz et al., 2003). Sin embargo, la Lista de Síntomas Límite (*Borderline Symptom List*, BSL; Bohus

et al., 2001) constituye el primer instrumento de autoinforme que evalúa cuantitativamente quejas específicas del paciente (p. ej. mejoría subjetiva de pacientes con TLP). La versión completa (BSL; actualmente denominada BSL-95) de este instrumento consiste en un autoinforme para evaluar específicamente la sintomatología típica del TLP. Los 95 ítems están basados en los criterios del DSM-IV, y en las opiniones de expertos clínicos y pacientes con TLP. Para reducir la fatiga del paciente y el tiempo de administración, recientemente se ha desarrollado una versión corta de 23 ítems (BSL-23, Bohus et al. 2009). Los resultados sobre fiabilidad y validez de esta escala indican que es un instrumento con buenas propiedades psicométricas, incluso al compararlo con el BSL-95. El BSL-23 también ha demostrado sensibilidad a los efectos de la terapia.

Además, se han utilizado otros instrumentos de autoinforme como el PDQ (*Personality Diagnostic Questionnaire-IV*; Hyler, 1994) o el MCMI (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*; Millon et al., 1994). Sin embargo, estos instrumentos arrojan una alta proporción de falsos positivos. Por lo que, aunque son considerados instrumentos de utilidad, no son suficientes para la correcta clasificación de pacientes individuales (Leichsenring, 1999).

Con el objetivo de crear un instrumento de evaluación más fiable y válido, Leichsenring elaboró el Inventario de Personalidad Límite (*Borderline Personality Inventory*, BPI; Leichsenring, 1999), basándose en la teoría estructural de la personalidad de Kernberg (1984). Según esta teoría existirían tres niveles organizados: el neurótico, el límite y el psicótico. El cuestionario consta de 53 ítems (verdadero-falso) y de una serie de escalas en las que se evalúa la identidad difusa, los mecanismos primitivos de defensa, la evaluación de la realidad, el miedo al compromiso, etc. Los datos respecto a la validez discriminante informan de un alto porcentaje de éxito en el diagnóstico de los pacientes.

Otros cuestionarios que evalúan el trastorno límite son la Escala para el Trastorno Límite de la Personalidad (*Borderline Personality Disorder Scale*, BDP; Perry, 1982) y el Índice del Síndrome Límite (*Borderline Syndrome Index*, BSI; Conte et al., 1980).

Por otro lado, uno de los aspectos olvidados en cuanto a la evaluación del TLP, ha sido las conductas autodestructivas y/o autolesivas que manifiestan estas personas. Con este propósito, Sansone, Wiederman y

Sansone (1998) presentan un Cuestionario de Autolesiones (*Self-Harm Inventory-SHI*) para medir la historia de comportamientos autolesivos, de manera intencionada, y determinar su relación con el TLP. Este cuestionario consta de 41 ítems que exploran diversos tipos de conductas autodestructivas, descritas en la bibliografía o por clínicos expertos. De acuerdo con los resultados, este instrumento podría predecir con una alta precisión (más del 80% de los casos) un diagnóstico de TLP. En lo que se refiere a la evaluación de las experiencias traumáticas, algunos autores (Arntz et al., 1999) han preferido utilizar un cuestionario específico como el Cuestionario de Trauma Infantil (*Child Trauma Questionnaire*, CTQ; Bernstein et al., 1994), que ofrece medidas en las escalas de: abuso físico y emocional, abandono emocional, abandono físico y abuso sexual.

Finalmente, si consideramos el comportamiento del sujeto con un TLP durante la entrevista, Othmer y Othmer (1996) señalan que este tipo de pacientes presentan una particular resistencia al contacto terapéutico debido a la inestabilidad del estado de ánimo, de sus objetivos y de su actitud hacia el entrevistador. El terapeuta debe manejar la relación centrándose de forma empática en la inestabilidad del paciente. Es difícil mantener al paciente centrado en una cuestión, hay que dirigirle y frenar sus cambios de tema. Se le puede enfrentar con sus contradicciones, aunque expresando comprensión por la naturaleza de sus sentimientos ambivalentes. Suelen ser útiles las preguntas abiertas, que incitan al paciente a hablar de forma genuina.





## **2.- Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad**

Respecto a la categorización y clasificación de los trastornos de la conductal alimentaria (TCA), actualmente existe debate en torno a la cuestión de si cada tipo de trastorno existe por separado como una entidad única o es simplemente un cuadro psicopatológico de un trastorno más global (p. ej., Fairburn, 2008). Además, se ha puesto de relevancia la existencia de otros mecanismos que influyen en la resistencia al tratamiento de este tipo de pacientes.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM-IV-TR (APA, 2000), los TCA son alteraciones importantes de las conductas relacionadas con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta. El DSM-IV-TR (APA, 2000) incluye entre esta categoría a la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados donde se clasifican síndromes parciales, casos atípicos, o el trastorno por atracón.

Sin embargo, la próxima versión del DSM (DSM-5, todavía no publicado) recomienda, entre sus propuestas, la inclusión del trastorno por atracón como un trastorno separado con entidad propia. También se recomienda que la categoría de TCA se reformule con el nombre de Trastornos Alimentarios y de la Ingesta para reflejar la propuesta de inclusión de los Trastornos de la Ingesta (recientemente categorizados en el DSM-IV en trastornos de inicio en la infancia o adolescencia). Finalmente, entre los trastornos de esta categoría, el grupo de trabajo incluye un reformulación de otro trastorno, el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta, actualmente llamado en el DSM-IV-TR Trastorno de la ingesta alimentaria en la infancia o la niñez.

Por otro lado, las semejanzas y diferencias de la psicopatología de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) (Fairburn y Harrison, 2003; Fairburn y Bohn, 2005) y la frecuente migración en el mismo paciente de un diagnóstico a otro, junto con el hecho de que el promedio de edad de la muestra no difiera

entre estos trastornos, apoya la idea de que estos trastornos tienen muchos aspectos en común, por lo que podrían considerarse una única entidad. Los criterios diagnósticos para este grupo de trastornos tienen también ciertas limitaciones desde el punto de vista del esquema de diagnóstico actual: por ejemplo, cambios menores producidos en el peso o en la conducta de ingesta, pueden dar lugar a que una persona reciba un diagnóstico totalmente diferente del DSM-IV, con las implicaciones de tratamiento recomendado que conlleva.

Las semejanzas y diferencias entre los diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria y la clasificación de éstos ha sido un punto de discusión desde hace décadas. Dos desarrollos recientes han tratado esta cuestión:

El primero se centra más en las semejanzas que en las diferencias entre las categorías de trastornos de la conducta alimentaria. Se trata de la perspectiva “transdiagnóstica” de los trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003). Estos autores proponen que en ciertos pacientes uno o más de cuatro procesos de mantenimiento adicionales interactúan con los mecanismos nucleares de los TCA y que, cuando eso ocurre, se produce un obstáculo en el cambio terapéutico. Los procesos de mantenimiento adicionales están relacionados con el perfeccionismo, la baja autoestima, la intolerancia a las propias emociones y las dificultades interpersonales. En este sentido, sería necesario incluir estrategias terapéuticas que trataran tanto los mecanismos nucleares como los adicionales en este tipo de trastornos. Para ello, podrían estar indicados programas de tratamiento más centrados en problemas rasgo o de personalidad (p. ej., la Terapia Dialéctica Comportamental).

Otra segunda línea de argumentación de estos autores es que, en el caso de los TCA compartidos, pero distintos, los síntomas clínicos tienden a mantenerse mediante procesos psicopatológicos similares. Por este motivo, estos autores sugieren la existencia de mecanismos comunes en bulimia, anorexia nerviosa y en los TCANE.

Existen también estudios que se han centrado en examinar la clasificación de los TCA desde una perspectiva de validez predictiva (p. ej., Strober et al., 1999; Bulik, Sullivan y Kendler, 2000; Stice y Fairburn, 2003; Keel et al., 2004). Los hallazgos de estos estudios también sugieren que la

migración diagnóstica debe ser tomada en cuenta desde el punto de vista de su clasificación (Fairburn y Bohn, 2005).

En este sentido, puesto que el estudio empírico que vamos a realizar toma como muestra una población de personas con patología de la personalidad y patología alimentaria, consideramos conveniente hacer una breve descripción de los estudios que exploran la comorbilidad entre estos dos tipos de trastornos y los tratamientos psicológicos destinados a trabajar ambas patologías.

### **2.1. Comorbilidad entre los TCA y los trastornos de la personalidad**

Los estudios ofrecen tasas elevadas de comorbilidad entre los trastornos de personalidad (TP) y los TCA (p. ej., Gartner, Marcus, Halmi y Loranger 1989; Díaz-Marsá, Carrasco y Sáiz, 2000; Halmi et al, 2000; Espelage, Mazzeo, Sherman y Thompson, 2002; Bulik et al, 2003; Karwautz, Troop, Rabe-Hesketh, Collier, y Treasure, 2003). Se han encontrado prevalencias que oscilan entre el 27% y el 77% (Garner, Marcus, Halmi y Loranger, 1989; Herzog, Keller, Lavori, Kenny y Sacks, 1992; Braun, Sunday y Halmi, 1994; Gargallo, Fernández y Raich, 2003; Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2005).

Si tenemos en cuenta las revisiones de la literatura sobre la asociación entre TCA y TP, observamos que muestran una gran diversidad en los datos. Esta discrepancia puede ser atribuida al uso de instrumentos de evaluación y métodos divergentes, heterogeneidad de la población (ambulatorios *versus* hospitalizados), las edades (adolescentes, adultos) y a las diferencias en los criterios diagnósticos utilizados (Davis, Claridge, y Cerullo, 1997). Por ejemplo, un meta-análisis reveló que los estudios con pacientes hospitalizados informaban de porcentajes más elevados de comorbilidad que los estudios con pacientes ambulatorios, un efecto que podría ser más pronunciado si lo comparamos con poblaciones no clínicas (Rosenvinge, Martinussen, y Ostensen, 2000). Las personas con múltiples diagnósticos son más tendientes a buscar tratamiento que los individuos con un solo diagnóstico (Berkson, 1946). Consecuentemente, las poblaciones que buscan

tratamiento pueden ser representativas de personas con el trastorno dentro de la población general porque las poblaciones de pacientes tienden a sobreestimar la ocurrencia de patología comórbida.

Otro aspecto se refiere al método de evaluación utilizado. Así, parece evidenciarse un sesgo de sobre-estimación de diagnósticos de TP en evaluaciones de la personalidad realizadas con medidas de autoinforme frente a las realizadas por entrevista clínica (Rosenvinge, Martinussen y Ostensen, 2000; Marañón, Grijalvo y Echeburúa, 2007).

Por otro lado, las propias consecuencias físicas de la anorexia nerviosa (malnutrición y bajo peso) pueden afectar a la personalidad al exacerbar patrones de conducta desadaptativos muy resistentes, dadas las complejas interacciones entre restricción, estado de ánimo y *craving* (Rodríguez, Mata, Moreno, Fernández y Vila, 2007). Se podría dar así una falsa comorbilidad que no sería sino una exageración sintomática debida a la propia condición física de la AN (Graell, García, López y Guzmán, 2006).

No obstante, la comorbilidad de los TP en pacientes con TCA parece sustancialmente mayor que los TCA con otros trastornos de Eje I (Grilo et al., 2003a; Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2007). Muchos clínicos e investigadores señalan una fuerte asociación entre trastornos de Eje II y TCA, incluyendo los que utilizan procedimientos meta-analíticos (Rosenvinge, Martinussen, y Østensen, 2000), una asociación que ha tenido implicaciones significativas en la práctica clínica. Gran parte de la investigación sugiere que los TP son frecuentemente diagnosticados en población clínica con TCA (ver Bornstein, 2001).

De acuerdo con los meta-análisis que examinan la prevalencia de los trastornos de personalidad (TP) en anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), los TP más comúnmente asociados con AN fueron el trastorno por evitación (53%), el trastorno por dependencia (37%), el obsesivo-compulsivo (33%), y el límite (29%) (Bornstein, 2001). El trastorno límite (31%), por dependencia (31%), y por evitación (30%) fueron también comúnmente asociados con BN. En contraste, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad fue menos prevalente en BN (14%). Estos hallazgos, así como otras revisiones (Sansone, Levitt, y Sansone, 2005), están limitados por la

inclusión de estudios que evalúan los TP usando medidas de autoinforme. Debido a que los instrumentos de autoinforme tienden a sobreestimar la prevalencia de los TP (Modestin, Erni, y Oberson, 1998; Ottosson et al., 1998; Rosenvinge et al., 2000), esta práctica produce una sobre-estimación de la prevalencia de los TP entre personas con TA.

En general, estos trabajos encuentran una alta comorbilidad entre trastornos de la personalidad del grupo B del DSM-IV y la BN y los trastornos de personalidad del cluster C y la AN (O'Brien y Vincent, 2003). En concreto, parece que el TLP presenta una alta comorbilidad con la BN (Herzog, Keller, Lavori, Kenny, y Sacks, 1992), oscilando entre el 2% y el 47% de los casos (Wonderlich, 1995). Con respecto a la AN, se han encontrado tasas de entre el 35% y el 60% de trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (Thornton y Russell, 1997; Wonderlich, Swift, Slotnick y Goodman, 1990). Además, los trastornos de la personalidad del grupo C (obsesivo compulsivo, dependiente, y evitativo) son los más comunes entre personas con TCA, seguidos por los del grupo B (límite, histriónico, narcisista, antisocial) y grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico) (Johnson y Wonderlich, 1992).

Otros estudios se han interesado en relacionar la patología de personalidad con los subtipos de los TCA. Un aspecto importante que arrojan estos estudios es que las anoréxicas y bulímicas que presentan trastornos de la personalidad poseen una mayor frecuencia de atracones, vómitos y síntomas ansioso-depresivos, mayores dificultades de integración social y mayor número de intentos de suicidio (Gartner, Marcus, Lamí y Loranger, 1989; Wonderlich, Swift, Slonick y Goodman, 1990; Braun, Sunday y Halmi, 1994; Steiger y Stotland, 1996; Matsunaga, Kiriike, Nagata. y Yamagami, 1998). Parece que el subtipo restrictivo (de la AN) aparece más frecuente en los trastornos de personalidad del grupo C, sobre todo en la personalidad obsesiva y evitadora (Gartner et al, 1989; Gillberg Rastam y Gillberg, 1995; Thornton y Russell, 1997; Sansone et al., 2005). Por otro lado, el subtipo purgativo (AN y BN), presenta mayor comorbilidad con la personalidad límite (Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy y Brouillette, 1988; Fahy y Eisler, 1993; Garner y Sackeyfio, 1993).

Los hallazgos de meta-análisis de previas investigaciones informan de que los trastornos de la personalidad del grupo C se diagnostican sobre todo entre personas con AN restrictiva. Las personas con BN y Trastorno por Atracón son más diagnosticadas con un trastorno de la personalidad del

grupo C. Tres estudios que evalúan TP en muestras comunitarias informan de hallazgos comparables con los encontrados en las muestras clínicas (Yanovski, Nelson, Dubbert, y Spitzer, 1993; Gillberg, Rastam, y Gillberg, 1995; Telch y Stice, 1998;).

Aunque la escasez de estudios de TP en AN purgativa limita su inclusión en los meta-análisis, al igual que en personas con BN y Trastorno por Atracón, los sujetos con AN purgativa tienen altos rangos de comorbilidad con trastornos de la personalidad del grupo B y del grupo C (Díaz-Marsa, Carrasco y Saiz, 2000; Marañón, Echeburua, y Grijalvo, 2004).

Estos estudios de meta-análisis sugieren que el trastorno de la personalidad por evitación es uno de los más comunes en todos los TCA, lo que corrobora los hallazgos de que las personas con TCA tienden a estar demasiado preocupados por la aceptación y aprobación por parte del ambiente y tienen miedo a la crítica y rechazo (Narduzzi y Jackson, 2000). El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es uno de los más comunes entre personas con AN restrictiva y Trastorno por Atracón, y también bastante común entre las personas con BN, lo que confirma los hallazgos de que las personas con TCA son perfeccionistas y se crean estándares personales muy altos para ellos mismos (Hewitt, Flett, y Ediger, 1995). El trastorno de la personalidad por dependencia, que se caracteriza por tener una excesiva necesidad de ser cuidado, se da comúnmente en personas con AN restrictiva y BN. Estos hallazgos son interesantes y apoyan la teoría de que las personas con TCA son individuos con intentos desadaptativos de ejercer control sobre su propia vida (Bruch, 1978).

El trastorno límite, marcado por la impulsividad y la inestabilidad emocional, es uno de los más comunes entre personas que tienen atracones, confirmando los estudios previos sobre la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, y la búsqueda de novedad que son características típicas de síndromes de comer impulsivo (Bulik, Sullivan, y Joyce, 1999; Diaz-Marsa et al., 2000; Rossier et al., 2000).

En esta línea, un estudio más reciente sugiere que los trastornos de la personalidad del grupo C son los más comunes en todos los diagnósticos de TCA, y el TLP sólo se presentaría en personas con sintomatología bulímica (Ilkjaer et al., 2004).

Por otro lado, de acuerdo con Cloninger, Svrakic y Przybeck (1993), el tipo de rasgos de personalidad podría determinar el tipo de TCA que sufren las personas. Además aunque la baja autodirección y cooperatividad parece caracterizar a todos los trastornos de la personalidad, el grupo A está típicamente asociado con baja dependencia de la recompensa, el grupo B con alta búsqueda de novedad, y el grupo C con alta evitación del daño (Battaglia, Przybeck, Bellodi, y Cloninger, 1996; Mulder et al., 1999). Dado que las personas que presentan comer impulsivo o atracones se caracterizan por una alta búsqueda de sensaciones y alta evitación del daño, lo que es común entre todos los TCA, no es sorprendente que los trastornos de la personalidad del grupo C sean más comunes entre personas con AN restrictiva y que los trastornos de personalidad del grupo B y C sean comunes entre pacientes con trastorno por atracón. El hecho de que los tres grupos de trastornos de la personalidad estén asociados con elevados porcentajes de muchos de los mismos trastornos de la personalidad (particularmente los del grupo C) evidencia la existencia de un punto común fundamental a todos los trastornos de la conducta alimentaria (p. ej. alta evitación del daño, baja autodirección y autonomía, y baja cooperatividad).

En esta misma línea, un tercer meta-análisis (Sansone et al., 2005) con cuatro grupos de trastornos de la conducta alimentaria (AN restrictiva, AN purgativa, BN, y trastorno por atracón) reveló interesantes patrones de comorbilidad con trastornos de la personalidad en los tres grupos. El trastorno de la personalidad por evitación obtuvo comorbilidad con todos los tipos de TCA, donde la BN mostró una comorbilidad más alta con todos los TP. Hay que destacar que el mayor porcentaje de comorbilidad para la AN restrictiva y el trastorno por atracón fue con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y que el trastorno por atracón también se asoció con los trastornos de la personalidad del grupo A más que los otros TCA. Los TCA graves con atracones se asociaron con el TLP, y la BN se asoció con el trastorno antisocial y el trastorno narcisista de la personalidad más que los otros. Finalmente, los rasgos de TP estuvieron ausentes en pacientes obesos (van Hanswijck de Jonge et al. 2003).

Una revisión reciente sobre rasgos de personalidad y TCA (Cassin y von Ranson, 2005) informó de hallazgos complementarios: la AN y la BN se asociaron con los rasgos de trastorno de la personalidad por evitación, donde la AN y la BN se relacionaron con rasgos opuestos de la dimensión de inhibición-desinhibición (ver Favaro et al. 2005). Un dato interesante es que

los pacientes con BN y AN puntúan alto en perfeccionismo y en rasgos obsesivo-compulsivos (Halmi, 2005), lo que sugiere que los rasgos obsesivo-compulsivos no son simplemente facetas de inhibición, como a menudo se defiende.

Estos resultados proporcionan una imagen coherente de la comorbilidad entre los TP y los TCA. Sin embargo, en un número especial sobre trastornos de la conducta alimentaria (*The Journal of Treatment & Prevention*), Vitousek y Stumpf (2005) advirtieron otra vez sobre las cautelas en la evaluación de rasgos y TP en personas con TCA hasta después de que transcurra una primera fase del tratamiento, debido a las dificultades de evaluar el TCA en el momento en que está muy activo (p. ej. efectos de los estados de semi-inanición, desregulación en las pautas alimentarias, distorsión/negación que puede manifestarse en una baja fiabilidad de las respuestas dadas en medidas de autoinforme, e inestabilidad de los subtipos de los trastornos de la conducta alimentaria). Además, los datos sugieren que los porcentajes de comorbilidad entre los TCA y los TP reflejan cifras sobre el número de personas que tuvieron un diagnóstico de estos dos tipos de trastornos al mismo tiempo, más que centrarse en las asociaciones significativas que existen entre ellos, es decir, no se ha averiguado que los síntomas del TCA dependan de la comorbilidad con el TLP (Grilo et al. 2003b).

En muestras de gemelos de la población general, las correlaciones de rasgos de trastornos de la personalidad y síntomas de TCA fueron modestas y no específicas (Livesley et al. 2005). Según estos autores, las relaciones observadas podrían reflejar asociaciones de síntomas psiquiátricos generales y de funcionamiento social más que etiologías específicas (Grilo et al., 2003b).

En otro meta-análisis (Cassin y von Ranson, 2005) se indicó que los instrumentos de autoinforme, teniendo en cuenta que las entrevistas diagnósticas son las mejores para diagnosticar TP (Modestin et al., 1998), habían sobreestimado la prevalencia de todos los TP en AN restrictiva y BN. Aunque las medidas de autoinforme y las entrevistas diagnósticas generalmente muestran patrones similares respecto a los TP más comunes (p. ej., los trastornos del grupo C son más comunes en AN restrictiva y los del



grupo B son más comunes en BN), estas medidas tienden a sobreestimar los porcentajes de prevalencia de los TP en AN más que en BN, y particularmente sobreestiman la prevalencia de los trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad en AN restrictiva y BN, y de los trastornos histriónico y límite de la personalidad en AN restrictiva.

Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que informan sólo de un modesto acuerdo entre diagnósticos derivados de entrevistas diagnósticas y autoinforme (Modestin et al., 1998), particularmente en trastornos de la personalidad del grupo B y del trastorno de la personalidad esquizoide (Ottosson et al., 1998). Aunque las medidas de autoinforme son relativamente rápidas y fáciles de administrar, son incapaces de distinguir entre rasgos crónicos que son atribuidos a un TP y estados pasajeros que pueden mejorar con la revisión de síntomas del trastorno alimentario. Esta alta discrepancia entre métodos enfatiza la importancia de usar entrevistas de diagnóstico administradas por personas entrenadas para obtener estimaciones exactas de TP entre personas con TCA.

En nuestro país, un estudio encontró que el 51.5% de una muestra de pacientes con TA cumplían criterios para al menos un TP (Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2004). Estos datos de comorbilidad podrían indicar varias cosas (Westen y Harnden-Fisher, 2001): a) una ocurrencia al azar de ambos tipos de trastorno en un individuo; b) que la anorexia y la bulimia sean manifestaciones de una patología de personalidad subyacente; c) y que los TCA y ciertos trastornos o características de la personalidad compartan una misma vulnerabilidad genética o ambiental. Dilucidar la naturaleza de esta relación sería un gran paso adelante en el conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por último, consideramos relevante destacar un estudio reciente (Godt, 2008) con una muestra de 545 pacientes con TCA en los que, aproximadamente, un tercio de la muestra cumplía criterios para al menos un TP. Los diagnósticos de los trastornos de la personalidad del grupo C fueron los más comunes, con una prevalencia total de 17,1% seguidos por los del grupo B con una prevalencia del 9,9%. Los diagnósticos del grupo A fueron raros y sólo un 1,7% cumplieron criterios para alguno de estos trastornos.

El trastorno de la personalidad por evitación fue (una vez más) el trastorno de la personalidad más común con un porcentaje de prevalencia del 12,1%. Los trastornos de la personalidad no especificados (TPNE) fueron los

segundos más frecuentes con un porcentaje de 7,2% de la muestra total, seguidos del TLP y el trastorno depresivo de la personalidad, con un porcentaje de 6,2% y 5,7% respectivamente. Es importante señalar que muchos de los pacientes diagnosticados con TPNE mostraron una mezcla del TLP y el trastorno de personalidad por evitación con una alteración de la identidad como aspecto central y con dificultades interpersonales para expresar sus sentimientos, además de sentimientos de inadecuación como consecuencia de la gravedad de la discapacidad.

Además, se encontraron diferencias entre distintos subgrupos de los TCA con respecto a la presencia del TP. El grupo de los TCANE, por ser heterogéneo, y el grupo de la BN no purgativa, por ser un grupo minoritario, fueron excluidos de la muestra. La prevalencia de los TP fue significativamente más alta en pacientes con BN que en pacientes con AN, pero esta diferencia fue bastante modesta. La diferencia entre BN y AN, así como la prevalencia de TP parecía estar causada por el incremento en la prevalencia de los trastornos de la personalidad del grupo B (principalmente el TLP). De ahí que existiera una sobre representación del grupo B en el grupo de BN, así como del TLP.

Los datos sobre un porcentaje de prevalencia menor de los TP en una población de personas con TCA es un punto donde este estudio difiere de las investigaciones previas, sin embargo, se obtuvieron resultados similares a dos estudios previos que seleccionaron grandes muestras y utilizaron entrevistas estructuradas (Herzog, Keller, Lavori, y Kenny, 1992; Godt, 2002). Otro resultado curioso es la falta de asociación entre el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCTP) y la AN restrictiva. Por el contrario, este trastorno de personalidad fue más frecuente en AN purgativa y en TCANE y algo menos frecuente en BN purgativa. Sorprendentemente, el grupo de BN no purgativa presentó altas tasas de prevalencia, pero este grupo fue muy pequeño para señalar alguna significación estadística.

En este sentido, se ha cuestionado que exista una conexión próxima y específica entre el TOCTP y la AN restrictiva, si se consideran los resultados de otros estudios que tienen que ver con el trastorno por atracón. En una revisión (Sansone, Levitt, y Sansone, 2005) se encontró que el TOCTP es el más común de los TP en población con trastorno por atracón. Esto podría deberse a que la asociación entre TOCTP y TCA en gran medida está

determinada por la ausencia de purgas en lugar de la ausencia de atracones. Además la presencia de TOCTP en el grupo de la AN restrictiva en este estudio fue bastante más pequeña y no se corresponde con la investigación basada en evidencia más robusta (Serpell, Livingstone, Neiderman, y Lask, 2002) en la que los porcentajes de prevalencia varían entre el 3% y el 60% (Halmi, 2005).

Las muestras estudiadas en el trabajo de Godt (2008) fueron pacientes con un TCA (diagnosticados según los criterios del DSM-IV) y procedían de la misma área geográfica. Además el estudio se fortaleció por el diagnóstico a través de profesionales entrenados a los que se les pagó por realizar el diagnóstico. Estos datos apoyan los resultados de que, aproximadamente, el 30% de la población con un TCA tiene un TP comórbido. Este porcentaje pone en cuestión la existencia de una relación particular entre los TP y los TCA en términos generales. Una contradicción de ese tipo de relación va también en la línea de otros estudios que señalan una falta de conexión global entre los dos trastornos (Grilo et al., 2003b) y entre los TCA y los rasgos de TP (Livesley, Jang, y Thordarson, 2005).

Las investigaciones en este campo han encontrado que los resultados en síntomas de TCA no son dependientes de la comorbilidad con el TP (Steiger y Stotland, 1996; Grilo et al., 2003a). En la misma línea es importante recordar que el conocimiento de los TCA es difuso, ya que tiene una patogénesis multifactorial (Garner, 1993).

Sí se confirmara que una gran proporción de pacientes con TCA sufre un TP, este concepto necesitaría reconsideración y quizás un cambio en la definición de TCA como algo muy conectado con la patología de los TP. Es necesaria una descripción más precisa de los subgrupos de los TCA con un TP y una vía para comprender como estos dos trastornos en estos casos pueden conectarse, y, especialmente, qué tipo de tratamiento se requiere. Por ejemplo, la población estudiada en el estudio de Godt (2008) consistió en pacientes derivados de una unidad psiquiátrica especializada y un gran número de factores podrían influenciar la generalización de los datos. Por ejemplo, a pesar de que todos los pacientes derivados (que cumplían los criterios de inclusión) participaron, este estudio no incluyó un grupo sin tratamiento, donde podrían existir otros trastornos de la personalidad.

Por último, sobre las asociaciones entre rasgos de personalidad y TCA, aunque existen poco datos, estos son coherentes con los estudios de

comorbilidad entre trastornos. Los trabajos sobre rasgos sugieren que la AN y la BN están asociados con los rasgos de trastorno de la personalidad por evitación, donde la AN y la BN se relacionaron con rasgos opuestos a la dimensión de inhibición-desinhibición. Un dato interesante es que los pacientes con BN y AN puntúan alto en perfeccionismo y en rasgos obsesivo-compulsivos, lo que sugiere que los rasgos obsesivo-compulsivos no son simplemente facetas de inhibición, como es defendido a menudo. Además, el TLP es uno de los más comunes entre personas que tienen atracones, confirmando los estudios previos sobre la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, y la búsqueda de novedad que son típicas de problemas de comer impulsivo,

Como resumen de estos trabajos, en general, se observa una alta asociación entre los trastornos de personalidad del grupo C y los TCA, más que en otros grupos de trastornos de la personalidad. Los estudios sugieren que la BN se relaciona más con trastornos de la personalidad que la AN.

Respecto a la comorbilidad entre los trastornos del grupo C y los TCA, las asociaciones más comunes existen entre el trastorno de la personalidad por evitación y todos los tipos de TCA, y la AN restrictiva y el trastorno por atracón se asocian en mayor medida con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. La BN tiene una comorbilidad mayor con el trastorno antisocial y narcisista de la personalidad que los otros TCA. En el caso de los trastornos del grupo B, los TCA graves aparecen junto al TLP.

Este último dato es muy interesante ya que coincide con el perfil que hemos encontrado en la población elegida para esta tesis (personas con TCA en el eje I que son resistentes al tratamiento debido al trastorno en el eje II), observando como diagnóstico principal dentro de la clasificación del eje II, los trastornos del grupo B, y más específicamente el TLP. Por este motivo, debido a la comorbilidad entre ambos trastornos graves y resistentes tratamiento, y en función de las recomendaciones de las guías clínicas más prestigiosas, nos propusimos evaluar la eficacia de un tratamiento que tratase el aspecto, a nuestro juicio, común y clave de ambos trastornos, la desregulación emocional. Por esta razón, elegimos la Terapia Dialéctica Comportamental como programa de tratamiento para tratar la comorbilidad.

## 2.2. Tratamiento psicológico de la comorbilidad entre TCA y TP

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son dos de los trastornos psicológicos de mayor relevancia clínica tanto por el aumento en la última década de su incidencia (0,37 a 6,3 casos por 100.000 habitantes para la AN, y de 6 a 9,9 casos para la BN) y prevalencia (0,5-1% en AN, 1-3% en BN y 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados) (Fernández y Turón, 2002; Peláez, Labrador y Raich, 2005), como por la refractariedad de los tratamientos a largo plazo y la morbimortalidad que presentan (Saldaña, 2001).

Diversos trabajos plantean que los TP podrían aportar información relevante sobre la forma de desarrollo de los TCA, apuntando tanto hacia el pronóstico (Johnson y Wonderlich, 1992; Bulik, Sullivan, Fear y Pickering, 2000; Matsunaga et al., 2000; Bell, 2002), como a formas de intervención más eficaces, habida cuenta de la modesta respuesta a las terapias al uso y los habituales abandonos en el tratamiento (Saldaña, 2001; Fassino, Daga, Pireò y Rovera, 2002; McIntosh et al., 2005).

En esta línea, las recomendaciones de una prestigiosa organización (*American Psychiatric Association*), incluyen el concepto de intervenciones orientadas al rasgo (*trait-oriented*) como forma de optimizar y mejorar los efectos del tratamiento en los TCA. Estas intervenciones estarían destinadas a tratar aspectos de la personalidad como el perfeccionismo, la inestabilidad afectiva, la impulsividad y las dificultades en el área interpersonal. Tanto estas guías como la literatura científica apoyan la recomendación de que los clínicos utilicen tratamientos validados y focalizados en los síntomas y que incluyan intervenciones centradas en los rasgos de personalidad en aquellos pacientes que presenten patología de la personalidad (Bruce y Steiger, 2005).

Según recomendaciones de la guía práctica de esta institución en su tercera edición para los TCA (APA, 2006), el temperamento, la genética, las patologías familiares, y otras dimensiones de personalidad parecen estar implicadas en la ocurrencia y manifestación de los TCA (Goldner, Srikaneswaran, Schroeder, Livesley y Birmingham, 1999; Diaz-Marsa, Carrasco y Saiz, 2000; Grilo et al., 2003). En todos los casos, los tipos de personalidad y la gravedad de la personalidad patológica tienen implicaciones en el tratamiento (Casper, Hedeker y McClough, 1992; Fahy, Eisler y Russell,

1993; Casper y Troiani, 2001). Como con los trastornos afectivos y de ansiedad, la presencia de patología comórbida (si es o no lo suficientemente grave para cumplir los criterios del DSM para un trastorno de la personalidad) es la norma más que la excepción (Westen, Thompson-Brenner y Peart, 2006). Los pacientes con TCA suelen presentar rutinariamente trastornos de la personalidad concurrentes.

Como subrayamos anteriormente, la prevalencia de los trastornos de la personalidad ha variado mucho a través de los diferentes estudios. Las personas con AN tienden a tener más altos porcentajes de trastornos de personalidad del grupo C, particularmente el obsesivo-compulsivo, y rasgos perfeccionistas y evitativos, donde los pacientes normopeso con BN son más tendentes a desarrollar síntomas de los trastornos de la personalidad del grupo B, particularmente con rasgos impulsivos, afectivos y narcisistas. La presencia del TLP en el TCA se ha asociado a una mayor distorsión en las actitudes hacia la comida, una historia de más frecuencia de hospitalizaciones, y presencia de otros problemas como las conductas suicidas y las conductas autolesivas (Johnson, Tobin y Enright, 1989; Wonderlich y Swift, 1990). La co-ocurrencia del TLP está también relacionada con pobres resultados del tratamiento y altos niveles de psicopatología en los seguimientos (Johnson, Tobin, Dennis, 1990; Westen y Harnden-Fischer, 2001).

Por otro lado, se ha hipotetizado que la mejora de los síntomas de trastornos de eje I puede producir mejoras concurrentes en rasgos asociados con esta patología de personalidad (Ames-Frankel, 1992). Aunque esta aproximación todavía no ha sido sistemáticamente estudiada, el consenso clínico sugiere que la presencia de TP, particularmente el TLP, establece la necesidad de una terapia a largo plazo que se centre en la estructura de personalidad subyacente, las estrategias de afrontamiento, y las relaciones interpersonales, además de en los síntomas del TCA. Un estudio naturalista reciente ha documentado los pobres resultados generalmente encontrados y la necesidad de incluir tratamientos a largo plazo para los pacientes con BN y TLP, trastorno de la personalidad por evitación, o patología de personalidad relacionada con la desregulación emocional. Muchos de estos pacientes mejoran sustancialmente con un tratamiento a largo plazo (Thompson-Brenner y Westen, 2005).

En esta misma línea, el comité de otra prestigiosa guía del Reino Unido (*National Institute of Clinical Excellence, NICE, 2004*) desarrollada por un comité de expertos y revisores independientes, examinó los estudios existentes teniendo en cuenta las directrices de los tratamientos basados en la evidencia. Según las recomendaciones de esta guía práctica para el tratamiento de los TCA (NICE, 2004, pp. 32): “la naturaleza de las terapias psicológicas elegidas podría estar influenciada por la preferencia del paciente, su motivación, la naturaleza de los problemas psicológicos asociados, la edad y la etapa de desarrollo”.

En el caso de los pacientes jóvenes en particular, o los que son dependientes de un tutor, se ha visto que a menudo requieren una terapia sistémica o de familia. En las terapias individuales, la terapia cognitivo-comportamental (TCC) ha sido la más investigada, aportando evidencia empírica en la BN y el trastorno por atracón más que en la AN. Esta guía recomienda un programa de TCC para la bulimia nerviosa de entre 16 y 20 sesiones a lo largo de 4 ó 5 meses (Treasure y Schmidt, 2004). También recomienda la TCC para el trastorno por atracón. Hay menos evidencia de la eficacia de la TCC para la AN. La evidencia empírica para otras psicoterapias como la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia interpersonal (IPT) está creciendo, mientras que terapias más especializadas como la terapia cognitivo analítica (CAT) y la terapia dialéctica comportamental (DBT) han sido consideradas en casos complejos. La DBT se considera adecuada para los casos complicados en los que existen repetidas autolesiones (Treasure y Schmidt, 2002).

Finalmente, la guía recuerda que la patología de personalidad está asociada a una mayor gravedad y a una peor respuesta al tratamiento. Por tanto, sería conveniente evaluar y tratar la patología de personalidad en aquellas personas con TCA que lo requieran.

Por último, la revisión más reciente de la guía NICE para el TLP (NICE, 2009) plantea que la comorbilidad de trastornos de eje I con el TLP existe sobre todo con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y dependencia de alcohol y drogas. Esto ha dado lugar a problemas en el diagnóstico ya que algunos síntomas de estos trastornos están muy unidos a los de trastorno de la personalidad.

En términos generales, los síntomas psicológicos muestran características particulares cuando están unidos con el TLP comparado con

como se expresan en los trastornos clínicos de forma independientes. En estos últimos, tienden a ser de corta duración y pueden fluctuar rápidamente, se dan en un contexto de estrés interpersonal y responden positivamente a intervenciones estructuradas, como las terapias basadas en la aceptación o las terapias de modificación de conducta. Por tanto, el diagnóstico de TLP y los trastornos comórbidos deben ser revisados antes de iniciar el tratamiento, particularmente si se realizó un diagnóstico en un momento de crisis. Ningún síntoma psiquiátrico de un trastorno de eje I que esté integrado en el TLP debería ser tratado como parte de ese trastorno. Sin embargo, si se presenta un trastorno comórbido, los clínicos deberían evaluar la gravedad de éste y seguir el mejor tratamiento basado en la evidencia para el mismo.

Los pacientes con trastornos del eje I y eje II deben recibir el mejor tratamiento para ambos trastornos. Por tanto, la guía recomienda que los clínicos que traten a este tipo de pacientes, dependiendo de su propio entrenamiento o experiencia, el contexto de tratamiento del trastorno de personalidad, la gravedad del mismo y el tipo de trastorno comórbido, necesitarían considerar las recomendaciones de otros clínicos o servicios para ofrecer un tratamiento apropiado de trastornos comórbidos. Por ejemplo, las personas con TLP que presentan comorbilidad con un TCA grave o un trastorno de dependencia de sustancias, suelen requerir la atención adicional de expertos si quieren obtener un tratamiento más completo. Si un trastorno comórbido es diagnosticado al inicio de la evaluación de una persona con TLP, quizá será más apropiado ofrecerles el tratamiento del eje I antes de comenzar con el tratamiento del TLP. Sin embargo, si una persona está recibiendo tratamiento para el TLP y desarrolla o comienza a aparecer un trastorno de eje I comórbido durante el curso del tratamiento, el coordinador del tratamiento debería mantener contacto con la persona hasta que ella pueda recibir tratamiento para el eje I a fin de que puedan continuar con el tratamiento para el TLP.

Esta situación es más compleja si el trastorno comórbido incluye depresión mayor, estrés postraumático o síntomas de ansiedad predominantes. En muchos pacientes estos problemas son mejor tratados dentro de un programa de tratamiento psicoterapéutico para el TLP sin ofrecer psicoterapia adicional. Si se requiere medicación, la prescripción de la misma integrada dentro del programa de tratamiento puede prevenir la prescripción inapropiada de psicofármacos.



En resumen, se observa que las principales guías sobre buenas prácticas clínicas apoyan la necesidad de incluir tratamientos que se focalicen tanto en la patología de personalidad como en la de los TCA cuando se dan ambos conjuntamente. Los pobres resultados encontrados en la aplicación de las intervenciones tradicionales ponen de manifiesto la necesidad de incluir tratamientos a largo plazo para los pacientes con BN que tengan comorbilidad con los siguientes trastornos: TLP, trastorno de la personalidad por evitación, o patología de personalidad relacionada con la desregulación emocional. Por otro lado, sobre la forma de intervenir, las guías recomiendan que, cuando existen conjuntamente este tipo de comorbilidades, se debería tratar el trastorno más grave en primer lugar.

### **2.3. Investigación en el tratamiento psicológico de TCA y TP**

La investigación en personalidad ha contribuido al desarrollo de diferentes líneas de investigación en el tratamiento de los pacientes con TCA y los TP.

Una línea de investigación en el tratamiento de TCA con trastornos de personalidad es la **mejora de los programas de tratamiento ya existentes para estos trastornos**. La aplicación de estos programas refleja, por una parte, la repetida observación de que el diagnóstico de TCANE constituye el TCA más prevalente en la práctica clínica, y por otra, la observación de una alta relación entre muchas formas de patología alimentaria y rasgos de personalidad como el perfeccionismo, la baja autoestima, las dificultades en regular las emociones y los problemas interpersonales (Fairburn et al., 2003). La formulación básica de la BN reflejada en el manual de terapia cognitivo-comportamental de Fairburn y colaboradores (1993b) se basa en que la sobrevaloración del peso y la figura da lugar a restricción de la alimentación; la restricción lleva a los atracones; y los atracones propician conductas compensatorias que sucesivamente producen vulnerabilidad adicional hacia los atracones. El nuevo tratamiento transdiagnóstico propuesto por Fairburn y colaboradores suple esta formulación y sugiere que déficits adicionales graves (como la baja tolerancia a las emociones, dificultades interpersonales, baja autoestima, y perfeccionismo excesivo) pueden contribuir a mantener los

síntomas de la patología alimentaria (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003; Fairburn, Agras, Walsh, Wilson y Stice, 2004, Fairburn, 2008). Aunque estos déficits no se han descrito explícitamente como características de personalidad, cumplen la mayoría de las definiciones de personalidad (p. ej., patrones cognitivos, de pensamiento y afecto persistentes a lo largo del tiempo y situaciones). Este manual incluye módulos opcionales para cada uno de estos déficits que han sido sometidos a prueba en población con TCA y TP. Los datos encontrados hasta el momento con la nueva terapia cognitivo-comportamental para la BN sugieren que el tratamiento produce mejoras y recuperación en un gran porcentaje de casos (72%) comparado con el tratamiento anterior (1993b) que obtuvo un porcentaje del 50% aproximadamente (Fairburn et al. 2004).

Otra línea de investigación se ha desarrollado con estudios naturalísticos que exploran la **influencia de la personalidad en los tratamientos para la comunidad** (Thompson-Brenner y Westen, 2005).

En una muestra de pacientes con BN que presentaban patología de personalidad (desregulado e inhibido), los dos hallazgos más importantes fueron un incremento sustancial en el uso de estrategias de intervención asociadas con aproximaciones psicodinámicas entre clínicos formados en terapia cognitivo-comportamental, cuando trabajaban con pacientes desregulados y un cambio hacia intervenciones cognitivo-comportamentales más estructuradas entre los clínicos psicodinámicos, cuando trataban pacientes inhibidos.

Para los clínicos formados en terapia cognitivo-comportamental, la tendencia de los pacientes a mostrar evidencia de desregulación correlacionó moderadamente (alrededor de  $r=.50$ ) con la tendencia en que los clínicos utilizaban estas estrategias: a) ayudar al paciente a aceptar sus relaciones y sentimientos hacia personas significativas del pasado (p. ej., madre o padre); b) dirigir al paciente a evitar los comportamientos dañinos que están relacionados con los temas que no ha sabido solucionar y se repiten en el tiempo; c) manejar los cambios repentinos del estado de ánimo; d) centrarse en la relación entre terapeuta y paciente; y focalizarse en la influencia de los procesos inconscientes sobre la conducta, los pensamientos y los sentimientos. Para los clínicos que tenían una orientación psicodinámica, la tendencia con la que los pacientes mostraban un estilo inhibido correlacionó

alrededor de  $r=.30$  utilizando técnicas como: enseñar al paciente estrategias de afrontamiento de sus síntomas e iniciar activamente los temas de discusión y otras actividades terapéuticas.

Además, para los clínicos de todas las orientaciones teóricas, la desregulación de los pacientes se asoció con el uso de tratamientos complementarios (medicación, terapia de grupo y hospitalización). Los análisis multivariados sobre los estilos de personalidad encontraron que el uso de la terapia cognitivo-comportamental se relacionó con un mayor cambio en los síntomas del TCA, y que la terapia psicodinámica se asoció con el incremento en cambios en el funcionamiento global.

En esta línea, otro estudio naturalístico encontró que los clínicos que trataban conjuntamente el TLP y el TCA, no utilizaban manuales de tratamiento estructurados porque consideraban que no eran adecuados para tratar la comorbilidad (Hass y Clopton, 2003).

Por último, otra línea de investigación actual consiste en **aplicar la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) para pacientes con TCA y TLP**. Las cuestiones relativas a estos trabajos las presentaremos en el apartado 4.4. Aplicación de la DBT para el tratamiento de la comorbilidad entre TCA y TLP de este trabajo.

A modo de resumen, podemos decir que es necesario identificar subgrupos específicos de pacientes que sean más tendentes a beneficiarse de la intervención con DBT, particularmente en los casos en que existe TCA y rasgos de personalidad relacionados con patrones de evitación o inhibición con los que, quizás, la DBT puede no ser tan útil (ya que es un tratamiento más dirigido a la desregulación). Con relación a los protocolos de tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria, recientemente han comenzado a considerarse algunos problemas adicionales que complican los buenos resultados de tratamiento tales como los rasgos de personalidad patológicos. Por tanto, se propone incluir componentes específicos para tratar los rasgos de personalidad persistentes complementariamente al tratamiento habitual.

Analizando estos estudios vemos que, recientemente, existe una mayor tolerancia hacia la utilización de estrategias de otras aproximaciones (que tradicionalmente han sido opuestas), sobre todo en el campo de los trastornos de la personalidad. De hecho se ha producido un incremento sustancial en el uso de estrategias de intervención asociadas con

aproximaciones psicodinámicas entre clínicos formados en terapia cognitivo-comportamental y al contrario. Los resultados de estas terapias han hallado que la TCC produce un mayor cambio en los síntomas de la patología alimentaria mientras que la terapia psicodinámica se asocia a cambios en el funcionamiento global. Sería interesante analizar cuáles fueron los componentes más efectivos en ambas terapias para poder introducirlas dentro de los protocolos de tratamiento para el TCA.

### **3.- Tratamiento del TLP**

El TLP se encuentra entre los problemas psicológicos más complejos y difíciles de tratar. Por este motivo, en los últimos años se ha producido un interés creciente por este trastorno, por lo que han surgido programas de tratamiento que incluyen estrategias diseñadas específicamente para abordar la personalidad patológica (García Palacios, 2006). La psicoterapia se ha considerado el primer tratamiento para el TLP (APA, 2001). La primacía de la psicoterapia se debe a la eficacia limitada de la psicofarmacoterapia para esta población (Zanarini, 2004), ya que la mayoría de los tipos de medicación psicotrópica han sido asociados con niveles moderados de reducción de la sintomatología en diferentes áreas de la psicopatología del TLP.

En este apartado, presentaremos una visión general de los tratamientos psicológicos y farmacológicos que actualmente se están empleando para este trastorno. Esta tesis doctoral está centrada en la aplicación de uno de estos programas de intervención, la Terapia Dialéctica-Comportamental (DBT), por este motivo, dedicaremos el apartado 4.- Terapia Dialéctica Comportamental, a la descripción en detalle de la misma y a los estudios de eficacia que apoyan su aplicación.

#### **3.1. Tratamiento farmacológico**

A continuación, vamos a exponer a modo de resumen las recomendaciones de la última actualización de la guía sobre buenas prácticas clínicas (NICE, 2009) para el tratamiento farmacológico del TLP. Estas recomendaciones se basan en los resultados de las investigaciones más recientes en este campo.

Los trastornos mentales comórbidos como la depresión, el trastorno bipolar, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de abuso de sustancias y la psicosis son más comunes en la población con TLP que en la población general. La prevalencia es de por lo menos un trastorno mental comórbido para el 100% de esta población (Bender et al., 2001). Además, muchos de los síntomas estado y rasgo relacionados con el TLP (incluyendo

inestabilidad afectiva, síntomas psicóticos transitorios, conductas autolesivas y suicidas, e impulsividad) son similares cualitativamente a muchos tipos de trastornos mentales y podría esperarse que respondieran de igual forma al tratamiento farmacológico.

El uso de antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos son comunes en la práctica clínica. Un estudio longitudinal sobre la práctica de prescripción en EE.UU. encontró que al 10% de las personas con TLP les fue prescrito un antipsicótico, al 27% un estabilizador del estado de ánimo, al 35% un ansiolítico y al 61% un antidepresivo (Bender et al., 2001). El tiempo de prescripción de antidepresivos fue el doble para pacientes con trastorno depresivo mayor.

Este tratamiento se suele iniciar durante periodos de crisis y la respuesta al placebo en este contexto es alta. La crisis es normalmente de tiempo limitado y puede esperarse que se resuelva sin la ayuda de fármacos. A menudo el fármaco prescrito se continúa para proteger una vez más, la ocurrencia de los síntomas transitorios y cuando se vuelven a producir, se añade un fármaco de una clase diferente (Tyrer, 2002; Paris, 2002; Sanderson, Swenson y Bohus, 2002).

Un estudio longitudinal encontró que al 75% de los participantes con TLP se les prescribió una combinación de varios fármacos al mismo tiempo (Zanarini, Frankenburg, Hennen y Silk, 2003). A los que habían sido hospitalizados por una crisis, se les había prescrito múltiples fármacos psicotrópicos en combinación con un tipo de medicamentos complementarios para problemas físicos menores. La adherencia al tratamiento cuando el trastorno ya se ha desarrollado es, a menudo, pobre y la frecuencia con que las prescripciones son alteradas hace difícil averiguar qué tipo de fármaco es el indicado y cómo puede ayudar al paciente.

Los fármacos psicotrópicos que se prescriben comúnmente están asociados a efectos secundarios clínicamente significativos. Por ejemplo, los antipsicóticos pueden producir un aumento de peso, y también pueden dar lugar a problemas de autoestima y aumento del riesgo de patología física como la diabetes y los trastornos cardiovasculares (Mackin et al., 2005). El litio puede causar hipotiroidismo y es muy tóxico en sobredosis, el volprato puede dar lugar a aumento de peso y es uno de los mayores teratógenos

humanos (Wyszynski et al., 2005). Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) pueden causar discontinuación desagradable de los síntomas si no se toman de forma continuada (Fava, 2006).

El balance de riesgos y beneficios de los fármacos psicotrópicos es generalmente más negativo en adolescentes y jóvenes adultos. Los riesgos asociados con los ISRS (asociados con el tratamiento más eficaz para la ideación suicida en jóvenes) podrían sobrepasar los beneficios (Whittington et al., 2004), y el volprato podría incrementar el riesgo de mujeres jóvenes a desarrollar ovarios poliquísticos (NICE, 2006a; NICE, 2007a).

Cuando existe comorbilidad con depresión, trastorno psicótico o bipolar, el uso de antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo respectivamente, puede estar dentro de las indicaciones autorizadas. En el caso de que se produzcan síntomas depresivos o psicóticos, o inestabilidad afectiva, que no llega a cumplir los criterios de un trastorno mental, no se recomienda el uso de medicación psicotrópica. Prescribir este tipo de medicamentos no recomendados esta bajo la responsabilidad del profesional (Baldwin, 2007).

### **3.2. Tratamiento psicológico**

Las primeras investigaciones en el campo de la intervención psicológica para el TLP comenzaron en la década de los 90. En ese momento solo existían dos programas de tratamiento psicológico que habían demostrado su eficacia en estudios controlados y aleatorizados. Estos programas fueron: la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT; Linehan et al., 1991) y la Terapia Basada en la Mentalización (MBT; Bateman y Fonagy, 1999). Por este motivo, ambas intervenciones fueron recomendados por la primera guía de tratamiento para el TLP de la APA publicada en 2001 (APA, 2001).

Posteriormente, en la siguiente guía clínica publicada (Oldham, 2005) aparecieron otros estudios que estaban poniendo a prueba en ese momento otro tipo de intervenciones a parte de la DBT y la MBT. Así, recientemente, han aparecido otro tipo de intervenciones que han presentado en mayor o menor medida buenos resultados en estudios controlados. Por este motivo,

las guías más recientes sobre buenas prácticas clínicas recomiendan más posibilidades de intervención psicológica para el TLP (NICE, 2009).

A pesar de que cada vez existen más publicaciones sobre programas novedosos de tratamiento psicológico del TLP, los estudios presentan limitaciones metodológicas, debido a varios aspectos: la ausencia de estudios de doble ciego, la utilización de muestras pequeñas, la exclusión de un porcentaje grande de pacientes por dificultades en aceptar las condiciones del estudio (especialmente aceptar entrar en la condición de tratamiento estándar) o por no cumplir los criterios de inclusión. Además, la mayoría de los estudios incluyen una intervención grupal que se añade a otra intervención, normalmente individual, lo que hace complicado distinguir el efecto de la intervención individual y grupal por separado. Por este motivo, los resultados deberían interpretarse con precaución ya que estos problemas podrían limitar su generalización.

Por otro lado, parece que hasta el momento no se han realizado estudios controlados que compararen sistemáticamente otros tratamientos multicomponentes para el TLP con la terapia que nos ocupa en esta tesis, la DBT (Lynch, Trost, Salsman y Linehan, 2007). Además, los tratamientos citados son de una duración más larga que la DBT estándar, lo que limita los resultados de la comparación entre ambas intervenciones.

A continuación, realizaremos un resumen de las principales intervenciones psicológicas para el TLP y las investigaciones que apoyan estos programas.

### ***3.2.1. Intervenciones de naturaleza psicodinámica***

Las primeras intervenciones psicológicas para el TLP antes de la década de los 90 se basaban en la orientación psicodinámica, en el que destacaba el trabajo de Kernberg (Kernberg, 1984). Con respecto a la eficacia de las intervenciones de orientación psicodinámica, tan solo se han realizado estudios controlados para poner a prueba dos programas de tratamiento: la Terapia Centrada en la Transferencia (Kernberg et al., 1989) y la Terapia Basada en la Mentalización (Bateman y Fonagy, 1999). Sin embargo, ha sido esta última la que ha recibido mayor apoyo empírico.



En primer lugar, la **Psicoterapia Focalizada en la Transferencia** (*Transference Focused Psychotherapy, TFP*) del grupo encabezado por Clarkin y Kernberg, fue la primera terapia en aplicarse de esta orientación. Estos autores elaboraron manuales de tratamiento específicos para el TLP (Clarkin, Kernberg y Yeomans, 1999). La terapia está basada en la psicología del yo, en la teoría de las relaciones objetales y en la teoría del apego contemporánea. El punto clave de la intervención es que los pensamientos, sentimientos y actuaciones están guiados por un esquema básico (p. ej., representaciones de uno mismo y de otros significativos u “objetos”). De acuerdo con la teoría de las relaciones objetales, las representaciones del sí mismo y del objeto están unidas por afectos específicos, dando lugar a parejas de relaciones objetales, que son las uniones primarias de la vida psíquica (Yeomans, Clarkin, y Kernberg, 2002).

Esta terapia sugiere que el principal problema de los pacientes con una organización límite consiste en la existencia de representaciones del sí mismo y de los demás pobremente definidas y fragmentadas. Además, estos pacientes están caracterizados por el uso de mecanismos de defensa primitivos (p. ej., identificación proyectiva, negación, omnipotencia) y una continua comprobación de la realidad.

Por tanto, la función principal de esta intervención sería conseguir una mejor integración de las representaciones fragmentadas. El tratamiento se centra inicialmente en el tema dominante (cargado afectivamente) que emerge en la relación entre terapeuta y paciente, en el aquí y ahora de la transferencia (Clarkin et al., 2001). Esta modalidad de tratamiento incorpora los principios básicos del psicoanálisis: neutralidad, interpretación y despliegue de la transferencia, introduciendo una serie de variantes.

El primer objetivo de la intervención es reducir la sintomatología y conductas autolesivas a través de la modificación y representación del sí mismo y de los demás, así como centrarse en el aquí y ahora de la transferencia. Para ello se cuenta con las técnicas de clarificación, confrontación e interpretación para adquirir un cambio en la estructura de personalidad subyacente así como en la conducta durante las dos primeras semanas de terapia. Al comienzo del tratamiento se establecen unos objetivos a tratar en orden jerárquico: 1) contención de las conductas suicidas y auto-destructivas; 2) eliminar varias estrategias que impiden acabar con el tratamiento; 3) identificar y recapitular los patrones de relación objetal más dominantes experimentados en la relación de transferencia (Yeomans,

Clarkin, y Kernberg, 2002). La terapia será eficaz en la medida en que se logren representaciones integradas de uno mismo y de los otros, se produzca una modificación en el empleo de defensas primitivas y la resolución de la difusión de la identidad que perpetúa la fragmentación y el empobrecimiento del mundo interno del paciente.

Uno de los primeros trabajos de investigación para poner a prueba la eficacia de esta intervención lo llevó a cabo Clarkin y colaboradores (2001). Estos autores realizaron un estudio piloto aplicando la TFP y analizaron los resultados sobre el número y gravedad de los intentos de suicidio y la utilización de los servicios médicos y psiquiátricos, así como las puntuaciones de la escala de evaluación de la actividad global (EEAG), de veintitrés mujeres con TLP después de un tratamiento de un año con TFP. Los resultados después del tratamiento indicaron que el número de participantes que había realizado un intento de suicidio fue significativamente menor. Sin embargo, no se encontraron reducciones significativas en conductas autolesivas, aunque el riesgo médico y la utilización de los servicios médicos y psiquiátricos disminuyeron significativamente.

En la misma línea, López, Cuevas, Gómez y Mendoza (2004) realizaron un estudio con catorce mujeres con TLP que recibieron 48 sesiones de esta misma terapia. Los terapeutas asignados tenían limitada experiencia en entrenamiento con esta terapia pero recibieron supervisión de expertos regularmente. Cuatro pacientes abandonaron antes de las 24 sesiones. Los participantes mostraron mejorías en todas las medidas, incluyendo criterios diagnósticos, con cambios importantes en la EEAG. Las mejorías aparecieron a partir de las 24 sesiones.

Posteriormente, Clarkin y sus colaboradores (2007) llevaron a cabo un estudio de eficacia de esta terapia en pacientes ambulatorios con TLP. Noventa pacientes con TLP fueron asignados aleatoriamente a uno de los tres tratamientos ambulatorios de larga duración para el TLP: la terapia focalizada en la transferencia (n=31), la terapia dialéctica comportamental (n=29), o la terapia de apoyo de orientación psicodinámica (n=30). Los análisis se llevaron a cabo sólo en 62 pacientes (69%) quienes completaron los tres protocolos de evaluación, y continuaron asistiendo a terapia entre el noveno y duodécimo mes del programa de tratamiento al que fueron asignados.

Los resultados indicaron que los pacientes en los tres tratamientos mostraron cambios significativamente positivos en depresión, ansiedad, funcionamiento global y funcionamiento social durante un año de tratamiento. La Terapia Focalizada en la Transferencia y la Terapia Dialéctica Comportamental consiguieron principalmente cambios en conductas suicidas. La Terapia de Apoyo y la Terapia Focalizada en la Transferencia se asociaron con cambios en ira y facetas de impulsividad. Solo la Terapia Focalizada en la Transferencia se asoció significativamente con mejoras en irritabilidad, agresión verbal y física. Aunque esta última terapia se asoció significativamente con mejores resultados en las medidas clínicas evaluadas, las diferencias entre-grupos no fueron significativas. A pesar de estos resultados, el procedimiento metodológico utilizado en este trabajo y los resultados presentados se han considerado de dudosa fiabilidad por los expertos y este estudio ha sido excluido de la revisión reciente de la guía clínica NICE (2009).

En segundo lugar, hay que destacar una intervención más novedosa, la **Terapia Basada en la Mentalización (*Mentalization Based Treatment, MBT*)** de Bateman y Fonagy (1999). Actualmente, esta intervención se considera una de las terapias más eficaces de esta orientación para el TLP. Se trata de un programa adaptado para una hospitalización parcial a largo plazo que incorpora aspectos de la terapia cognitiva y de orientación psicodinámica (Bateman y Fonagy, 2003a). El tratamiento fue manualizado e implementado en un grupo de pacientes con hospitalización parcial de un área de Londres asociada a nivel socioeconómico bajo. El centro formaba parte del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (Bateman y Fonagy, 1999).

Esta intervención se deriva de la teoría del apego y de la teoría de la mente. Se basa en la capacidad para mentalizar, es decir, ser capaz de centrarse en estados mentales (creencias, deseos, sentimientos, pensamientos, etc.) de uno mismo y de los demás, particularmente en explicaciones de la propia conducta, es decir, de tener una “teoría de la mente” (Fonagy y Target, 1997). La teoría sugiere que esta capacidad se desarrolla a través de un proceso de experiencias durante la infancia en que uno se ve a sí mismo en la mente de otro durante una relación de apego. Esta experiencia suele darse en un contexto de cuidado parental seguro (Bateman y Fonagy, 2004).

Estos autores especulan que la principal disfunción de la psicopatología del TLP tiene que ver con una dificultad de mentalización, la capacidad para entenderse a sí mismo y a los demás, así como guiarse por sus objetivos. La capacidad reducida para mentalizar puede deberse a cuatro procesos principales: 1) la inhibición defensiva del niño sobre la capacidad para pensar sobre los pensamientos y sentimientos de los otros al enfrentarse a la experiencia de una intención genuina y malévola de los otros; 2) excesivo estrés temprano que perjudica el funcionamiento de los mecanismos de activación resultando en la inhibición de la actividad cortical orbito-frontal (la localización del mecanismo de mentalizar); 3) el hecho de que algún trauma active el sistema de apego, lo que lleva a buscar continuamente la proximidad de la figura traumatizante, aumentando la activación y provocando que el niño puede sufrir más traumas. En ese caso, la activación prolongada de los mecanismos de apego podría tener consecuencias específicamente inhibitorias de la capacidad de mentalización; 4) el niño, trata de “identificarse con el agresor” como vía de ganar ilusión de control sobre el abusador, por lo que podría internalizar el intento del agresor como parte de sí mismo. Constitucionalmente las personas vulnerables que experimentan traumas en un contexto de apego (en el que la experiencia emocional no es adecuadamente expresada por el cuidador), se hacen psicológicamente vulnerables en los contextos de apego posteriores como consecuencia de esta alteración de la identidad. En un intento de arreglarlo, el individuo separa su mente de otras mentes (la capacidad de mentalización es inhibida) y pasa a depender de un mecanismo psicológico temprano para organizar la experiencia y desvelar fragmentos de sí mismo.

Desde esta perspectiva basada en el apego, estos autores argumentan los tres subtipos dentro de este trastorno que dan lugar a una estructura inestable: 1) afectiva (ira intensa e inapropiada, inestabilidad afectiva, relaciones inestables e intensas); 2) síntomas de identidad (distorsión de la identidad, sentimientos de vacío, miedo al abandono, ideas paranoides); 3) patología impulsiva (auto-lesiones, conductas suicidas y parasuicidas, conductas temerarias) (Bateman y Fonagy, 2003a). Esta terapia persigue incrementar la curiosidad del paciente y potenciar el desarrollo de habilidades para identificar sus propios sentimientos y los de las otras personas. El objetivo principal es estabilizar la estructura del sí mismo para desarrollar representaciones internas estables, formar una imagen coherente

de sí mismo y de la capacidad para crear relaciones seguras (Bateman y Fonagy, 2004). Para conseguir esto, el tratamiento se centra en mejorar la capacidad de mentalización, especialmente dentro de contextos de apego. Un incremento de la capacidad de mentalizar podría dar lugar a un aumento del control del afecto, para ello, el ambiente de tratamiento debe ser relativamente seguro y no punitivo (Bateman y Fonagy, 2003a).

Esta terapia también existe en formato grupal. El programa combina la teoría psicoanalítica con un componente de entrenamiento en habilidades, se trata de la **Terapia Grupal basada en la Mentalización**. Este grupo se centra en el aprendizaje psicoeducacional de habilidades de mentalización (Tobias et al., 2006) y se aplica para mejorar el tratamiento individual y ofrecer a los pacientes un lenguaje común para usar con los clínicos. El elemento didáctico del grupo consiste en enseñar el concepto de *mentalización*, cómo interactúa la ausencia de ésta, el problema en las relaciones y cómo el tratamiento aumenta la capacidad de mentalizar. El grupo de participantes realiza ejercicios experienciales para practicar la habilidad de mentalizar, por ejemplo, los pacientes explican una interacción reciente significativa (“con actos”) y no mencionan su estado emocional. Los miembros del grupo intentan inferir el estado mental de la persona desde estos actos, y la persona que da el ejemplo responde a las inferencias. La terapia consiste en una sesión semanal de 50 minutos de 6 a 8 semanas de duración. Hasta el momento no ha habido una evaluación de este programa psicoeducacional.

Respecto a la investigación sobre la eficacia de la Terapia Basada en la Mentalización (MBT), Bateman y Fonagy (1999) realizaron el primer estudio controlado y aleatorizado aplicando un programa de tratamiento en pacientes en régimen de media estancia. Esta intervención consistió en psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodrama y reuniones comunitarias y se comparó con el tratamiento habitual (TAU) en 38 pacientes de los dos sexos con TLP grave. Los terapeutas eran enfermeros, psiquiatras, psicólogos clínicos y residentes en psiquiatría.

Los resultados de este estudio indicaron que los pacientes que recibieron MBT mostraron un decremento estadísticamente significativo en todas las medidas de TLP en contraste con el grupo de comparación, el cual mostró un cambio limitado o deterioro en el mismo periodo de tiempo. Después de 6 meses de tratamiento con el programa de MBT se produjeron mejorías en síntomas depresivos, se redujeron las conductas suicidas y autolesivas, disminuyeron los días de estancia intrahospitalaria y se produjo

un mejor funcionamiento social e interpersonal. Sin embargo, este estudio no ha sido replicado por otros autores en un segundo centro de investigación.

Para asegurar la fiabilidad de los resultados, estos mismo pacientes participaron en otros dos estudios con los mismos autores (Bateman y Fonagy, 2001; Bateman y Fonagy, 2008). El primer estudio comparó los resultados del seguimiento a los 18 meses de estos pacientes después del tratamiento con hospitalización parcial o el tratamiento psiquiátrico estándar, y en el segundo se realizó un seguimiento de estos participantes prospectivamente después de cinco años de terminar las fases de tratamiento.

En el seguimiento a los 18 meses (Bateman y Fonagy, 2001), la mayoría de las personas inicialmente tratados con MBT en hospitalización parcial (Bateman y Fonagy, 1999) habían recibido MBT en formato grupal dos veces a la semana de forma ambulatoria. Sin embargo, los tratados con el tratamiento estándar continuaron recibiendo el mismo programa de tratamiento, que incluía: medicación, sesiones con un psiquiatra y sesiones de manejo de caso con el enfermero/a. Los resultados de este estudio indicaron que el grupo de hospitalización parcial tuvo menos episodios de automutilación, menos intentos de suicidio y permanecieron menos días en el hospital. También hubo más tendencia a no tomar medicación psicotrópica durante los 18 meses de seguimiento. Además, el funcionamiento psicosocial mejoró significativamente más en el grupo de hospitalización parcial que en el grupo de comparación.

Los resultados del segundo estudio, el seguimiento a los cinco años (Bateman y Fonagy, 2008), mostraron superioridad estadística del grupo de hospitalización parcial, en comparación con el grupo TAU, principalmente, en conductas relacionadas con el suicidio (23% vs. 74%), estado de diagnóstico del TLP (13% vs. 87%), uso del servicio de psiquiatría (2 años vs. 3.5 años de tratamiento psiquiátrico ambulatorio), uso de la medicación (0.02 vs. 1.90 años tomando 3 ó más medicamentos), puntuación sobre 60 en la escala de evaluación de la actividad global (45% vs. 10%) y estado laboral (3.2 vs. 1.2 años).

Como resultado de estos estudios, los autores concluyeron que los pacientes tratados con MBT en régimen de hospitalización parcial durante el tratamiento y la MBT centrada en terapia de grupo de forma ambulatoria en el seguimiento, tuvieron mejores resultados prospectivamente que los

participantes que recibieron el tratamiento estándar. Sin embargo, su funcionamiento laboral fue menor que el esperado. Además, a pesar de que los autores consideran estos estudios como estudios de seguimiento, desde un punto de vista estricto, no se trataría de este tipo de condición ya que los pacientes continuaban recibiendo tratamiento activo.

Por último, más recientemente, Bateman y Fonagy (2009) han realizado un estudio en pacientes con TLP que recibieron MBT de forma ambulatoria. Los resultados preliminares de este estudio indican que este tratamiento parece ser superior que el tratamiento estándar en algunos aspectos, aunque ambos tratamientos estructurados son útiles en el TLP.

Por otro lado, destacamos los trabajos que ponen a prueba otro tipo de intervención, la **Terapia Interpersonal Psicodinámica**.

Stevenson, Meares y D'Angelo (2005) llevaron a cabo un estudio de seguimiento de cinco años en una muestra de 30 personas con TLP que recibieron Terapia Interpersonal Psicodinámica dos veces a la semana durante un año. En un estudio anterior (Stevenson y Meares, 1992) estos autores ya habían informado de resultados después de un año de tratamiento y habían encontrado, en contraste con 30 personas que habían estado en lista de espera durante el mismo periodo, cambios significativos en una medida de 27 ítems basada en el DSM-III.

Cinco años después, se analizaron datos del seguimiento a los seis años, midiendo episodios violentos, uso de tóxicos, visitas médicas, autolesiones, visitas hospitalarias, episodios que requerían ingreso hospitalario, tiempo de trabajo, Índice de Cornell y escala de funcionamiento global del DSM-II-R. El grupo original de comparación no fue accesible, pero se hizo una historia natural de comparación hipotética. El grupo de tratamiento mantuvo las mejorías que se produjeron después de un año de seguimiento y mostraron buenos resultados en las otras medidas, incluso cuando se compararon con los hipotéticos controles. El estudio tiene limitaciones tales como la falta de evaluación independiente y la validez incierta del grupo de comparación.

Leichsenring y colaboradores (2007) realizaron un estudio naturalístico con 132 participantes que fueron tratados por un solo terapeuta con terapia psicoanalítica interpersonal. Las medidas estandarizadas fueron utilizadas para el diagnóstico y los resultados incluyeron medidas de síntomas (SCL-90), funcionamiento interpersonal (IPP) y satisfacción con la vida. Se

encontraron mejorías significativas en todas las áreas de funcionamiento de los pacientes.

Dentro de las terapias de grupo psicodinámicas, la **Psicoterapia Interpersonal Grupal** es probablemente la terapia de grupo de orientación psicodinámica desarrollada más tempranamente para el TLP (Roller y Nelson, 1999). Típicamente, estos grupos estaban formados por pacientes con una variedad de diagnósticos pero incluían pacientes con TLP. Este grupo proporciona a los pacientes con un ambiente interpersonal inseguro disminuir las defensas patológicas como la *escisión e identificación proyectiva* y les ayuda a llevar un proceso de maduración gradual (Leszcz, 1989; Verheul y Herbrink, 2007). En una revisión reciente (Verheul y Herbrink, 2007) de esta terapia grupal, se concluyó que la psicoterapia grupal interpersonal debería usarse con precaución para pacientes TLP con limitada tolerancia a la frustración y a la ansiedad, con impulsividad significativa y con pobre sentido de la realidad, o con limitada habilidad para mentalizar.

Podemos destacar también de esta orientación la *Psicoterapia Basada en la Teoría Transgeneracional* de Peter Fonagy (1998) y la *Psicoterapia Psicodinámica basada en el Modelo Secuencial* (Gabbard, Gunderson y Fonagy (2002). Sin embargo, no detallaremos estas intervenciones puesto que no se ha puesto a prueba la eficacia empírica de las mismas para el tratamiento psicológico del TLP.

### **3.2.2. Intervenciones de naturaleza cognitivo-comportamental**

En la década de los 80 y 90, Turner (1989), Arntz (1994), Proeve (1995), y Davidson y Tyrer (1996) realizaron los primeros estudios sobre aplicaciones de esta orientación. A pesar de que se obtuvieron mejorías, la mayoría de estos trabajos se consideraron limitados por el reducido tamaño de la muestra y la ausencia de un grupo control de comparación. A partir, de la década de los 90 comenzaron las investigaciones más rigurosas. A continuación, haremos un resumen de las principales intervenciones utilizadas dentro de esta orientación y los estudios de investigación más relevantes que evalúan la eficacia de estos programas.



Dentro de las terapias cognitivos-comportamentales, si bien existen desacuerdos entre los teóricos sobre la intervención en este campo, parece que hay un consenso general en que la terapia debe conseguir, al menos, contener la impulsividad y regular las emociones.

Las dos terapias que han recibido mayor apoyo empírico dentro de esta perspectiva para tratar el TLP han sido la *Terapia Dialéctica Comportamental* (Linehan, 1993) y la *Terapia Centrada en Esquemas* (Young, Klosko y Weishaar, 2003). Además, existen otras intervenciones que han sido menos investigadas como la *Terapia Cognitiva de Beck*, el *Tratamiento Cognitivo Manualizado* y la *Terapia Cognitivo-Conductual Dinámica*.

En primer lugar, el programa de tratamiento que ha recibido mayor apoyo empírico es la **Terapia Dialéctica Comportamental (*Dialectical Behaviour Therapy, DBT*)**. Este programa de tratamiento fue desarrollado por la Dra. Marsha Linehan y su grupo de investigación en la Universidad de Washington (EE.UU.). Ha sido, quizá, la primera intervención cognitivo-comportamental en ser evaluada empíricamente para el TLP (Linehan et al., 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993) y es una de las más específicas y sistematizadas, aunque a veces pueda parecer excesivamente compleja y con demasiados procedimientos heterogéneos en la aplicación de la misma. Esta terapia fue diseñada para el tratamiento de pacientes con TLP y con comportamientos parasuicidas (Linehan, 1987; 1993a,b) y se considera actualmente una de las terapias de tercera generación (Hayes, 2004), ya que dentro de sus componentes incluye la atención plena, la aceptación, los valores de la vida del paciente y las relaciones interpersonales (Hayes, 2004). Dado que este estudio se basa en la aplicación de un programa de tratamiento basado en la DBT, describiremos esta terapia con más detalle en el apartado 4.- Terapia Dialéctica Comportamental, de este trabajo.

En segundo lugar, más centrada en los factores etiológicos relacionados con experiencias traumáticas en la infancia, una de las intervenciones dentro de las terapias cognitivas que ha demostrado ser eficaz en algunos estudios es la **Terapia Centrada en Esquemas (*Schema Focused Therapy, SFT*)** de Young, Klosko y Weishaar (2003). Esta terapia es una extensión del modelo original de Beck y se centra en tratar principalmente a pacientes con problemas de personalidad persistentes (Young, 1999). La diferencia entre la terapia cognitiva clásica y la terapia

centrada en esquemas se basa en que esta última, en vez de centrarse en los pensamientos automáticos y en las asunciones subyacentes, se focaliza en lo más profundo del nivel de cognición, los esquemas. El modelo define los esquemas como “temas estables y duraderos que se desarrollan en la infancia, son elaborados a través de la vida del individuo, y son disfuncionales en un grado significativo”. En el caso de los pacientes con trastorno de la personalidad, el cambio de esquema es demasiado disruptivo para ser tolerado, por lo que tiende a desarrollar una variedad de maniobras que refuerzan y mantienen el esquema (Young, 2002). Young hipotetizó que los pacientes con TLP tienen cuatro esquemas disfuncionales de vida que mantienen su psicopatología y disfunción: figuras protectoras distantes, padres punitivos, abuso/abandono en la infancia, impulsividad/enfado en la infancia.

La Terapia Centrada en Esquemas basa sus intervenciones particularmente en tres manifestaciones claves de los esquemas desadaptativos: 1) problemas en las relaciones interpersonales; 2) funcionamiento personal (distorsión de la identidad), y 3) regulación del afecto. El tratamiento es exploratorio y orientado a la comprensión de uno mismo y a acentuar la alianza terapéutica como una herramienta importante para la modificación y reestructuración de esquemas. Cambiar el modo de salud parental hacia una buena explicación es crucial para desarrollar y continuar trabajando la relación con el paciente (Young, 2002). El modo de *Adulto Saludable* es una función proporcionada por el terapeuta inicialmente, por instrucción y modelado. El terapeuta ayuda al paciente a internalizar y crecer en la habilidad para protegerse a sí mismo. Este proceso se ha denominado “*reparenting*”. Se trata de tomar contacto con el niño abusado y abandonado, lo que ayuda a la persona a corregir sus esquemas disfuncionales y desarrollar otros nuevos. Por tanto, el objetivo principal de esta terapia es identificar y cambiar los esquemas tempranos desadaptativos formados durante la infancia, lo que permite profundizar en la génesis de las creencias y distorsiones cognitivas que modulan la conducta inadaptada. El cambio se adquiere a través de un rango de técnicas conductuales, cognitivas y experienciales que se centran en la relación terapéutica, la vida diaria fuera de la terapia y las experiencias pasadas (incluyendo experiencias traumáticas). Como vemos, a parte de las técnicas cognitivas y conductuales utilizadas en la terapia cognitiva estándar, la terapia de esquemas emplea

algunas técnicas específicas como “reparentalización limitada” (*limited reparenting*) y “confrontación empática” (Young, 1999).

La recuperación dentro de esta terapia se adquiere cuando los esquemas disfuncionales no están lejos del control del paciente. La relación terapéutica sirve de plataforma para que los esquemas desadaptativos se activen. Cuando esto ocurre, el clínico deberá estar alerta para identificar los signos de activación y así poder ayudar al paciente a comprobar, sobre la marcha, la acción del esquema desadaptativo y realizar una comprobación de la realidad que desacredite el esquema. El objetivo final es encontrar una explicación alternativa y más racional sobre el acontecimiento ocurrido. El manual de tratamiento contiene caracterizaciones claras y clínicamente convincentes sobre las experiencias de las personas con trastorno límite. Las conductas suicidas y las autolesiones se espera que sean eliminadas durante el primer año de terapia y la capacidad para sostener relaciones interpersonales íntimas se estima que pueden tratarse durante tres años.

La investigación para evaluar los resultados de esta intervención había recibido poca atención hasta que se realizó un estudio controlado que confirmó su eficacia (Giesen-Bloo et al., 2006). Fue un estudio multicéntrico realizado en los Países Bajos. Ochenta y ocho pacientes fueron asignados al azar en un estudio controlado que comparó dos psicoterapias individuales prolongadas (3 años): la terapia centrada en esquemas y la terapia basada en la transferencia. Los pacientes fueron tratados 2 veces a la semana por terapeutas con grado de master y con experiencia en los respectivos tratamientos. En ambos tratamientos se encontraron reducciones de la psicopatología del TLP y mejorías en la calidad de vida y rasgos de personalidad relacionados con aspectos más específicos de los respectivos tratamientos (p. ej., autoconcepto, distinción entre yo y el otro). Se encontraron beneficios significativos en los tres dominios para las dos formas de terapia durante el primer año. Sin embargo, a los tres años, los beneficios fueron significativamente mayores después de recibir terapia cognitiva centrada en esquemas.

Los resultados de este estudio indicaban que, con tres años de tratamiento de estas dos terapias, se observó un cambio significativo en la personalidad de los pacientes, con reducciones en todos los síntomas del TLP estudiados y en la psicopatología general, aumentos en la calidad de vida, y cambios asociados a características asociadas al TLP. Sin embargo, la

terapia de esquemas fue superior a la terapia basada en la transferencia con respecto a los síntomas del TLP, psicopatología general y cambio en los conceptos de personalidad de estas dos terapias. Además se encontraron mayores reducciones relacionadas con la gravedad de la sintomatología de seis de los nueve criterios del DSM-IV para el TLP (cada uno de los síntomas de naturaleza cognitiva, impulsiva e interpersonal): alteración de la identidad, disociación/paranoia, autolesiones y otros actos impulsivos, miedo al abandono y relaciones caóticas. No obstante, no se encontraron diferencias entre grupos en ninguno de los criterios afectivos del DSM-IV para el TLP: ira, sentimientos de vacío o inestabilidad afectiva. La terapia de esquemas tuvo además un porcentaje significativamente menor de abandonos que la terapia basada en la transferencia. Sin embargo, ambos tratamientos demostraron que los pacientes con TLP pueden estar motivados para realizar un tratamiento de larga duración.

Recientemente, se ha publicado otro trabajo controlado y aleatorizado con resultados favorables (Farrell, Shaw y Webber, 2009). En este estudio, treinta y dos pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones: 1) un programa de tratamiento con SFT utilizando un formato grupal (8 meses de tratamiento) más la terapia individual habitual 2) la terapia individual habitual sola. Los resultados de la comparación de ambas terapias concluyeron que la SFT obtuvo una menor tasa de abandonos (0%) que la terapia habitual (25%). En el grupo de SFT más terapia habitual se produjo una reducción significativa de los síntomas del TLP y mejorías en el funcionamiento global con tamaños del efecto grandes. Al final del tratamiento, el 94% de los pacientes del grupo SFT más terapia habitual, no cumplían criterios para el TLP ( $p < .001$ ). Sin embargo, el grupo de tratamiento habitual tan solo lo consiguió en el 16%.

Por otro lado, se han utilizado otras terapias de naturaleza cognitiva, aunque hasta el momento no han sido validadas empíricamente para el tratamiento psicológico del TLP.

Dentro de estas terapias, dado que los pacientes con TLP presentan serios déficits cognitivos, junto con un inadecuado control de sus emociones, algunos autores proponen la **Terapia Cognitiva de Beck** como intervención de elección. El objetivo central consistiría en cuestionar los patrones de pensamiento disfuncionales, atendiendo a las suposiciones y errores básicos

del pensamiento (distorsiones cognitivas). En particular, se ha utilizado para tratar a personas con TLP y trastorno antisocial de la personalidad. Beck y Freeman (1990) plantean un plan de tratamiento para estos trastornos que favorezca la alianza terapéutica, minimice la falta de adhesión al tratamiento, disminuya el pensamiento dicotómico, aborde las suposiciones básicas, aumente el control sobre las emociones, mejore el dominio de los impulsos y fortalezca la identidad del paciente. Beck sugiere que reducir y eliminar el pensamiento dicotómico es el primer objetivo de la terapia. Este autor observó que los problemas cognitivos son muy persistentes en esta población, por lo que los pacientes necesitarían por lo menos un año de tratamiento. El número de sesiones que se ofrecen tiende a ser mayor para personas con TLP comparadas con personas con depresión u otros trastornos de eje I y sería necesaria una terapia de larga duración (periodos entre 9 y 36 meses con una sesión por semana).

Esta terapia ha sido específicamente adaptada para personas con TLP poniendo atención a la estructura de la terapia y los problemas que pueden dañar la relación terapéutica, como no comprometerse con la terapia, cambiar los problemas y objetivos constantemente, perder el foco de los objetivos de la terapia, perder la estructura y falta de compromiso con las tareas (Davidson, 2000). Los pacientes realizan tareas para casa entre sesiones y en algunos casos pueden acceder al contacto telefónico con el terapeuta fuera de las sesiones.

Para poner a prueba la eficacia de esta terapia, Brown y colaboradores (2004) evaluaron la **Terapia Cognitivo-Comportamental (Cognitive Behavioral Therapy, CBT)** en 32 participantes con TLP que presentaban ideación suicida y conductas autolesivas. Estos participantes recibieron una sesión semanal de TCC durante 12 meses y se realizó un seguimiento a los 18 meses. La proporción de pacientes que informó de un episodio de auto-lesiones en el año anterior al tratamiento fue el 88% comparado con el 34% después del tratamiento. Se produjeron reducciones estadísticamente significativas en medidas de depresión después del tratamiento y a los 18 meses de seguimiento y no se produjo ningún efecto negativo del tratamiento. Diez meses después de la última sesión, se midió la recurrencia de autolesiones por medio del contacto telefónico con las participantes y examinando las bases de datos del hospital.

Un segundo estudio controlado (Davidson et al., 2006), confirmó la efectividad de esta terapia comparada con el tratamiento estándar. Los

resultados de este segundo trabajo demostraron que la terapia cognitiva fue superior al tratamiento estándar en la reducción del número de hospitalizaciones o accidentes, visitas a las unidades de urgencias, actos suicidas y distrés después de 12 meses de tratamiento y en el seguimiento a los 12 meses. También se obtuvieron mejores resultados de la terapia cognitiva con respecto a la calidad de vida, social y cognitiva y el funcionamiento de salud mental comparado con el tratamiento habitual.

Otra de las intervenciones es la **Terapia Cognitivo-Conductual Dinámica (TCCD)** de Turner (1989, 1994). Esta intervención se centra en los componentes impulsivos y de expresión de la ira para el tratamiento del TLP. Integra métodos tan diversos como estrategias dinámicas para clarificar y modificar los esquemas, técnicas conductuales como el entrenamiento en solución de problemas, sin olvidar en ningún momento la importancia de las relaciones interpersonales en el funcionamiento humano y considerando a la relación terapéutica como la principal vía para el tratamiento. El programa de tratamiento consta de varias fases: 1) control de la crisis; 2) contrato terapéutico; 3) evaluación del problema; 4) formulación de caso dinámico-cognitiva; 5) intervención intensiva; 6) sesiones terapéuticas de apoyo ("*booster sessions*"), y 7) conclusiones finales.

Las estrategias utilizadas durante la terapia se clasificarían en tres grupos: 1) *Estrategias que implican acción*: tareas para casa; representación de papeles e inversión del papel; autorregistros; entrenamiento en habilidades de solución de problemas; y experiencia emocional y conductual de las interpretaciones de la transferencia; 2) *Estrategias que utilizan la imaginación*: automodelado encubierto; imaginación guiada; terapia implosiva; y exposición en la imaginación; y 3) *Estrategias de codificación y procesamiento de la información*: interpretación y cuestionamiento de las distorsiones cognitivas; cuestionamiento de las reacciones conductuales y emocionales actuales y búsqueda de procesos de afrontamiento alternativos; educación activa de los pacientes sobre su estructura dinámica-cognitiva, sus creencias disfuncionales, sus distorsiones cognitivas y sus motivaciones, etc. Sin embargo, a pesar de algunos estudios realizados por el autor (p. ej., Turner, 1989, 1993) que muestran su eficacia, no parecen ser datos lo suficiente fiables, por lo que sería necesaria más investigación.

Más recientemente, se ha desarrollado una terapia a corto plazo en Inglaterra para tratar específicamente las conductas autolesivas y otras conductas suicidas. Se trata del **Tratamiento Cognitivo-Comportamental Manualizado (*Manual-Assisted Cognitive-Behaviour Therapy, MACT*)** que fue desarrollado en el Reino Unido por dos psicólogos, Schmidt y Davidson (2004). Consiste en una terapia de seis sesiones que incorpora elementos de la Terapia Dialéctica Comportamental de Linehan, de la Terapia Cognitiva de Beck, y de la biblioterapia (Scogin, 2003). Cada sesión se estructura a lo largo de un capítulo de un manual con diferentes folletos: 1) psicoeducación sobre las auto-lesiones e intentos de suicidio así como análisis funcional de los episodios específicos de parasuicidio de los pacientes; 2) estrategias de regulación emocional, incluyendo planear como sobrellevar las crisis, técnicas de distracción y estrategias para mejorar el momento; 3) estrategias de solución de problemas; 4) estrategias de reestructuración cognitiva y manejo de pensamientos negativos; 5) manejo del uso de sustancias; y 6) estrategias de prevención de recaídas. Esta terapia de formato abreviado ha tenido implicaciones en el sistema de salud público, sin embargo, su eficacia todavía es incierta.

Para poner a prueba la MACT, se realizaron dos estudios controlados en Inglaterra con dudosa eficacia. En el primer estudio la MACT fracasó en disminuir las conductas parasuicidas pero consiguió disminuir la depresión y el número de hospitalizaciones y mejoró el pensamiento orientado al futuro (Evans et al. 1999). Estos resultados dieron lugar a un segundo estudio multicéntrico con 480 pacientes con conductas parasuicidas. Este segundo estudio fracasó en mostrar beneficios de la MACT comparada con un grupo que recibió el tratamiento habitual (TAU) (Tyrer et al. 2003). Sin embargo, en una modificación más reciente de esta terapia se produjeron mejores resultados (Weinberg et al. 2006) consiguiendo una disminución de las autolesiones al finalizar el tratamiento y a los seis meses de seguimiento en treinta pacientes. Estos beneficios podrían deberse a que los investigadores fueron los terapeutas, a que sólo seleccionaron pacientes con autolesiones (excluyendo a los que habían tenido algún intento de suicidio real), y evaluaron sólo a aquellos pacientes que continuaron el tratamiento.

Por último, respecto a las terapias en formato grupal centradas en el entrenamiento en habilidades, una de las intervenciones más novedosas ha sido el **Programa STEPPS (*Systems Training for Emotional Predictability*)**

**and Problem Solving)** traducido como Sistema de Entrenamiento para Regulación Emocional y Solución de Problemas. El foco central de este entrenamiento es la creencia fundamental de que el TLP refleja, más que nada, un defecto en la habilidad interna para regular la intensidad emocional. Este déficit es el responsable de otras manifestaciones, como frecuentes oscilaciones del estado de ánimo, conductas autolesivas, ira inapropiada, o relaciones disruptivas (Van Wel et al., 2006).

El primer objetivo de esta terapia fue el desarrollo de un sistema de entrenamiento integrado en el sistema social y profesional del sujeto diagnosticado de TLP que le permitiera el aprendizaje de estrategias para utilizar estos sistemas de apoyo de un modo más efectivo (Blum et al., 2002). El segundo objetivo fue detallar un tratamiento manualizado sesión por sesión para simplificar el entrenamiento de los que dirigían el grupo y asegurar la fidelidad del modelo (Black, Blum, Pfohl, y St. John, 2004). El tratamiento comienza con una mejora de la conciencia individual de enfermedad. Como este programa asume que la clave principal del TLP es la habilidad interna para regular la intensidad emocional (Black et al., 2004), el tratamiento enfatiza las técnicas cognitivo-comportamentales y el entrenamiento en habilidades, ayudando a los pacientes a desarrollar estrategias específicas de regulación emocional (p. ej., distracción, distanciamiento) y de manejo de conductas (p. ej., disminuir conductas autodestructivas). El componente sistémico del tratamiento consiste en reunirse con el sistema de apoyo de los pacientes con TLP (miembros de la familia, otros significativos, profesionales de la salud) para educar sobre el TLP y motivarles para participar en el programa.

El programa de habilidades básicas consiste en 20 sesiones semanales cada una de dos horas de duración. Adicionalmente, se ofrece el programa llamado STAIRWAYS que fue desarrollado para mantener lo que se había aprendido y enseñar nuevas habilidades.



Este programa cubre una variedad de temas que refuerzan y extienden las habilidades aprendidas durante el programa STEPPS. STAIRWAYS es un acrónimo que significa:

**S**etting goals (Establecer Metas).

**T**rying new things (Probar cosas nuevas)

**A**nger management (Control de la ira)

**I**mpulsivity control (Control de los impulsos)

**R**elationship behaviors (Relaciones con los demás)

**W**riting a script (Escribir un guión o plan)

**A**ssertiveness training (Entrenamiento en Asertividad)

**Y**our choices (Entrenamiento en toma de decisiones)

**S**taying on track (Mantener los logros)

La posibilidad de proseguir con el programa STAIRWAYS ayuda a los participantes a perder el miedo al abandono terapéutico, ya que reduce la intensidad de las interacciones mientras que les permite mantener el contacto con el modelo.

Blum y colaboradores (2008) han publicado recientemente un estudio controlado para evaluar la eficacia del programa STEPPS de 20 semanas duración, en pacientes con TLP en régimen ambulatorio. Los resultados que se derivan de este estudio indican que este tratamiento en grupo más el tratamiento estándar (TAU), puede proporcionar mejorías clínicamente significativas (de moderadas a altas) en síntomas relacionados con el TLP como la impulsividad, la afectividad negativa, la depresión y el funcionamiento global.

### **3.2.3. Intervenciones de naturaleza integradora**

Existen otro tipo de terapias que han despertado gran interés en los últimos años. Son terapias que no se ajustan con exactitud a los modelos psicoanalíticos y cognitivos, pero que parten de éstos para su elaboración e integran componentes de ambos. Entre ellas podemos citar: la *Terapia Cognitivo-Analítica* (CAT) desarrollada por Ryle (1997) y la *Terapia Interpersonal Reconstructiva* de Benjamin (1993). Estas terapias consideran una parte importante en la génesis del TLP a las experiencias tempranas de

apego y en concreto, a la percepción de un cuidado inconsistente por parte de las figuras de apego, en combinación con una vulnerabilidad biológica.

La **Terapia Cognitivo-Analítica** (**Cognitive-Analytical Therapy, CAT**) es una integración de ideas de la terapia cognitiva, la teoría de las relaciones objetales y del modelo de información social y la estructura de diálogo de los procesos del *self* derivada de Vygotsky (Ryle y Kerr, 2002).

De acuerdo con esta terapia, la patología límite se mantiene por tres factores: 1) los estados del self (definido en términos de humor, acceso y control de la emoción, y rol recíproco que acompaña) están disociados y son inestables, y se caracterizan por un pequeño rango de roles. Cuando el rol caracteriza un estado, el paciente límite buscará corresponder a otros, y por consiguiente se reforzará ese rol; 2) cuando esto falla, el paciente límite se moverá hacia otro estado del self para volver a revisar el primer procedimiento, y 3) la discontinuidad de experiencias y el recuerdo defectuoso de un estado cuando se está en otro estado, reforzará por sí mismo la ausencia de la capacidad para la auto-observación y el auto-manejo con la que el individuo es capaz de identificar y tomar responsabilidad de sus acciones (Ryle, 1997).

Teniendo en cuenta estos factores, el primer objetivo de la terapia es integrar y movilizar la capacidad del paciente para la auto-reflexión y el auto-control (Ryle, 1997). El concepto principal de esta terapia es el procedimiento de rol recíproco (RRP) en que los roles son definidos como “una combinación de memoria, afecto y acción, organizado con relación a la búsqueda de experiencias de reciprocidad” (Ryle, 1997, p. 27). Una de las técnicas utilizadas es la escritura de una carta de reformulación trazando los orígenes y manifestaciones de los procesos problemáticos, las historias personales del paciente, las experiencias de vida y las relaciones actuales, incluyendo el desarrollo de la relación terapéutica. También se realizan diagramas trazando estados y se construyen movimientos de estado (Ryle y Kerr, 2002). Además se utilizan otras técnicas terapéuticas con el objetivo de que la comprensión de la reformulación sea clara. El foco de la terapia se centra en los estados del sí mismo (*self*) y en los estrategias de afrontamiento y como éstas pueden ser adaptadas y mejoradas. Estas estrategias son normalmente expresadas en la relación terapéutica donde deben ser reconocidas y modificadas. El manejo de habilidades en la relación terapéutica es fundamental para conseguirlo.

La **Terapia Interpersonal Reconstructiva** fue desarrollada desde las teorías interpersonales, más concretamente desde la teoría de la personalidad de Allport y desde los modelos interpersonales de Henry Murray, Timothy Leary, Earl Schaefer, y Harry Stack Sullivan. La idea básica de esta terapia es que los “problemas de conducta y los síntomas asociados representan un apego desestructurado” (Benjamin, 2003). Esta idea se basa en la asunción de que la imitación es determinante de la conducta, así como el apego, mostrado en sí mismo, por ejemplo en la persistencia de abusos físicos o psíquicos de generación a generación, incluso cuando tales abusos son percibidos como desadaptativos por parte de los observadores objetivos. El análisis estructural de la conducta social (SASB), un método para operacionalizar conceptos interpersonales e intrapsíquicos relevantes para la terapia, envuelve la hipótesis de Sullivan de que el auto-concepto surge directamente desde la experiencia interpersonal con otros significativos (Benjamin, 1996). El SABS es un método de desarrollo individual de formulación de caso para cada paciente y se usa para clarificar aspectos importantes con el fin de identificar los patrones claves relacionados con los síntomas del DSM-IV y principios predictivos que unen patrones actuales con personas importantes del pasado del paciente y del presente (Benjamin, comunicación personal). Este método consiste en unir problemas presentes con el aprendizaje social y contextual, con lo que se detectan modelos de relaciones interpersonales disfuncionales y se modifica la conducta central explorando el origen de la misma. Con este método se detallan los objetivos que deben ser tratados en el tratamiento de cada paciente. Se ayuda al paciente a identificar la naturaleza y el propósito de sus patrones de interacción. Con el desarrollo de un conocimiento cognitivo y afectivo de los orígenes y los propósitos de sus patrones interactivos, el paciente lentamente lleva a término la cuestión de si él mismo quiere dejar sus antiguos comportamientos (Benjamin, 1996).

El terapeuta puede utilizar un amplio rango de técnicas terapéuticas, teniendo en cuenta una jerarquía de categorías de “correcto tratamiento”. Se trata de intervenciones orientadas a: 1) facilitar la colaboración entre terapeuta y paciente; 2) ayudar al paciente a reorganizar los patrones del pasado y presente y las relaciones entre estos; 3) bloquear patrones desadaptativos; 4) reforzar al paciente a abandonar sus antiguos deseos

autodestructivos y miedos; 5) ayudar al paciente a adquirir nuevos patrones más adaptativos (Benjamin, 2003).

En este campo, se han realizado dos estudios controlados para poner a prueba la Terapia Interpersonal Reconstructiva (Munroe-Blum y Marziali, 1995) y la Terapia Cognitivo-Analítica (Channen et al. 2008).

Respecto a la **Terapia Interpersonal Reconstructiva**, existe un primer estudio controlado que comparó esta terapia con la terapia dinámica individual (Munroe-Blum y Marziali, 1995). Sin embargo, a pesar de que recogieron una muestra muy grande de participantes (110 pacientes), los resultados no fueron evaluados con medidas validadas empíricamente, además no se incluyeron a evaluadores ciegos para realizar la evaluación de la eficacia de estas terapias.

Con relación a la **Terapia Cognitivo-Analítica**, los resultados de un estudio piloto (Ryle y Beard, 1993) sugirieron que más de la mitad de los pacientes con TLP aceptaron y fueron capaces de utilizar esta terapia, y en algunos casos, no fue necesario otro tratamiento. Por otro lado, un estudio naturalístico de 24 sesiones de CAT mostró mejorías en la psicopatología del TLP, con el 50% de pacientes que no cumplieron criterios del TLP después del tratamiento y con progreso adicional a los 18 meses de seguimiento (Ryle y Golyunkina, 2000). Sin embargo, en este último estudio se obtuvieron pobres resultados asociados con la gravedad de la sintomatología del trastorno, la historia de autolesiones, abuso de alcohol y el desempleo. La efectividad específica de esta terapia está siendo estudiada en un estudio controlado actualmente. En un estudio controlado reciente (Channen et al. 2008) no se obtuvo un mayor efecto de este programa de tratamiento comparado con una intervención general de manejo clínico en una muestra de setenta y ocho adolescentes con TLP durante un año de tratamiento. De hecho, en la revisión de la guía clínica del NICE (2009) se detalla que esta terapia ha mostrado efectos pequeños en reducir las autolesiones y los intentos de suicidio comparado con el tratamiento de comparación.

Por último, consideramos conveniente citar, a modo orientativo, una revisión (Brazier et al., 2006) que se realizó para identificar la eficacia clínica de las terapias psicológicas desarrolladas para el TLP. Se utilizaron 10 estudios que cumplieran los criterios de inclusión de la terapia dialéctica

comportamental (DBT), la terapia basada en la mentalización de hospitalización parcial (MTB), la terapia cognitivo-comportamental manualizada (MACT), la terapia de validación comprensiva (CVT) y la terapia centrada en el cliente (CCT), más el tratamiento tradicional (TAU). De estos, nueve eran estudios controlados y uno de ellos fue un estudio comparativo no controlado. La calidad de estos estudios fue de moderada a pobre. Estos trabajos demuestran evidencia que apoya la eficacia de los tratamientos psicológicos para el TLP: 1) la DBT es más efectiva que el TAU para el tratamiento de mujeres con trastorno de personalidad límite, crónicamente suicidas y drogodependientes; 2) la terapia basada en la DBT es más efectiva que la CCT en el tratamiento del TLP; 3) la DBT es tan efectiva como la CVT con 12 pasos para el tratamiento de mujeres con TLP y dependencia a los opiáceos; 4) la MBT no es más efectiva que el TAU en el tratamiento del TLP; 5) hay alguna evidencia de que el grupo de terapia interpersonal (basado en la MBT) no es más efectivo que el individual en el tratamiento del TLP.

Sin embargo, estos datos deben ser interpretados con precaución ya que no todos los estudios fueron diseñados preliminarmente para síntomas del TLP y hay diferencias considerables en las características de los pacientes, en los grupos de comparación y en los resultados entre los estudios.

A continuación, en la Tabla 4, ofrecemos un resumen de los resultados de los estudios controlados más importantes dentro de las diferentes aproximaciones de intervención psicológica para el TLP.

**Tabla 4 - Resumen estudios controlados terapias para el TLP**

Tratamiento	Objetivos del tratamiento	Estudios publicados	Resultados
<b>DBT</b>	Disminuir: conductas suicidas y parasuicidas Aumentar: habilidades atención plena, regulación emocional y eficacia interpersonal	Linehan et al. (1991; 1999; 2002 ; 2006) Koons et al. (2001) Verheul et al. (2003)	Disminuir: Frecuencia y gravedad de episodios parasuicidas Días hospitalización Desgaste de la terapia Ira Aumentar: funcionamiento social
<b>MBT</b>	Estabilizar autoestructura Ayudar al paciente a adquirir un cierto nivel de actividad Estabilizar la expresión emocional	Bateman et al. (1999)	Disminuir: Actos suicidas y autolesiones Síntomas depresivos Días de hospitalización Aumentar: Éxito en el funcionamiento interpersonal
<b>TFP</b>	Integración de la identidad Restaurar o adquirir la habilidad para amar, trabajar y jugar	Clarkin et al. (2007)	Disminuir: Días de hospitalización Conductas suicidas Aumentar: Funcionamiento global Funcionamiento reflexivo
<b>SFT</b>	Mejorar necesidades emocionales insatisfactorias utilizando el modelo de "reparentalización limitada"	Giesen-Bloo et al. (2006) Farrell et al. (2009)	Disminuir: Puntuaciones en el índice de gravedad del TLP Disfunción psicopatológica general Aumentar: Calidad de vida
<b>STEPPS</b>	Desarrollar estrategias específicas de regulación emocional y de manejo de conductas	Blum et al. (2008)	Disminuir: Impulsividad, estado de ánimo negativo Mejorar: Áreas: cognitiva, afectiva, interpersonal Funcionamiento global.
<b>CBT</b>	Disminución síntomas graves, creencias disfuncionales y vías de atribución Aumentar funcionamiento interpersonal	Davidson et al. (2006)	Disminuir: Ideación suicida Depresión, desesperanza Síntomas del TLP Pensamientos disfuncionales

Nota: DBT: Dialectical Behavior Therapy; MBT: Mentalization Based Treatment; TFP: Transference Focused Psychotherapy; SFT: Schema Focused Therapy; STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solvin; CBT: Cognitive Behavioral Treatment

En resumen, podemos decir que existen diversos tratamientos psicológicos dirigidos a la mejora de la patología que presentan los pacientes que sufren TLP. A pesar de que las intervenciones provienen de orientaciones muy diferentes, la forma de abordar el problema es similar en casi todas las intervenciones. La mayoría de las terapias concluyen que el principal problema del TLP se centra en la dificultad para tolerar las experiencias íntimas y los objetivos principales de la intervención se centran en aumentar la capacidad del paciente para tomar conciencia de las mismas para, desde ahí, modificar la psicopatología disfuncional (desregulación emocional, pensamientos disfuncionales, conductas impulsivas, distorsiones de la identidad, principalmente). Pese a que los resultados son mejorables, es importante señalar que este campo de estudio está activo y que se está consiguiendo diseñar estrategias y programas de tratamiento específicos para el TLP.

Hay muy poca evidencia de la eficacia de las intervenciones psicológicas individuales en el tratamiento del TLP debido a la escasez de estudios controlados. Según la evaluación realizada por la guía clínica más reciente (NICE, 2009), los estudios controlados mostraron cierta evidencia de que la CAT (en personas jóvenes) y STEPPS pueden ayudar a mejorar el funcionamiento general, reducir las autolesiones y el suicidio. El tamaño del efecto para los resultados en autolesiones y suicidio no fue estadísticamente significativo para la CAT, que fue comparada con un tratamiento manualizado y con una “práctica clínica apropiada”. Otros resultados de los estudios de CAT y STEPPS, y de los estudios controlados de otras terapias (TCC, SFC y terapia psicodinámica individual), no mostraron ningún beneficio del tratamiento. Los datos de los estudios de la psicoterapia focalizada en la transferencia no son generalizables ya que los tamaños del efecto no fueron calculados y el estudio fue excluido por los análisis de la guía clínica del NICE (2009).

Por otro lado, la evidencia de los estudios controlados para programas psicológicos estructurados (DBT y MBT) mostró beneficios en la reducción de síntomas como ansiedad y depresión. Estas intervenciones también fueron beneficiosas en reducir el porcentaje de autolesiones. Sin embargo, la mayoría de los trabajos son de calidad moderada, y la DBT es la terapia que ha realizado más estudios controlados, en comparación con un solo estudio de la MBT con hospitalización parcial.

La evidencia empírica de los estudios no controlados sugiere que las intervenciones psicológicas son aceptables para personas con TLP. Estos estudios encontraron generalmente resultados positivos, aunque necesitan volver a ponerse a prueba en comparación con grupos controles antes de realizar conclusiones más sólidas sobre la eficacia de estos tratamientos.

A la hora de revisar los estudios de eficacia de los tratamientos psicológicos para el TLP, nos encontramos con algunos problemas. La heterogeneidad de la población y los resultados de las medidas hacen difícil combinar los estudios y generalizar los resultados a toda la población con TLP. Algunos estudios controlados han evaluado terapias que pretenden modificar síntomas específicos del TLP, y otras terapias incluyen a pacientes con TLP en tratamientos diseñados para la depresión y ansiedad.

Desafortunadamente, en la mayoría de trabajos de investigación iniciales que ponen a prueba estas terapias, éstas son aplicadas por los autores que diseñaron el tratamiento y los tamaños del efecto del tratamiento rara vez se han vuelto a demostrar en estudios posteriores. Esto es probablemente consecuencia de varios factores: 1) los estudios con muestras pequeñas realizados en un solo centro tienden a obtener un tamaño del efecto mayor que los estudios multicéntricos de larga duración; 2) los autores tienden a decidir que su intervención es más útil que la intervención de comparación, que cuando se ha replicado por otros autores; 3) los colaboradores iniciales también tienden a ser entusiastas y más enérgicos respecto a las dificultades, por lo que los beneficios son mayores que cuando el tratamiento comienza con terapia estándar; y 4) hay una tendencia, consciente o no, a exagerar las diferencias entre el nuevo tratamiento y los otros existentes, para enfatizar la novedad de la nueva intervención. Estos factores deben ser conocidos cuando interpretamos los resultados de los estudios. Sin embargo, no hay suficiente evidencia de que los investigadores con preferencia hacia una forma de terapia son más tendentes a encontrar resultados más positivos que los investigadores independientes (Luborsky *et al.*, 1999).



### **3.3. Combinación de tratamiento psicológico y psicofarmacológico**

El objetivo de combinar tratamiento farmacológico con intervenciones psicológicas es controlar los síntomas, lo cual serviría como estrategia para mejorar a largo plazo los resultados de la terapia psicológica y, por otro lado, aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico.

A continuación, haremos una breve exposición de los principales estudios que han comparado un antidepresivo, la fluoxetina, con otras terapias psicológicas (la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitiva) diferentes a la DBT. Los estudios de combinación de la DBT con tratamiento farmacológico los expondremos en el apartado 4.3. Apoyo empírico.

Con relación a los estudios para evaluar el efecto de la fluoxetina, Bellino, Zizza, Rinaldi y Bogetto (2006b) evaluaron su eficacia en combinación con la Terapia Interpersonal. Consistió en un estudio que comparó la administración de fluoxetina con la combinación de fluoxetina más terapia interpersonal. El tratamiento tuvo una duración de 24 semanas y los participantes fueron una muestra de 39 personas (62% mujeres) con TLP en régimen ambulatorio. Todas las pacientes tenían un trastorno depresivo mayor en el eje I, con depresión moderada al inicio del estudio. El grupo de fluoxetina recibió apoyo clínico, aunque no hay una descripción de las características del mismo. El número de personas que abandonaron y siguieron el estudio no se detalló tampoco. Los autores concluyeron que la terapia de combinación fue más efectiva. La combinación de tratamiento fue más efectiva en reducir los síntomas de depresión y funcionamiento social y psicológico, aspectos de la medida utilizada para evaluar la calidad de vida. Aunque los datos fueron limitados, la calidad de vida de los usuarios mejoró y los síntomas específicos como depresión, agresión y ansiedad mejoraron también.

Un segundo estudio de los mismos autores (Bellino et al., 2007) comparó la combinación de fluoxetina más terapia interpersonal con una combinación de fluoxetina más terapia cognitiva en 35 pacientes en régimen ambulatorio (73% mujeres). Todas las pacientes tenían trastorno depresivo

mayor en el eje I (con puntuaciones de depresión de moderada a severa al comienzo del estudio) y TLP en el eje II. Se encontró evidencia de que la fluoxetina más la terapia cognitiva mejoraron el funcionamiento social comparado con la otra combinación. Los demás resultados no fueron concluyentes, probablemente debido al pequeño número de participantes.

Como vemos, hay pocos estudios que comparen los efectos de añadir una droga a la terapia psicológica para tratar los síntomas del TLP. Añadiendo IPT a la fluoxetina se encontró evidencia (en comparación con la fluoxetina administrada sola) para reducir los síntomas depresivos y aspectos del funcionamiento social y psicológico. Sin embargo, el número de participantes en este último estudio es muy bajo y se necesita más investigación para replicar este hallazgo. En el estudio que se comparó la terapia interpersonal con la terapia cognitiva, el efecto del tratamiento no fue concluyente, excepto en el funcionamiento social donde la terapia cognitiva mejoró las puntuaciones más que la IPT. Por tanto, la evidencia no apoya ninguna recomendación especial sobre el uso de tratamientos combinados de medicación psicotrópica y terapia psicológica en el tratamiento del TLP.

## **4.- Terapia Dialéctica Comportamental**

Las personas que sufren dificultad para tolerar la intensidad de sus emociones frecuentemente utilizan el escape emocional y las conductas de evitación. Los pacientes intentan escapar de las emociones que sienten a pesar de que informen, o no, de esta dificultad para tolerarlas. En muchas ocasiones, intentan eliminar estos sentimientos dolorosos o sustituirlos por otros que perciben que pueden manejar mejor. En este sentido, la Terapia Dialéctica Comportamental asume, al igual que las aproximaciones psicodinámicas y la reciente perspectiva transdiagnóstica sobre los trastornos emocionales (Barlow, Alen y Choate, 2004), que el intento de represión (escape y evitación) del afecto es el aspecto central de la psicopatología del TLP.

Linehan (1993b) desarrolló su aproximación dialéctica gracias al conocimiento de que la intensidad emocional da lugar a intentos impulsivos de escapar del dolor emocional, y que este escape emocional y las conductas de evitación incrementan la intensidad emocional más que disminuirla.

Las intervenciones basadas en la aceptación emocional (reorientación cognitiva y las técnicas de meditación) se centran en disminuir la evitación y el escape emocional. Además, tienen en cuenta el papel fundamental de los factores neurobiológicos en el mantenimiento de altos niveles de activación emocional. El incremento en habilidades de regulación emocional ayuda al paciente en la solución de problemas relacionados con sus problemas emocionales.

Las estrategias terapéuticas de la DBT incluyen la aceptación de las experiencias del paciente (validación de su dolor emocional y sufrimiento) y ofrecen nuevas estrategias de afrontamiento que incluyen la refocalización del significado en su vida y el trabajo en valores del paciente, la exposición a emociones previamente intolerables, la prevención del escape emocional y la introducción del enfoque dialéctico (una nueva aproximación que valida y reconoce el dolor emocional y el sufrimiento pero que promueve el aprendizaje de nuevas y diferentes estrategias para afrontarlas).

A continuación vamos a describir más detalladamente en qué consiste la DBT.

#### 4.1. Modelo teórico

El enfoque teórico de Linehan sobre el TLP supone una aproximación biosocial (Linehan, 1993). Su modelo enfatiza la interacción entre influencias biológicas e influencias del aprendizaje social. Por otra parte, asume una perspectiva basada en la filosofía dialéctica para comprender el trastorno. Este modelo teórico es principalmente un modelo que sirve como base lógica al programa de tratamiento.

##### ***4.1.1. El Trastorno Límite de la Personalidad desde la perspectiva dialéctica***

Linehan (1993a) divide los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) para el TLP en cinco categorías de desregulación. A partir de estas áreas problemáticas (véase Tabla 5), elabora una teoría o modelo para explicar el TLP.

**Tabla 5 - Áreas de desregulación del TLP**

<b>Desregulación Afectiva</b>	Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo; ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla.
<b>Desregulación Conductual</b>	Impulsividad en al menos dos áreas, que puede ser potencialmente peligrosa para el sujeto; amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación.
<b>Desregulación Interpersonal</b>	Esfuerzos titánicos para evitar un abandono real o imaginario; patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por alternar entre los extremos de idealización y devaluación.
<b>Desregulación del sí mismo</b>	Alteración de la identidad: imagen o sentido de sí mismo inestable de forma acusada y persistente; sensaciones crónicas de vacío
<b>Desregulación cognitiva</b>	Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

#### **4.1.2. Modelo biosocial**

Con relación a la etiología del TLP, a pesar de conocer algunas variables relacionadas con el origen del trastorno, aún faltan estudios longitudinales que permitan identificar con mayor claridad los componentes clave relacionados con el desarrollo del mismo. Se ha llegado a un consenso sobre la etiología multifactorial en la que destacan aspectos genéticos, neurobiológicos e influencias psicosociales. Como hemos visto en el apartado de etiología de esta tesis doctoral, existe mucha investigación al respecto, Desde las perspectivas biosociales, el TLP se conceptualiza como un problema de regulación emocional producto de la interacción entre una *vulnerabilidad biológica* y un *ambiente invalidante*. Este modelo se presenta no sólo como un modelo etiológico, sino también como un modelo de mantenimiento del trastorno. En este sentido, las dificultades en regular las emociones podrían ocurrir por la combinación de dos factores: una inherente *vulnerabilidad emocional* y una *dificultad en modular las emociones*. La vulnerabilidad emocional se refiere a una desregulación en todos los aspectos de la respuesta emocional. Como consecuencia, el individuo con TLP presenta: 1) alta sensibilidad ante los estímulos emocionales; 2) una tendencia a experimentar emociones muy intensas; 3) dificultades para volver a su línea de base emocional.

Las dificultades en la regulación emocional están relacionadas con esa alta reactividad. Por ello, parece que a lo largo del desarrollo del problema los pacientes tienen un temor acusado a experimentar emociones lo que conlleva la utilización de estrategias de evitación. Dentro de estas estrategias se incluyen las conductas autolesivas. En este sentido, la autolesión se convierte en una conducta de evitación y el alivio momentáneo actúa como un refuerzo negativo que provoca que la conducta disfuncional se repita en el futuro. Por ello, la evitación emocional produce en muchas ocasiones un desconocimiento de las propias emociones, es decir, no se permiten aquello que temen. En esta línea, las investigaciones (Gottman y Katz, 1989) han encontrado varias tareas importantes para la modulación emocional. Estas tareas incluyen la habilidad de reorientar la atención en presencia de afecto intenso, inhibir las acciones dependientes del estado de ánimo, regular la actividad fisiológica asociada a las emociones, inhibir conductas inapropiadas relacionadas con alto afecto positivo o negativo, y organizar una conducta al

servicio de metas externas y no en función del estado de ánimo experimentado. Estas son habilidades que los pacientes límite tienen dificultad en aprender, por lo que constituyen un aspecto fundamental en la terapia.

Otro aspecto clave, según este modelo, es la implicación de un factor psicosocial o ambiental denominado *ambiente invalidante*. Este factor, tendría sus efectos en el desarrollo de la personalidad, es decir, durante la infancia y adolescencia. La primera característica de este ambiente es que las experiencias privadas (emociones y pensamientos), así como las conductas abiertas hacia las situaciones, “son a menudo tomadas como respuestas inválidas; son castigadas, trivializadas, rechazadas o ignoradas; y/o son atribuidas a características socialmente inaceptables” (Linehan y Kehrer, 1993, p.402). El problema surge cuando el individuo es vulnerable emocionalmente, es decir, cuando tiene dificultades para regular sus emociones. No se reconocen los problemas emocionales del niño, se le pide que cambie pero no se le enseña cómo. El ambiente castiga la expresión de emociones negativas, pero refuerza de forma intermitente las expresiones emocionales muy extremas, por lo que el reforzamiento de las emociones intensas enseña al individuo a oscilar entre inhibición emocional y conductas emocionales extremas. Por otra parte, el ambiente da mensajes erróneos sobre la facilidad de resolver los problemas vitales (p. ej., “si se quiere, uno puede controlarse”). Esto favorece que no se planteen metas realistas y que sea difícil tolerar el malestar. Así, algunas consecuencias posibles de la invalidación incluyen: dificultades en identificar emociones, regular las emociones de forma efectiva, y considerar sus propias experiencias como no válidas.

Finalmente, esta interacción entre vulnerabilidad emocional biológica y ambiente invalidante produce desregulación emocional, que constituye el área más problemática de este trastorno. A su vez, las disfunciones en el área comportamental, interpersonal, cognitiva y de identidad constituyen intentos por controlar la emoción o por conseguir el apoyo del ambiente.

En su teoría inicial, Linehan sugirió un número de sustratos biológicos de la desregulación emocional (p. ej., disfunción límbica), sin embargo, en ese momento no existía mucha investigación al respecto. Recientemente el grupo de Linehan (Crowell, et al., 2009) ha reelaborado el modelo biosocial propuesto por ella anteriormente otorgando una mayor relevancia a la

*impulsividad*. Ésta es considerada en la actualidad como un rasgo primario, y en ocasiones independiente de la emoción. La impulsividad temprana sería un aspecto característico de aquellos que más tarde recibirán un diagnóstico de TLP, y se equipararía a la vulnerabilidad emocional como otro factor de predisposición biológica, que afectaría tanto a las dificultades presentes como a las futuras en la regulación de una determinada emoción.

Este modelo fue reelaborado debido a los resultados de investigaciones recientes que indican la marcada heredabilidad del rasgo de impulsividad (Torgersen, 1994; Kendler et al., 2008), así como con el solapamiento sintomatológico existente entre el TLP y otras patologías, como por ejemplo, los trastornos por abuso y dependencia de sustancias, los trastornos de control de impulsos, el comportamiento antisocial y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

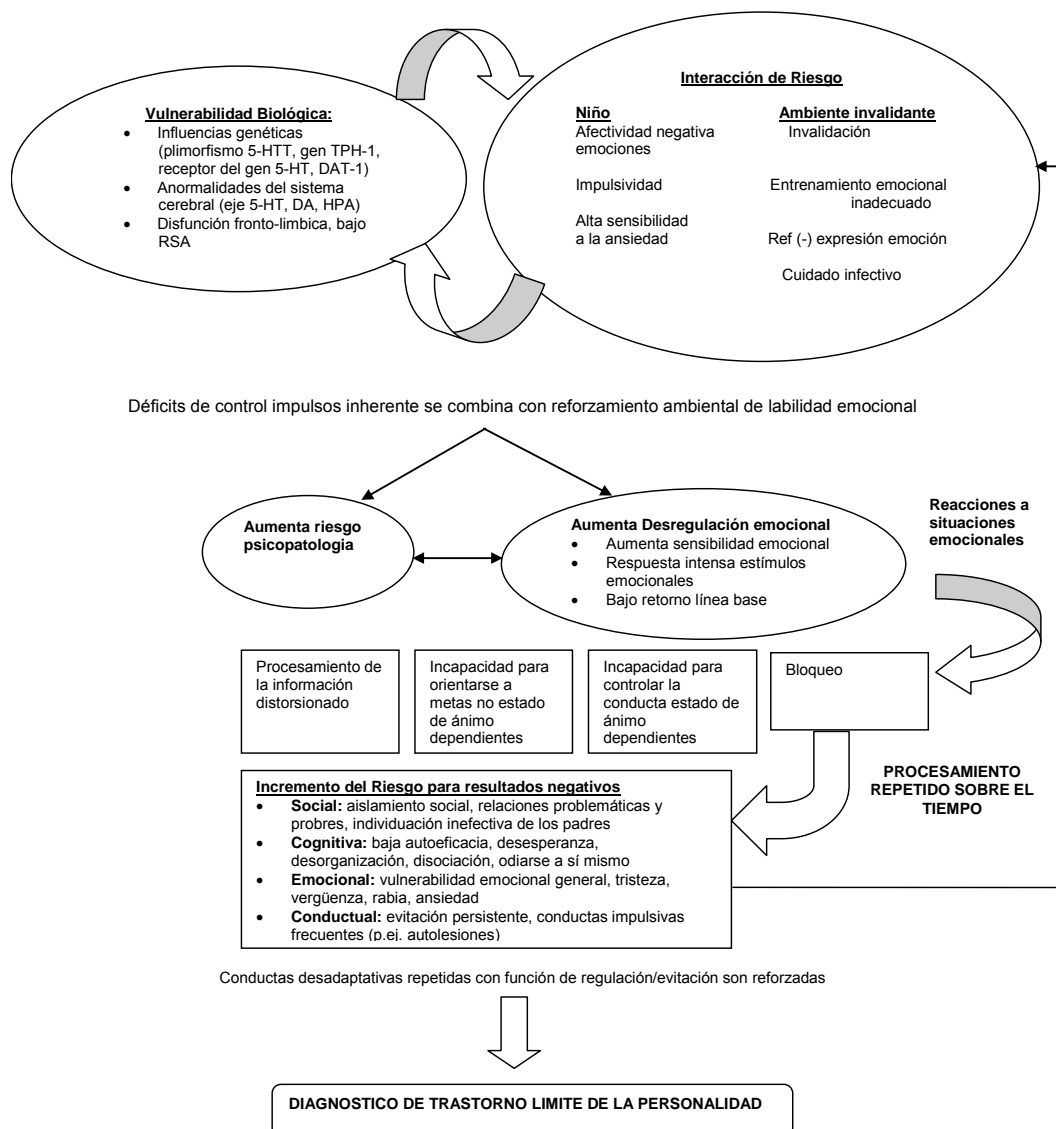
Como se indica en la Figura 1, la *impulsividad* y la *desregulación emocional* están invariablemente unidas, sin embargo, pueden emerger independientemente y secuencialmente durante el desarrollo y esto contribuye a diferentes aspectos de funcionamiento del TLP.

La vulnerabilidad biológica afectaría al temperamento del niño (se refiere a “contribución del niño” en la Figura 1), que a su vez afectará el contexto ambiental (“interacción de riesgo”). Este último perjudicará el funcionamiento biológico del niño, principalmente en los sistemas cerebrales responsables del afecto y la emoción. La interacción entre ambos aspectos generará la progresiva intensificación tanto de las características de vulnerabilidad del niño como del cuidador, que llevarán a la manifestación emocional extrema y al refuerzo de la labilidad emocional. Según el modelo, estas interacciones aumentarán el riesgo de desregulación emocional, específicamente, a la sensibilidad, intensidad y duración de la emoción. Las reacciones cognitivas y comportamentales a situaciones emocionales son desadaptativas como consecuencia de la labilidad emocional, lo que daría lugar a un procesamiento de la información distorsionado, dificultades en regular las acciones para adquirir objetivos a largo plazo, problemas para controlar acciones ligadas a la emoción, y evitación o bloqueo de la emoción. Cuando estas interacciones suceden repetidamente durante meses y años, la desregulación emocional actuaría como un rasgo y las consecuencias serían aislamiento, tristeza, vergüenza, rabia y reiterados comportamientos

impulsivos que aumentarían su frecuencia al ser reforzadas como métodos de regulación y/o evitación emocional.

Así, desde este modelo se reafirma que la vulnerabilidad temprana interactúa con una historia de aprendizaje, lo que determina y mantiene los cuatro tipos de desregulación del TLP: la desregulación emocional, conductual, interpersonal y cognitiva. Por tanto, a partir de esta interacción entre vulnerabilidad biológica y aprendizaje a través del ambiente se podría desarrollar la personalidad "límite"

Figura 1 - Reformulación del Modelo Biosocial -





#### **4.1.3. La filosofía dialéctica**

Linehan incorpora distintos principios dialécticos con el fin de entender y describir el TLP. El modelo y el programa de tratamiento están basados en esta perspectiva, que tiene tres características principales: 1) Principio de *interrelación y globalidad*: el análisis de la realidad en sus partes es limitado si no se tiene en cuenta la relación de las partes con el todo; 2) Principio de *polaridad*: la realidad se compone de tesis y antítesis; y 3) Principio de *cambio continuo*: la realidad es dinámica, las tensiones entre la tesis y la antítesis hacen que se produzcan cambios que llevan a la integración o síntesis, de la cual se derivan dos nuevas fuerzas opuestas, que tienden a integrarse. En este sentido, el TLP puede entenderse como un fracaso dialéctico, es decir, las personas que sufren este trastorno suelen moverse entre tesis y antítesis, mantienen posiciones rígidas y contradictorias y son incapaces de integrarlas. Por otra parte, experimentan sensaciones crónicas de vacío, por lo que no se sienten parte del todo, ni son capaces de integrarse en los sistemas que componen el funcionamiento cotidiano (familia, amigos, pareja, etc.). Los pacientes límite presentan patrones de funcionamiento dicotómicos, que constituyen opuestos que no son capaces de integrar.

La DBT tiene, entre sus objetivos, la solución o integración de dichos patrones. Según Linehan, el enfoque dialéctico simboliza la interacción que se produce entre los pacientes límite y el terapeuta durante este tipo de terapia. Para esta autora, la esencia de la terapia se basa en que el paciente y el terapeuta se encuentran en los dos extremos de un balancín y el objetivo consiste en que ambos se muevan arriba y abajo, adelante y atrás hasta conseguir un equilibrio. El terapeuta debe mantener ese equilibrio pero moviéndose hacia el centro, no hacia los extremos. Así, según este enfoque, se busca conseguir llegar a la síntesis partiendo de los polos opuestos y para ello, son necesarios movimientos rápidos por parte del terapeuta. La calidad de la atención plena en el terapeuta es esencial para conseguir esta velocidad y movimiento, por lo que se recomienda que los terapeutas practiquen *mindfulness* (Lynch y Robins, 1997).

## **4.2. Programa de tratamiento**

La Terapia Dialéctica Comportamental se centra principalmente en el entrenamiento de habilidades y en la validación de las capacidades del paciente. El objetivo fundamental de esta terapia es que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema, reduciéndose de esta forma, las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo. De la misma forma, se pretende que el individuo aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos.

Podemos destacar algunos aspectos que constituyen importantes innovaciones de esta terapia. En primer lugar, a diferencia de otros programas cognitivo-comportamentales, la DBT es una intervención basada en principios terapéuticos y no una intervención basada en un manual de tratamiento (Miller y Rathus, 2000). En segundo lugar, se basa en una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia, lo que permite un abordaje flexible en función de las necesidades de cada paciente. Otra aportación relevante de la terapia de Linehan es el cambio en el enfoque de la terapia. La terapia cognitivo-comportamental tradicional se centra en conseguir la resolución de problemas emocionales a través del cambio comportamental y cognitivo. Linehan, sin embargo, pone el énfasis en la aceptación y la validación, para desde ahí conseguir el cambio. Según el modelo teórico que defiende esta autora, los individuos con este trastorno han sufrido una invalidación por parte del ambiente. Por ello, incidir en el cambio de forma directa, podría poner en riesgo que los pacientes interpreten la base lógica del tratamiento como el mensaje que siempre han escuchado por parte de su ambiente. De la misma forma, tampoco se debe confundir la aceptación y validación con una actitud paternalista hacia el paciente o una excesiva permisividad. Un último aspecto importante a destacar de la DBT es el hecho de que las sesiones clínicas constituyen un aspecto más de terapia como lo es la terapia individual o grupal, por lo que la intervención se realiza por un equipo de terapeutas, no por terapeutas aislados.

### 4.2.1. Aspectos generales

Antes de especificar la estructura del tratamiento, Linehan plantea una serie de pasos generales (véase la Tabla 6) a tener en cuenta durante el mismo (García Palacios, 2004).

Tabla 6 - Visión general de la Terapia Dialéctica Comportamental

PASOS GENERALES	OBJETIVOS
1. Preparar el escenario	Establecer metas Establecer relación terapéutica
2. Estrategias esenciales	Estrategias de validación Estrategias de solución de problemas
3. Equilibrar estilos de comunicación	Estilo recíproco vs. estilo irreverente
4. Combinar la intervención terapéutica	Intervención con el paciente Intervención con el ambiente
5. Tratar al terapeuta	Sesiones clínicas

#### 1. Preparar el escenario

Este sería el primer paso cuyos objetivos son, por un lado, establecer las metas y orientar al paciente hacia la terapia, y por otro, establecer la relación terapéutica. Las metas pueden variar de acuerdo a cada caso concreto, aunque la DBT propone la siguiente jerarquía: 1) Reducción de conductas suicidas y parasuicidas; 2) Reducción de conductas que amenazan el proceso de la terapia; 3) Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente; 4) Incrementar habilidades comportamentales; 5) Resolver el estrés postraumático; 6) Lograr la autovalidación y el respeto por uno mismo. Por otro lado, para establecer una buena relación terapéutica las estrategias de validación y aceptación son fundamentales.

#### 2. Aplicar las estrategias nucleares

El segundo paso se basa en aplicar las estrategias de *validación* y la *solución de problemas*.

La *validación* consiste, por una parte, en reconocer y validar las capacidades, creencias, emociones y recursos que posee el paciente. Y por otra, hacer entender y transmitir al paciente que su patrón de funcionamiento obedece a un problema emocional importante y que las conductas límite constituyen intentos de solucionar el problema por parte del individuo. Este

concepto recuerda a las actitudes básicas generales propuestas por Carl Rogers (2000) para la terapia. Según este autor, el terapeuta tiene que ofrecer al cliente una relación que se define por tres condiciones *necesarias y suficientes* para lograr el éxito de la misma. Las tres primeras características o condiciones son *empatía, aceptación positiva incondicional y autenticidad o congruencia*. Todo el proceso de la psicoterapia puede traducirse como la actitud del psicoterapeuta en una profunda creencia de respeto y aceptación del cliente y de sus propias capacidades para el cambio, de este modo, todo lo que se hace en la psicoterapia es la instrumentalización de esa actitud.

Por otro lado, la segunda estrategia utilizada es la *solución de problemas* que constituye la técnica de cambio básica del tratamiento. El patrón de funcionamiento que presenta el paciente se trata como un problema que está causando malestar y gran interferencia en áreas vitales del paciente. Por tanto, se analiza la forma conductual de dicho problema, se pacta un compromiso de seguir el tratamiento durante un tiempo como posible solución, y por último, se aplica el tratamiento. Además de estos dos tipos de estrategias básicas, se utilizan otras muchas en función de los problemas que presente el paciente, como serían, el entrenamiento en habilidades, manejo de contingencias y las técnicas de exposición y reestructuración cognitiva.

### **3. Combinar la terapia**

El siguiente paso consiste en combinar la terapia con el paciente junto con intervenciones en el ambiente. En este sentido, el objetivo es que el paciente pueda llegar a ser capaz de resolver los problemas por sí mismo. Sin embargo, en muchas ocasiones, la relación del paciente con el ambiente ha llegado a ser tan problemática que el terapeuta debe realizar también intervenciones con el entorno para que aquél pueda aplicar las estrategias que va adquiriendo en terapia. Para ello, existe una adaptación del entrenamiento en habilidades de la DBT para intervenir en familias de pacientes con TLP (ver Hoffman, Fruzzetti y Swenson, 1999).

En otras ocasiones, cuando existen problemas económicos o de relaciones familiares muy desestructuradas, el terapeuta puede pedir ayuda a los servicios sociales como apoyo al paciente o a sus familiares.

#### **4. Tratar al terapeuta**

La atención al terapeuta es un aspecto fundamental en la DBT. El tratamiento de un paciente con TLP es una tarea compleja y su patrón de funcionamiento disfuncional repercute en la relación terapéutica. Los compromisos adquiridos se rompen con frecuencia y se producen abandonos e intentos de manipulación de dicha relación. Por ello, Linehan recomienda que los casos se lleven en equipo por medio de sesiones clínicas, supervisión del terapeuta y consulta de casos.

##### ***4.2.2. Modos de aplicación del tratamiento***

El modo de aplicación básico es la terapia individual. A cada paciente se le asigna un terapeuta, que será el que lleve a cabo el diseño y aplicación del tratamiento completo. La terapia consiste en sesiones con periodicidad semanal que duran entre 50 y 60 minutos y en algunas ocasiones puede llegar a 90 o 110 minutos. Complementariamente a la terapia individual, se lleva a cabo la terapia grupal con el objetivo de entrenar en distintas habilidades. El entrenamiento dura un año, a razón de una sesión por semana con una duración de 2 horas y media. El grupo consta de 6 a 8 pacientes y 2 terapeutas. Cuando el paciente finaliza el grupo, se le plantea la posibilidad, al mismo tiempo que continúa la terapia individual, de unirse a grupos de apoyo formados por otros pacientes, con el fin de ir integrando las habilidades adquiridas en la vida diaria.

Además, se establecen también consultas telefónicas con el objetivo de disponer de un recurso para reducir el riesgo de conductas suicidas, incrementar la generalización de habilidades comportamentales y reducir los sentimientos de distancia y confrontación con el terapeuta.

Por otra parte, se realizan sesiones clínicas en las que cada miembro del equipo recibe supervisión y recomendaciones por parte de los demás miembros y se toman decisiones sobre el desarrollo de la terapia.

En numerosas ocasiones, es necesaria la utilización de tratamientos complementarios. Son frecuentes los tratamientos farmacológicos y, a veces, se requiere hospitalización o asistencia en centros de día, así como tratamiento de problemas asociados, como, por ejemplo, adicciones, trastornos de la conducta alimentaria, problemas de pareja o asesoramiento vocacional.

### 4.2.3. Estructura del tratamiento

En este apartado, vamos a describir con más detalle la estructura del tratamiento y las estrategias utilizadas durante el mismo. La intervención se estructura en una fase de pretratamiento y tres fases de tratamiento (García Palacios, 2006). En la Tabla 7, se muestra la estructura de la Terapia Dialéctica Comportamental.

**Tabla 7 - Estructura general de la Terapia Dialéctica Comportamental**

PRE-TRATAMIENTO	TRATAMIENTO
Establecimiento de la relación terapéutica Establecimiento de metas terapéuticas Acuerdos entre paciente y terapeuta	<b>Fase 1</b> Reducción de conductas suicidas Reducción de conductas que interfieren en el proceso terapéutico Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente Incremento de habilidades: atención plena, regulación emocional, tolerancia al malestar, habilidades sociales.
	<b>Fase 2</b> Tratamiento del estrés postraumático
	<b>Fase 3</b> Logro de metas individuales

El pretratamiento está dirigido a la orientación del paciente hacia la terapia, es decir, el establecimiento de la relación terapéutica, de las metas y de los compromisos. Las metas coinciden con la jerarquía que citamos anteriormente: 1) Reducción de conductas suicidas y parasuicidas; 2) Reducción de conductas que amenazan el proceso de la terapia; 3) Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente; 4) Incrementar habilidades comportamentales; 5) Resolver el estrés postraumático; 6) Lograr autovalidación y respeto por uno mismo.

En esta fase, se hacen explícitos una serie de acuerdos básicos para el buen funcionamiento de la terapia, tanto por parte del paciente como del terapeuta. En primer lugar, se establece un compromiso de asistir a terapia durante un año que puede renovarse anualmente. Al final del año se evalúa el progreso y se determina si continuar o no. Asimismo, se establece un compromiso de asistencia a las sesiones. En caso de no asistir a terapia más

de cuatro sesiones seguidas, sin causa justificada, se da por terminada la terapia hasta la finalización del contrato, momento en el que se volverá a negociar la admisión. En este sentido, la fase de pretratamiento se hace imprescindible, porque en ella se determinan los límites de la terapia, unos límites flexibles, pero constantes que van a guiar la terapia, con el fin de promover la adhesión al tratamiento.

La primera fase del tratamiento tiene una duración de un año. En esta fase se llevan a cabo las metas principales del tratamiento utilizando terapia individual, terapia de grupo y consultas telefónicas. Se trata de disminuir conductas suicidas, conductas que interfieran en la terapia y conductas que interfieran en la calidad de vida, y aumentar habilidades de atención plena, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y de eficacia interpersonal. 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 terapia a la vida cotidiana.

Las estrategias básicas en esta fase son la validación y la solución de problemas. La solución de problemas constituye la estrategia de cambio básica. El patrón de funcionamiento que presenta el paciente se trata como un problema que está causando malestar y gran interferencia en áreas vitales importantes de la persona. A lo largo de la terapia se analizan de forma conductual los problemas, se generan y analizan posibles soluciones y se orienta al paciente hacia la solución óptima. Se pacta un compromiso para comprometerse durante un tiempo en el tratamiento como posible forma de solución y se utilizan las técnicas terapéuticas necesarias para solucionar el problema.

Durante esta etapa, lo que guía la terapia individual es la jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia. Así, los objetivos terapéuticos específicos para cada paciente se organizan en función de esa jerarquía de prioridades. Como en otros contextos vitales, los pacientes con TLP tienden a ser muy inestables con respecto a la terapia. De este modo, la estructura de esta terapia permite que exista un orden pre-establecido respecto a los temas a tratar en la sesión. Por ejemplo, imaginemos un paciente con el que se está trabajando un problema interpersonal durante las últimas dos sesiones pero en la siguiente sesión se determina que se ha producido un acto parasuicida. Entonces, en esa sesión ése será el aspecto a tratar porque corresponde al aspecto más prioritario en

la jerarquía. Así, según el objetivo que se persiga, se utilizarán diferentes tipos de estrategias.

A continuación, describimos las estrategias generales que se pueden utilizar durante la terapia individual. Las dos primeras estrategias se basan en la definición del problema y las demás constituyen estrategias de intervención.

- *Estrategias estructurales:* las sesiones se estructuran a partir de la información que el paciente recoge en una herramienta básica, el diario DBT. En ese diario se establecen los objetivos específicos para cada paciente de acuerdo a la jerarquía de prioridades. Por tanto, lo primero en cada sesión es revisar y dar importancia al progreso conseguido desde la última sesión mediante el uso del diario. Además, el terapeuta también revisa la evolución del paciente respecto a otros tipos de terapia que el paciente esté recibiendo (terapia grupal, tratamiento farmacológico, etc.). Durante la sesión, se considera muy relevante que el terapeuta se focalice en las emociones, atendiendo explícitamente a cualquier estado de ánimo del paciente que interfiera seriamente con la terapia. Por último, es necesario que el terapeuta utilice estrategias para dar por terminada la sesión como resumir lo trabajado en sesión, programar tareas para casa o contactos telefónicos entre sesiones si es el caso, y utilización de tácticas para dar por finalizada una fase de la terapia como concertar la siguiente cita dando una sensación de continuidad de la terapia. Para ello, en las últimas sesiones de cada fase, se va revisando el progreso conseguido y los aspectos tratados, se planifica la siguiente fase de tratamiento o se analizan las posibles dificultades del paciente con respecto a la finalización de la terapia.
- *Estrategias de evaluación del problema:* el objetivo de estas estrategias es evaluar el problema específico que el terapeuta y el paciente van a trabajar en terapia en un momento determinado. El primer paso es definir el problema en términos de sus distintos componentes: contexto, conductas, pensamientos, emociones, etc., con el fin de determinar qué es lo esencial de ese problema. Se describe el problema de forma específica, relacionando la conducta con patrones de comportamientos más generales y describiendo esos



patrones a lo largo del tiempo. El terapeuta genera y pone a prueba hipótesis sobre los factores que influyen la conducta del paciente. La definición del problema se puede llevar a cabo por medio del análisis conductual. Este análisis proporcionará información para clarificar cuál es la función de esa conducta y por qué se mantiene. Otros aspectos relacionados con la evaluación del problema son la definición de metas y objetivos respecto a la terapia o respecto a otras áreas vitales del paciente y el planteamiento de preguntas relevantes por parte del terapeuta con el fin de recoger la información necesaria para llevar a cabo el tratamiento.

- *Entrenamiento en solución de problemas:* como ya hemos dicho, la técnica básica de cambio en la DBT es la solución de problemas. Cada objetivo específico se plantea como un problema que hay que solucionar. Una vez definido el problema el terapeuta ayuda al paciente a generar y analizar posibles soluciones y orienta hacia la solución óptima. Cuando es adecuado, el terapeuta proporciona información didáctica que sea relevante, enseña o modela conductas o habilidades nuevas, instruye y utiliza información para corregir, moldear y delinear conductas y habilidades e intenta conseguir un fuerte compromiso por parte del paciente para llevar a cabo la solución. Asimismo, el terapeuta ayuda a que el paciente generalice las habilidades o conductas aprendidas en la consulta al ambiente natural, anticipando posibles dificultades y ensayando la solución a adoptar antes de llevarla a cabo en ese ambiente natural.
- *Estrategias de manejo de contingencias:* la DBT es un programa de tratamiento que enfatiza el establecimiento de contingencias claras en el tratamiento del TLP, lo que contribuye a crear un ambiente de validación. En este sentido, el terapeuta refuerza conductas adaptativas, extingue conductas desadaptativas, proporciona contingencias aversivas como respuesta a conductas disfuncionales y utiliza los principios del moldeamiento para reforzar la conducta del paciente. Asimismo, desde el inicio de la terapia el terapeuta establece y comunica sus propios límites al paciente (p. ej., el horario, duración y frecuencia de los contactos telefónicos).

- *Estrategias de exposición:* Linehan (1993a) distingue entre *exposición informal* y *formal*. La exposición formal supone utilizar la exposición basada en un protocolo estandarizado (p. ej., exposición en vivo ante un estímulo fóbico). Sin embargo, la exposición informal suele utilizarse con más frecuencia para el tratamiento de las emociones intensas (p. ej., miedo, culpabilidad, ira, etc.). Se presentan estímulos que puedan provocar la respuesta emocional y se bloquean las conductas de escape, de forma que el paciente se exponga a la emoción. Esto se hace de forma repetida hasta que la intensidad de las emociones disminuya y el paciente tenga una percepción de mayor control sobre sus emociones.
- *Estrategias cognitivas:* la DBT incluye entre sus estrategias la terapia cognitiva, pero lo más habitual es utilizar distintas tácticas cognitivas de manera informal. El terapeuta clarifica contingencias observadas en la conducta del paciente (antecedentes y consecuencias de sus conductas), ayuda al paciente a identificar y describir cogniciones, a retar los pensamientos automáticos y a modificarlos.
- *Estrategias de validación:* la técnica básica de aceptación es la *validación*. Linehan (1993a) describe siete tipos de validación: *Validación 1:* manifestar interés por el paciente, adoptar una actitud de escucha ante su discurso; *Validación 2:* reflejar los sentimientos, pensamientos y las conductas verbales y no verbales del paciente por medio de observaciones, resúmenes y repeticiones; *Validación 3:* expresar los pensamientos, sentimientos, impulsos que no han sido expresados explícitamente por el paciente. Linehan llama a este tipo de validación "leer la mente" (*mindreading*); *Validación 4:* el terapeuta explica la conducta del paciente de acuerdo al modelo teórico de la DBT para dar una explicación a los problemas del paciente; *Validación 5:* el terapeuta encuentra y articula la validez de las respuestas del paciente de acuerdo a acontecimientos presentes (p. ej., mediante el análisis de una conducta desadaptativa como el abuso del alcohol en un determinado momento, el terapeuta encuentra que el individuo abusa del alcohol como medio de escapar de un sufrimiento emocional extremo). De esta forma, el terapeuta valida y enfatiza las

dificultades primarias del paciente, que no es el abuso del alcohol, sino los problemas en la regulación de las emociones; *Validación 6*: la interacción con el paciente es radicalmente genuina. El terapeuta se muestra espontáneo, trata al paciente con respeto y como a una persona del mismo estatus, comunicando de forma implícita confianza en las capacidades del paciente para conseguir el cambio; *Validación 7*: El terapeuta comunica al paciente de forma explícita que cree en él/ella. Se trata de generar esperanza, dar ánimos, y expresar la creencia de que es posible superar los problemas y tener una vida que valga la pena vivir.

- *Estrategias de comunicación recíproca*: la comunicación recíproca consiste en que el terapeuta se toma en serio las preocupaciones del paciente y se muestra vulnerable a la influencia del mismo, es colaborador y flexible. Expresa calidez en la comunicación con el paciente y mantiene la actitud de no juzgarle. También entra dentro de la comunicación recíproca el uso de auto-revelaciones respecto a la terapia, aspectos autobiográficos, y modelado mediante la comunicación de experiencias propias. Otro aspecto es el hecho de dar y recibir contacto físico dentro de unos límites éticos adecuados.
- *Estrategias irreverentes*: también es posible utilizar un estilo de comunicación irreverente en algunos casos. Por ejemplo, comentar las conductas disfuncionales del paciente de forma explícita, manteniendo una conversación normal sobre las mismas y confrontar esas conductas disfuncionales de forma directa. Otro estilo utilizado sería la irreverencia no ortodoxa que consiste en utilizar respuestas inesperadas, irreverentes e incluso cómicas con el fin de llamar la atención del paciente, cambiar su respuesta emocional o mostrarle un punto de vista totalmente diferente. Por ejemplo, un paciente dice “*me voy a suicidar*” y el terapeuta le responde “*creía que habíamos acordado que no ibas a dejar la terapia*”. El uso de estrategias irreverentes requiere un grado importante de formación y experiencia clínica y sólo se utilizan en momentos en los que es necesario “descolocar” al paciente para captar su atención y poder trabajar en un problema determinado.

- *Estrategias dialécticas*: según esta perspectiva, los pacientes límites presentan patrones de funcionamiento dicotómicos, que constituyen opuestos que no son capaces de integrar. Por ello, el objetivo sería la resolución o integración de dichos patrones opuestos. Un modo de conseguirlo es equilibrar el uso de estrategias de aceptación y estrategias de cambio en el curso de la terapia, fomentando el uso de soluciones que promuevan el término medio, equilibrando el uso de estrategias de aceptación y cambio en general y en situaciones específicas. Por ejemplo, magnificar la tensión entre los polos dialécticos facilita el movimiento y el cambio; se trata de subrayar la contradicción entre dos polos utilizando estrategias como por ejemplo hacer de abogado del diablo. El terapeuta trabaja para conseguir síntesis y modela el pensamiento y comportamiento dialéctico. Es muy útil el uso de metáforas, historias y analogías como herramientas de la terapia. Es importante que el terapeuta se mueva con fluidez desequilibrando al paciente ligeramente.

Complementariamente, durante esta fase, se realiza un entrenamiento de cuatro tipos de habilidades: habilidades de atención plena (*mindfulness*), de regulación emocional, de tolerancia al malestar y habilidades de eficacia interpersonal. Este entrenamiento constituye la terapia grupal. La meta principal del entrenamiento en habilidades comportamentales consiste en aprender y aplicar en la vida diaria habilidades con el fin de mejorar patrones comportamentales, interpersonales, emocionales y cognitivos que causan malestar y que producen una gran interferencia en la vida de los pacientes límite. Una de las características de los pacientes límite es que les resulta muy difícil generalizar lo que aprenden en terapia a sus vidas cotidianas. Por esta razón, se recomienda que las habilidades que se aprendan se practiquen en todos los contextos relevantes mientras el paciente acude a terapia, para conseguir la generalización y consolidación de las destrezas adquiridas.

A continuación, describiremos brevemente las habilidades que se pueden categorizar en: 1) Habilidades de Aceptación (atención plena y tolerancia al malestar) y 2) Habilidades de Cambio (regulación emocional y eficacia interpersonal) (Linehan, 1993b):

- *Habilidades de atención plena (mindfulness)*. La meta fundamental es que los pacientes aprendan a tomar conciencia de sus experiencias (emociones, cogniciones, conductas, etc.). Se trata de adoptar una actitud de contemplación de nuestras experiencias, dándonos la oportunidad de conocerlas y aceptarlas y no realizar juicios de valor sobre las mismas de forma impulsiva y en función del estado de ánimo. Se trata de focalizar la atención en el momento presente y en las experiencias presentes, en vez de evitarlas. Éste es el primer paso para poder descubrir y validar lo adaptativo y, por otra parte, para poder reemplazar las conductas problema por nuevas formas de sentir, pensar o comportarse que sean más adaptativas. Las técnicas de *mindfulness* están basadas principalmente en la filosofía oriental Zen. Estas estrategias se dividen en las técnicas “Qué” y las técnicas “Cómo”. Las técnicas “Qué” incluyen el aprendizaje de observar, describir y participar de nuestras experiencias. El objetivo es desarrollar una actitud de participar con conciencia de nuestras experiencias. Las técnicas “Cómo” se llevan a cabo al mismo tiempo que las estrategias “Qué”. ¿Cómo observamos, describimos y participamos?: sin juzgar y experimentando los acontecimientos de uno en uno, señalando las ventajas de ser más conscientes de nuestras experiencias para poder aceptarlas o cambiar lo que nos traiga problemas. Estas estrategias se practican durante todo el entrenamiento en habilidades como un requisito previo para entrenar las otras estrategias.
- *Habilidades de tolerancia del malestar*. Estas estrategias sirven para sobrevivir a los momentos difíciles como las crisis emocionales extremas. Se trata de encontrar un significado al sufrimiento. El sufrimiento forma parte de nuestras vidas y no nos podemos deshacer de él; la incapacidad de aceptar este hecho lleva invariablemente a mayor sufrimiento. Tolerar el malestar es un primer paso para intentar llevar a cabo cambios que me permitan reducir el sufrimiento. Los pacientes límite tienden a evitar el malestar, las conductas límite son intentos muy desadaptativos de evitar el sufrimiento. La evitación lleva a un desconocimiento del malestar y a un aumento del mismo. El objetivo de estas técnicas es aprender cómo afrontar una situación negativa sin convertirla en una situación peor. Las tácticas de

tolerancia del malestar incluyen cuatro tipos de técnicas: tácticas de distracción, confortarse a sí mismo, mejorar el momento y analizar pros y contras.

- *Habilidades de regulación emocional.* Los objetivos de estas técnicas son los siguientes: a) Identificar y etiquetar las emociones, es decir, aprender a observar y describir las emociones y los contextos en los que se dan. Se incluye psicoeducación sobre qué son las emociones, se analizan los distintos tipos de emociones y sus cualidades adaptativas. Se propone un modelo de las emociones que ayuda a discriminar lo que ocurre cuando se experimenta una emoción, y por tanto, a conocerlas; b) Identificar obstáculos para el cambio emocional, identificando, mediante el análisis conductual, las contingencias que refuerzan las emociones problemáticas; c) Reducir la vulnerabilidad emocional, mediante el cambio de hábitos disfuncionales y la puesta en práctica de hábitos saludables (ingesta, sueño, conducta de enfermedad, etc.); d) Incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos mediante la programación y realización de actividades placenteras y el trabajo en valores.
- *Habilidades de eficacia interpersonal.* El problema de estos pacientes no radica en sus habilidades sociales, sino en las expectativas erróneas sobre la forma en que los demás y ellos mismos deben comportarse en las interacciones sociales. El entrenamiento está dirigido a retar las expectativas negativas que los pacientes tienen sobre el contexto social, los demás y sobre ellos mismos. En esta fase del entrenamiento se trabaja en equilibrar prioridades y demandas, poner en equilibrio los deseos y las obligaciones y construir competencia y dignidad personal. Las técnicas que se incluyen son las tácticas asertivas y manejo de conflictos interpersonales, utilizando principalmente la solución de problemas y los ensayos de conducta.

Pasado el primer año de terapia, la segunda fase del tratamiento está dedicada al tratamiento del estrés postraumático. Esta fase no tiene una duración determinada. Como ya hemos comentado, los pacientes con TLP presentan una alta comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático. Por

una parte, es frecuente encontrar experiencias traumáticas en las historias de estos pacientes. Por otra, debido a los problemas de regulación emocional, estos individuos presentan dificultades en la elaboración de acontecimientos traumáticos o pérdidas. Por ello, la DBT dedica una fase del programa al tratamiento de este aspecto. Para el tratamiento del estrés postraumático, Linehan incorpora las técnicas cognitivo- conductuales diseñadas por Foa y Rothbaum (1998). Además, en esta fase se consolidan las habilidades adquiridas en la primera fase y los pacientes tienen la posibilidad de asistir a grupos de apoyo para afianzar los logros y prevenir recaídas.

Por último, la tercera fase, que tampoco tiene una duración específica. Un objetivo importante es que el paciente construya respeto por sí mismo y que aprenda a validar sus propias experiencias. Finalmente, un segundo objetivo sería que el paciente comience a plantearse y perseguir metas vitales realistas en distintas áreas como el trabajo, la familia, la pareja, etc.

#### ***4.2.4. Adaptaciones para otros trastornos***

La DBT está siendo adaptada para el tratamiento de otros problemas mentales. El foco principal de esta terapia son los problemas en la regulación emocional. Siguiendo esta lógica, algunos investigadores están estudiando la eficacia de este programa de tratamiento en otros trastornos donde aparecen dificultades en la regulación de los afectos. A continuación, presentamos las principales adaptaciones que han puesto a prueba algunos investigadores.

Una adaptación se refiere a los **trastornos de la conducta alimentaria**. Dos de los tres tipos más reconocidos, el trastorno por atracón y la bulimia, desde el punto de vista del tratamiento, se podrían considerar como trastornos del control de impulsos, y por tanto, se podría utilizar para su tratamiento algunos elementos relacionados con la regulación de la impulsividad que se utilizan en la DBT.

En esta línea, Telch, Agras y Linehan (2000) realizaron un estudio piloto que examinó una adaptación de la DBT para pacientes con trastorno por atracón. Se trataba de 20 sesiones de terapia de entrenamiento en habilidades y análisis conductual que sería el aspecto central de la terapia individual en la DBT estándar. De 11 mujeres que entraron en el grupo de tratamiento, ninguna abandonó el tratamiento y completaron las medidas

pretratamiento y postratamiento. En el 82% de los casos se eliminaron por completo los atracones al final del tratamiento. A los tres meses de seguimiento mantuvieron la abstinencia de atracones el 80% de las mujeres y a los seis meses de seguimiento el 70% de las participantes.

Un año después, estos mismos autores realizaron un estudio controlado (Telch, Agras y Linehan, 2001) comparando la adaptación de la DBT para el trastorno por atracón con una condición de lista de espera para mujeres con trastorno por atracón. La DBT consiguió mayores mejorías en atracones, imagen corporal, otras conductas alimentarias e ira. De hecho, en el 89% de participantes con DBT se eliminaron por completo los atracones en el postratamiento, comparados con el 12,5% de los participantes controles.

En la misma línea, Safer, Telch y Agras (2001) compararon una modificación de la DBT (que incluía entrenamiento grupal y la terapia individual estándar) con un grupo de lista de espera para pacientes con bulimia nerviosa. Los pacientes tratados con DBT mostraron un decremento significativo en la frecuencia de purgas y atracones. En el postratamiento, el 20% de los pacientes en lista de espera y el 36% de los pacientes DBT no cumplieron criterios para la bulimia.

Por otro lado, McCann, Ball e Ivanoff, (2000) adaptaron la DBT para población de centros de detención o **población forense**. La DBT fue modificada para incluir componentes terapéuticos conductuales relacionados con el homicidio y violencia interpersonal, reforzamiento del registro sincero de conductas desadaptativas, evaluar adquisición de habilidades con técnicas de juego de roles, e intervención para la insensibilidad emocional de pacientes antisociales.

En esta línea, Evershed y sus colaboradores (2003) realizaron un estudio comparando la terapia individual y la DBT en una muestra de presos (todos hombres) y se realizó un seguimiento a los 18 meses. Los pacientes que recibieron DBT obtuvieron una mayor reducción de la gravedad en los episodios de violencia y de las emociones negativas relacionadas con el enfado, menor predisposición y expresión de la ira. Asimismo, informaron de menor hostilidad promedio en la vida cotidiana,

En otro estudio realizado en Reino Unido, Low y sus colaboradores (2001) investigaron el uso de la DBT para mujeres con TLP detenidas en un



hospital de alta seguridad. En este estudio, diez mujeres con TLP y conductas autolesivas concurrentes, recibieron un año de DBT. Estos autores encontraron un decremento en autolesiones y experiencias disociativas y un incremento en estrategias de afrontamiento. Aunque este estudio presenta limitaciones, sugiere que la DBT podría ser eficaz en centros de seguridad con pacientes que padecen un TLP grave.

Otra adaptación importante se refiere al **Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)**. Aunque el tratamiento primario para este trastorno es la medicación estimulante, los pacientes con este trastorno podrían beneficiarse del desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Hesslinger y colaboradores (2002) han desarrollado en Alemania un programa de entrenamiento en grupo de 13 sesiones para adultos con TDAH que consiste en una adaptación breve del entrenamiento en habilidades. Además de la presentación y discusión sobre el TDAH, consecuencias del problema en las relaciones, neurobiología, depresión, abuso de sustancias y medicación, el grupo incluye dos sesiones de práctica de atención plena, dos sobre conducta impulsiva y tolerancia al malestar, uno de regulación emocional y dos de análisis conductual.

En un estudio no controlado, Hesslinger et al. (2002) escogieron a once pacientes que habían recibido esta adaptación de la DBT y que habían tenido pocos cambios en la medicación durante el estudio. Después del tratamiento se encontraron disminuciones significativas en depresión y síntomas de TDAH y mejorías significativas en tests neuropsicológicos de atención selectiva.

Por otro lado, Lynch, Morse, Mendelson, y Robins (2003) han desarrollado y evaluado una adaptación de la DBT para **personas mayores con depresión**. Lynch y sus colaboradores (2003) evaluaron la adaptación en un estudio controlado, asignando aleatoriamente a 24 adultos (crónicamente deprimidos, dependientes y con quejas médicas múltiples) con una edad de alrededor de 60 años, a dos condiciones: 1) medicación antidepresiva y manejo clínico (MED); 2) MED, más una sesión semanal de entrenamiento en habilidades en grupo DBT (con una duración de 28 semanas en dos ciclos), y media hora semanal de consulta telefónica con el terapeuta individual. Los resultados indicaron que los grupos de tratamiento no diferían significativamente en síntomas de depresión, aunque el 71% de los pacientes

que recibieron MED+DBT y solamente el 47% de los pacientes que recibieron MED presentaron una remisión de los síntomas en el postratamiento. Además, el grupo MED+DBT mostró mejoras significativas en *sociotropía*, un factor asociado con vulnerabilidad a la depresión, y mejoras en el afrontamiento de eventos estresantes. A los seis meses de seguimiento, se produjeron más remisiones en el grupo MED+DBT (75%) que en el grupo MED (31%). Sin embargo, el estudio se vio limitado por el pequeño tamaño de la muestra y por el porcentaje mayor de mujeres que de hombres, lo que impide la generalización.

Respecto a la **población adolescente**, el grupo de Miller (Miller, Rathus, Linehan, Wetzler, y Leigh, 1997) describieron una adaptación de la DBT para el tratamiento de adolescentes suicidas. Las primeras modificaciones incluyeron: a) reducir la duración de la terapia a 12 semanas; b) disminuir el número de habilidades y simplificación del lenguaje de los materiales terapéuticos de entrenamiento en habilidades; c) incluir a los padres u otros cuidadores en el entrenamiento en grupo para ayudarlos a entrenar al adolescente en el uso de habilidades y a mejorar sus propias habilidades cuando interactúan con los adolescentes, reduciendo la disfunción familiar; d) incluir a los miembros de la familia en algunas sesiones de terapia individual cuando los asuntos familiares son primordiales. Las sesiones de terapia individual se realizaban dos veces a la semana. Las consultas telefónicas y las reuniones de supervisión entre el equipo de terapeutas se realizaron como en la DBT estándar.

Dos estudios han mostrado resultados prometedores de adaptaciones de la DBT con adolescentes suicidas con síntomas de TLP tanto en pacientes en régimen ambulatorio (Rathus y Miller, 2002), como en pacientes hospitalizados en régimen de larga estancia (Katz, Gunasekara y Miller, 2004).

Rathus y Miller (2002) informaron de resultados de un estudio no controlado para poner a prueba la adaptación. Los adolescentes que en las seis semanas previas al tratamiento habían tenido un intento de suicidio fueron asignados a la DBT (n=29), otros adolescentes (n=82) fueron asignados a una condición de tratamiento habitual, que consistió en terapia individual psicodinámica dos veces a la semana y terapia familiar una vez a la semana. Después de un tratamiento de 12 semanas, los grupos no diferían en intentos de suicidio, sin embargo, el grupo DBT que tenían síntomas más

severos y hospitalizaciones en el pretratamiento, y los pacientes que recibieron DBT, tuvieron menor porcentaje de abandonos y menos días de ingreso psiquiátrico.

En segundo lugar, Katz y sus colaboradores (2004) asignaron a 62 adolescentes suicidas en régimen de larga estancia, a dos condiciones: una unidad de DBT y una unidad de TAU. La asignación se basó en la evaluación del tiempo de ingreso. La media de estancia en ambos grupos fue de 18 días. La DBT redujo significativamente los problemas de conducta en el centro durante el tratamiento (incluyendo agresiones a la plantilla del hospital y a sí mismos). Las reducciones significativas en el Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depresión Inventory*) y en la Escala de Desesperanza de Kazdin para niños (*Kazdin Hopelessness Scale for Children*) sugieren que la DBT fue más eficaz en reducir los factores de vulnerabilidad al suicidio después de un año.

Además, la DBT ha sido aplicada en pacientes que cumplen criterios para el TLP y otras patologías del Eje I.

Las personas con **TLP** comúnmente presentan comorbilidad con **abuso de sustancias** (Bowden-Jones, et al., 2004; Verheul, 2001; Trull et al., 2000). Por ello, Linehan y colaboradores realizaron una adaptación haciendo algunos cambios en la terapia estándar para el tratamiento del TLP con abuso de sustancias (DBT-S; Linehan y Dimeff, 1997).

Las tres principales premisas de la terapia incluían: 1) una red social de amigos y familia para incrementar el reforzamiento en vivo de nuevas conductas; 2) terapia individual para entrenar al paciente a aplicar las habilidades aprendidas en terapia al contexto natural; y 3) farmacoterapia como terapia sustitutiva de la droga. Además, la mayor atención se centró en los factores relacionados con el compromiso y la relación terapéutica (el “cliente mariposa”), la identificación de reforzadores naturales y la provisión de reforzamientos “arbitrarios” para la adherencia al programa, como un sistema de obtención recompensas (p. ej., masajes, comida, CDs de música), y un énfasis en el uso de la filosofía dialéctica dirigido a las recaídas (“*abstinencia dialéctica*”) (ver Dimeff, Rizvi, Brown y Linehan, 2000).

En esta línea, se realizaron dos estudios controlados para evaluar dicha adaptación. En el primer estudio (Linehan et al., 1999) se asignaron al azar mujeres con un trastorno dual (TLP y una politoxicomanía) a dos

condiciones: DBT-S o TAU. Los clientes que recibieron DBT mostraron reducciones significativas en el uso de sustancias durante el tratamiento y a los 12 meses de tratamiento. Además, la DBT retuvo significativamente más clientes en el tratamiento que el grupo TAU (64% vs. 27%). Los pacientes con DBT informaron de un buen funcionamiento social global a los cuatro meses de seguimiento. La DBT no fue superior a la TAU en términos de mejorías en parasuicidio o ira, pero los pacientes en las dos condiciones mejoraron significativamente en estos dominios.

Linehan y colaboradores (2002b) mostraron el resultado de otro estudio controlado en el que 23 mujeres con TLP y comorbilidad con dependencia a los opiáceos fueron tratadas o bien con DBT-S, o con *Terapia de Validación Comprensiva* más 12 pasos (CVT+12S). Los clientes en ambos grupos recibieron una dosis alta de medicación agonista a los opiáceos. Los resultados indicaron que ambos tratamientos fueron efectivos en reducir el uso de opiáceos (como indicaron los análisis de orina) a los 16 meses (4 meses después del tratamiento) y en disminuir la psicopatología general. El grupo que recibió DBT-S fue más rápido en informar de su consumo de opiáceos que el grupo de CVT+12S. Sin embargo, el programa CVT+12S fue capaz de retener a todos los clientes a lo largo del estudio en comparación con la DBT-S (100% vs. 64%). Los resultados sugieren que las estrategias basadas en la aceptación (validación) podrían ser importantes en la retención y en el subsecuente tratamiento de individuos con TLP y uso de opiáceos. Sin embargo, el grupo CVT+12S mostró un incremento en el uso de opiáceos en los últimos cuatro meses de tratamiento. Una interpretación de este hallazgo es que estos individuos habían comenzado a confiar en sus terapeutas por la provisión de validación, que es un poderoso reforzamiento, y no en aprender la habilidad de auto-validación como se enseña en el paquete de tratamiento de la DBT-S. Esto podría sugerir que aunque la validación puede ser un mecanismo de cambio con la presencia de un terapeuta, quizás no conduce por sí misma hacia un cambio sustancial después de la terapia.

También se ha evaluado la aplicación de la Terapia Dialéctica Comportamental en pacientes con **TLP y trastorno de la conducta alimentaria**. Comentaremos más extensamente estos estudios en el apartado 4.4. Aplicación de la DBT para el tratamiento de la comorbilidad entre TCA y TLP.

También se ha explorado la eficacia de la DBT para el tratamiento de personas con **TLP y trastorno de estrés postraumático**. Lanius y Tuhán, (2003) presentan un estudio que consiste en una breve descripción de una serie de casos (18 mujeres canadienses en régimen ambulatorio) que cumplían los criterios del DSM-IV para TLP y trastorno de estrés postraumático y que fueron tratadas con DBT durante un año. En el seguimiento realizado un año después del tratamiento el porcentaje de días de hospitalización descendió un 65% y el número de visitas al servicio de urgencias se redujo un 45%. Las principales limitaciones de estos resultados se centran en que no incluyen grupo control de comparación y en el reducido tamaño de la muestra.

Otra línea de investigación explora cómo las estrategias terapéuticas de la DBT pueden aplicarse a las personas con TLP en diferentes condiciones.

En esta línea, Sneed, Balestri y Belfi (2003) han ilustrado con una serie de casos el uso de las estrategias de la DBT en una **sala de urgencias** de un hospital psiquiátrico en USA. Estos autores sugieren que introduciendo estrategias de DBT en el contexto de una sala de urgencias, los individuos con TLP, podrían aumentar su “motivación para cambiar” y la aceptación del tratamiento.

En otro estudio, con individuos con TLP que **presentaban crisis de ira** (McQuillan et al., 2005) se encontró que un programa DBT intensivo de tres semanas diseñado para pacientes externos, fue efectivo para personas que presentaban crisis suicidas, en lo que se refiere a la reducción de la depresión y la desesperanza. Sin embargo, debería ser también evaluado a largo plazo el efecto de estos cambios en conductas autolesivas y admisiones hospitalarias.

Por último, Fruzzetti y Fruzzetti (2003) han descrito situaciones en que la presencia de características del **TLP en** uno o más miembros de una **pareja** pueden afectar al funcionamiento de la relación. Para ello, han descrito el desarrollo de un programa de tratamiento basado en la DBT para este tipo de parejas. Fruzzetti y Levensky (2000) describieron el uso de un modelo de tratamiento basado en la DBT en casos que implicaban violencia en la pareja. Todavía no existen datos sistematizados con respecto a la eficacia de la DBT para parejas.

### **4.3. Apoyo empírico**

En este apartado, vamos a realizar una evaluación crítica de los trabajos de investigación realizados para poner a prueba la DBT para el tratamiento psicológico del TLP. En primer lugar, citaremos los estudios no controlados y en segundo lugar los controlados aleatorizados y no aleatorizados. Para ello, vamos a exponer una revisión de los trabajos más relevantes en este campo.

#### **4.3.1. Estudios no controlados**

Existen gran cantidad de estudios no controlados que han examinado la DBT. Algunos estudios han sugerido efectos beneficiosos de esta terapia en adultos ingresados en régimen de larga estancia (Barley et al., 1993; Kröger et al., 2006; Bohus et al. 2000, 2004).

En el primer estudio (Barley et al., 1993), se utilizó una modificación y de la DBT para 130 pacientes ambulatorios en una población de pacientes ingresados y se comparó con adultos normales. De acuerdo con estos autores, fue la primera vez que se aplicaba la DBT para este tipo de población. Los autores compararon la frecuencia de autolesiones y sobredosis en tres intervalos de tiempo durante el seguimiento de 43 meses: pre-introducción de la DBT (19 meses); introducción de la DBT (10 meses), y periodo de tratamiento activo (14 meses). Los resultados mostraron cambios estadísticamente significativos en la frecuencia de actos parasuicidas (a través de los tres periodos) en los pacientes que fueron tratados en la unidad que aplicaba la DBT. Los autores concluyeron que la DBT se asociaba con una reducción significativa en el porcentaje de conductas parasuicidas. Sin embargo, no se pueden extraer conclusiones definitivas porque el estudio presentaba limitaciones metodológicas, por ejemplo, no se ofrecía información sobre el grupo control. No obstante, este estudio proporciona datos de que la DBT es flexible para aplicarse en poblaciones de adultos hospitalizados.

En un estudio piloto prospectivo (Bohus et al., 2000) se escogió una población de 24 mujeres con TLP que habían cometido un intento de suicidio y/o dos conductas parasuicidas en los dos años anteriores al estudio. Los participantes con dependencia de sustancias comórbida (en el momento o en

los seis meses anteriores) fueron excluidos. El tratamiento consistió en tres meses de DBT en régimen de ingreso hospitalario seguido de un tratamiento con DBT en régimen ambulatorio. Los datos fueron recogidos al inicio y a los cuatro meses (un mes después de salir del hospital) de tratamiento. Los principales resultados de este estudio fueron una reducción significativa en las conductas parasuicidas y en la disociación.

En la misma línea, en otro estudio (Kröger et al., 2006), se evaluó la eficacia de un programa de tratamiento de tres meses con DBT en 44 mujeres y 6 hombres con TLP que se encontraban en régimen de ingreso hospitalario. Estos participantes mostraban un alto grado de comorbilidad con otros trastornos. Los resultados de este estudio indicaron que la sintomatología depresiva, el funcionamiento global y el índice de gravedad mejoraron después del tratamiento y a los 15 meses de seguimiento.

Estos hallazgos apoyan la idea de que los resultados de eficacia de la DBT pueden generalizarse a pacientes con TLP ingresados en régimen de larga estancia y a pacientes con TLP y alta comorbilidad con otros trastornos.

Por otro lado, también se ha realizado estudios de adaptaciones de la DBT en pacientes en régimen ambulatorio con características o regímenes especiales (en momentos de crisis, desde una perspectiva de salud mental pública, tratamiento abreviado). A continuación, presentamos los estudios más relevantes.

Un estudio (McQuillan et al., 2005) examinó la eficacia de la DBT en un grupo de ochenta y siete pacientes suizos con trastorno de personalidad en momento de crisis que fueron admitidos en un programa de DBT para pacientes ambulatorios de tres semanas de duración. Se excluyeron los participantes con un gran número de rasgos antisociales. De los ochenta y siete pacientes que fueron admitidos, el 82% completaron el programa y el 18% abandonaron. Se produjeron mejorías estadísticamente significativas en síntomas depresivos y desesperanza, aunque no se encontraron cambios en el nivel de adaptación social. Algunas de las limitaciones encontradas en este estudio fueron la no inclusión de un grupo control y la no evaluación de la efectividad del tratamiento en otras variables relevantes. Sin embargo, estos resultados sugieren que la DBT en régimen ambulatorio puede ayudar a pacientes con TLP en momento de crisis.

Otro estudio interesante fue un estudio piloto con población australiana (Brassington, y Krawitz, 2006). La muestra se seleccionó entre pacientes que

estaban siendo tratados en un servicio público con el tratamiento estándar para el TLP. Diez pacientes con TLP fueron elegidos para recibir tratamiento con DBT estándar. El tratamiento se realizó en 2001 en dos grupos de 5 pacientes en dos áreas geográficas separadas, un área urbana y otra rural. Los resultados de este estudio mostraron mejorías estadísticamente significativas en el funcionamiento de 10 de las 24 subescalas del MCMI-II, incluyendo mejorías notables en la subescala de personalidad límite, ansiedad y depresión. También se encontraron mejorías estadísticamente significativas en el Índice de Gravedad Global (SCL-90-R) y se produjo una disminución en el número de hospitalizaciones por paciente al mes. Estos resultados preliminares confirman la efectividad clínica de la DBT en una población australiana en régimen ambulatorio.

En otro estudio en EE.UU. (Harley, Baity, Blais, y Jacobo, 2007) se evaluó un programa de tratamiento modificado basado en la DBT. En este estudio, cuarenta y nueve participantes en régimen ambulatorio recibieron un paquete de 16 sesiones de terapia de entrenamiento en habilidades en grupo y los resultados se compararon con los pacientes que habían recibido el tratamiento completo (terapia individual y grupal). Los resultados de este estudio mostraron que un buen clínico entrenado en DBT puede aplicar un programa modificado con resultados beneficiosos (mejoría en la gravedad de la sintomatología depresiva, ideación suicida, satisfacción vital y salud mental) para pacientes en régimen ambulatorio. Además, demostró que un programa modificado de la DBT para pacientes con TLP puede ser implementado con éxito en el “mundo real”.

La DBT también ha sido aplicada en comunidades terapéuticas. A continuación, presentamos los trabajos más relevantes en este campo.

En primer lugar, el estudio cualitativo de Cunningham y colaboradores (2004) fue realizado dentro de una comunidad terapéutica en la ciudad de Michigan, con el objetivo de obtener información sobre cuáles eran los componentes más efectivos de la DBT. El 16% de la muestra consistió en personas con TLP y catorce mujeres entraron en el estudio. Estas personas recibieron un programa basado en la DBT que osciló entre seis meses y tres años (con una media de 15 meses). Todos los pacientes habían tenido conductas parasuicidas y 11 de las 14 habían sido previamente hospitalizadas. Se examinaron los componentes de la DBT (terapia individual,



entrenamiento en habilidades y entrenamiento en apoyo). Todos los pacientes informaron que la DBT tenía un impacto positivo en sus vidas y todos informaron de cambios conductuales durante el transcurso de la terapia y de que habían tenido la sensación de que su vida era más manejable. Informaron sobre un decremento en el nivel de autolesiones y una mejoría en la interacción con otros. Además informaron de que creían tener una mejor habilidad para modular sus emociones y perseguir objetivos no dependientes de las emociones. Aunque algunos participantes sintieron que su nivel de sufrimiento había disminuido, la mayoría informaron de que continuaban sufriendo; sin embargo, los pacientes expresaron altos niveles de esperanza e informaron de que la DBT les había ayudado a construir una “vida que merecía la pena”.

En la misma línea, Prendergast y McCausland (2007) aplicaron un tratamiento de seis meses en un estudio de serie de casos con once mujeres australianas que cumplían criterios del DSM-IV para el TLP. Todas las participantes fueron tratadas en una comunidad terapéutica. Originalmente, 16 mujeres entraron en dos programas de DBT, aunque cinco abandonaron el tratamiento. Sin embargo, aunque los resultados se presentaron en 20 medidas y hubo mejorías de alrededor del 5% a los seis meses en 9 medidas, no se encontraron cambios en la frecuencia de autolesiones, que era la variable de interés por parte del autor. Los resultados son limitados en términos de ausencia de un grupo control de comparación y una cantidad reducida de sujetos.

Por último, dentro de este campo, un estudio realizado por Comtois y colaboradores (2007) aplicó un programa DBT en una comunidad de salud mental para personas que se habían autolesionado durante muchos años y que habían abandonado, o no habían obtenido buenos resultados en tratamientos anteriores. Veinticuatro sujetos entraron en el estudio y recibieron una adaptación (con pequeñas modificaciones) de la DBT durante un año. Los resultados mostraron reducciones significativas en el número y gravedad de las autolesiones, visitas a las unidades del servicio de urgencias de psiquiatría, admisiones en unidades de psiquiatría, días de hospitalización y número de crisis. Estos datos apoyan la flexibilidad de la DBT para ser implementada en una comunidad terapéutica.

Los resultados de estos estudios indican que un programa a corto plazo con DBT es efectivo en reducir las autolesiones y mejorar la

psicopatología general del TLP. Sin embargo, una de las limitaciones encontradas se refiere al pequeño tamaño de las muestras y a la no inclusión de un grupo control de comparación. Por tanto, se necesitan estudios que evalúen estos resultados a largo plazo. Todas las publicaciones proporcionan alguna evidencia que sugiere la flexibilidad de la DBT (con pequeñas modificaciones) para aplicarse en una gran variedad de poblaciones (pacientes ingresados, en régimen ambulatorio y en comunidades terapéuticas). No obstante, la mayoría de estos estudios presentan limitaciones metodológicas. Tan solo el estudio cualitativo de Cunningham et al. (2004) explica algunos aspectos sobre cuáles podrían ser los ingredientes más efectivos de la DBT.

#### **4.3.2. Estudios controlados**

En el primer estudio controlado para evaluar la eficacia de la DBT, **Linehan et al. (1991)** asignaron aleatoriamente (a dos grupos) a 44 mujeres con TLP y una historia de recientes y repetidos intentos de suicidio y autolesiones. El primer grupo constaba de 22 participantes que recibieron un año de DBT y el segundo grupo con el mismo número de participantes recibió un año del tratamiento estándar aplicado para este trastorno (TAU). Los clientes que fueron tratados con DBT mostraron una reducción en la frecuencia y gravedad médica de las conductas parasuicidas en los primeros cuatro meses y después de un año de tratamiento. Por otra parte, se apreció una reducción del número de días de ingreso hospitalario y aumentó el tiempo de permanencia en el tratamiento. Además, se produjo un decremento en el nivel de ira y mejorías en el funcionamiento general (Linehan, Tutek, Heard y Armstrong, 1994). Respecto a otras medidas que evalúan depresión, desesperanza, razones para vivir, e ideación suicida, se apreciaron mejorías significativas en el grupo DBT entre el pretratamiento y el postratamiento. Sin embargo, estas mejorías no fueron significativas en el grupo TAU durante el mismo periodo de tiempo. También se encontró evidencia de que muchas de estas mejorías se mantuvieron a los 6 y 12 meses de seguimiento (Linehan, Heard, y Armstrong, 1993). Específicamente, se observaron mejorías notablemente evidenciadas en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (*Global Assessment Scale*) y una reducción continuada de los días de ingreso hospitalario. Sin embargo, este estudio tuvo limitaciones debido a una serie

de factores: en primer lugar, el estudio se llevó a cabo por parte de los creadores de la terapia, por lo que se hacía necesaria una replicación por parte de otros profesionales. Además, el número de sujetos que participaron fue pequeño y demasiado específico (mujeres, con TLP grave y que no tenían comorbilidad con dependencia de sustancias), limitando así la generalización de los resultados. De la misma forma, el grupo asignado al tratamiento estándar (TAU) no fue controlado con las mismas condiciones que la DBT, como el número de horas de tratamiento, un terapeuta experto y motivado, y asistencia a las sesiones de supervisión.

Afortunadamente, a partir de la realización de este estudio original, se han publicado algunos estudios controlados metodológicamente más refinados que han examinado el uso de la DBT para el tratamiento de personas con TLP y otras patologías asociadas (principalmente abuso de sustancias).

La primera replicación del estudio controlado original comparó a 20 mujeres veteranas del ejército americano con TLP que fueron asignadas aleatoriamente a dos grupos: 6 meses de tratamiento con DBT ó 6 meses con TAU (**Koons et al., 2001**). El estudio encontró una reducción de la ideación suicida, expresión patológica de la ira, desesperanza, y depresión después del tratamiento. No se encontró una reducción estadísticamente significativa en conductas parasuicidas o número de ingresos hospitalarios, pero sí cierta mejoría de estas medidas en el grupo que recibió DBT. A diferencia del estudio original de Linehan, este estudio no requirió que las personas hubieran tenido conductas parasuicidas en las últimas 8 semanas, lo que limitó la posibilidad de cambio en esta variable. El curso de la terapia fue diferente, permitiendo poner más énfasis en el cambio emocional e interpersonal. En este sentido, el estudio demostró un cambio significativo en la condición DBT en medidas emocionales (disminución de la depresión, desesperanza y rabia), cogniciones relacionadas con la ideación suicida y la calidad de vida en menos de un año de tratamiento. Sin embargo, este estudio presentó algunos puntos débiles: el pequeño tamaño de la muestra (n=10 en la DBT), criterios de exclusión estrictos (hombres, con comorbilidad con abuso de sustancias, y trastorno antisocial de la personalidad), diferencias de grupo en la ansiedad previa al tratamiento, y una vez más, la ausencia de comparación específica con el grupo TAU. Además, no se

encontraron datos de un seguimiento después del tratamiento para demostrar algún efecto duradero del mismo en esta población.

Por otro lado, los resultados del primer estudio controlado de la DBT modificada fueron publicados en 1999 (**Linehan et al., 1999**). En este estudio se asignaron 28 mujeres con TLP y trastorno de abuso de sustancias. Se comparó la DBT con un grupo tratado con TAU. Utilizando un procedimiento de minimización para elegir la edad, la gravedad de la dependencia a las sustancias, la motivación para cambiar y la puntuación en la Escala de Evaluación de la Actividad Global, los investigadores asignaron 12 sujetos a la condición DBT y 16 a la condición TAU. Se analizaron los datos de los participantes de cada condición que habían asistido a más de seis sesiones. Los resultados de los análisis indicaron una ventaja estadísticamente significativa para la DBT en términos de retención en el tratamiento (7 de 12 en la DBT y 3 de 16 en el grupo TAU;  $p = 0.0497$ ). Por otro lado, la medida principal de uso de drogas estuvo basada en entrevistas estructuradas antes del tratamiento, y a los 4, 8, 12 y 16 meses de tratamiento. Los análisis en esta medida indicaron ventajas significativas a favor de la DBT en esta medida después del tratamiento. El tamaño del efecto del tratamiento fue de moderado a alto según las recomendaciones de Cohen (1988), sin embargo no se detectó una diferencia clínicamente significativa entre los tratamientos. Los análisis de orina para observar el consumo de drogas fueron realizados seis veces como máximo. Los resultados de estos análisis fueron a favor de la DBT con una diferencia estadísticamente significativa a los 4 y 16 meses de tratamiento. El tamaño del efecto entre grupos para esta medida fue de bajo a moderado. No se observaron diferencias entre grupos para autolesiones intencionales, ira, funcionamiento global o ajuste social durante el tratamiento pero sí que se observaron diferencias a favor de la DBT en ajuste social y funcionamiento global a los 4 meses de tratamiento. Un dato interesante fue que una mejor adherencia al protocolo con DBT quizás había producido mejores resultados, como lo indicaba el análisis *post-hoc* revelando que las personas más adherentes en la relación cliente-terapeuta en el grupo DBT tenían una mayor proporción de análisis de orina negativos a lo largo del estudio.

Un segundo estudio independiente (**Turner, 2000**) comparó una versión modificada de la DBT y la Terapia Centrada en el Cliente (TCC), para

el tratamiento del TLP. El tratamiento con DBT incluyó varias modificaciones substanciales de la DBT estándar. En primer lugar, se introdujeron principios psicodinámicos dentro del tratamiento. En segundo lugar, para minimizar la diferencia entre grupos con respecto al total de horas de contacto terapéutico, no se incluyó el entrenamiento de habilidades en grupo en la condición con DBT como es habitual sino que este entrenamiento se aplicó durante las sesiones individuales y en sólo 6 sesiones grupales. A pesar de las modificaciones en el tratamiento, este estudio se ha considerado importante debido a que cumple con la definición de la DBT y con los criterios establecidos por Linehan y su equipo de terapeutas para que una intervención sea considerada DBT. Además, representa una contribución importante en el tratamiento de la DBT porque fue el primer estudio controlado que examinó la DBT en población que no acudía a un centro de investigación; además, este estudio incluyó, por primera vez también, un tratamiento de comparación estructurado comparable con la estructura de la DBT.

En este estudio, se eligieron pacientes que se encontraban en una sala de urgencias como consecuencia de un intento de suicidio. Todos los sujetos cumplían los criterios del DSM-III para el TLP acordes con una entrevista estandarizada. Los participantes con psicosis, trastorno bipolar, retraso mental, o un trastorno orgánico fueron excluidos. Sin embargo, al contrario que en la mayoría de los estudios controlados con DBT, se incluyeron hombres y mujeres, quedando una muestra de veinticuatro participantes (12 en cada grupo, 19 mujeres y 5 hombres). Los sujetos elegidos eran jóvenes, con una media de 22 años de edad y un 83% cumplían criterios para un diagnóstico de abuso de nicotina. El tratamiento de comparación, la TCC, se apoyó en un modelo de tratamiento desarrollado por Carkuff que se basa en “comprender de forma empática el sentimiento de soledad del paciente y proporcionar una atmósfera de apoyo para el individuo” (Turner 2000, p.416). La *interpretación terapéutica* y la *confrontación* fueron las estrategias de la TCC que se utilizaron generalmente en esta terapia. Si existía la posibilidad, los clientes de la TCC eran atendidos 2 veces a la semana (tres veces en caso de crisis). Sin embargo, la frecuencia de la terapia individual para la DBT no fue específicamente mencionada. Ambos tratamientos se aplicaron durante 12 meses, y se ofreció a todos los participantes un total de 6 sesiones de grupo durante el año de terapia. El formato grupal se centró principalmente en el entrenamiento de

habilidades tradicional de la DBT, pero no se mencionaron las habilidades específicas a conseguir.

Con relación a los terapeutas, los mismos 4 psicólogos clínicos participaron en la aplicación de los dos tipos de tratamiento, tenían una media de 22 años de experiencia y poseían conocimientos en terapia sistémica, terapia centrada en el cliente, y terapia psicodinámica. El programa de tratamiento con DBT consistió en 12 sesiones de entrenamiento de 90 minutos durante tres meses. Aunque los terapeutas tenían formación generalmente en terapia sistémica y TCC, cada uno asistió a un seminario educativo semanal durante 12 semanas, para asegurar la adherencia a este programa de tratamiento. Cada terapeuta asistió también a un grupo de supervisión de las sesiones dos veces por semana: un grupo de supervisión de DBT y un grupo de supervisión de TCC.

Los resultados de este estudio indicaron que, aunque los participantes en ambos tratamientos tendieron a mejorar, los sujetos tratados con DBT presentaron una mejoría superior que los tratados con TCC. De hecho, se encontraron diferencias significativas entre grupos representadas por medidas relacionadas con el suicidio, la desregulación afectiva, y el funcionamiento global, que favorecían al grupo tratado con DBT. En concreto, el análisis reveló diferencias significativas entre ambos grupos a favor del grupo tratado con DBT en porcentajes de intentos de suicidio y autolesiones intencionales, depresión, días de hospitalización, puntuación global en la escala psiquiátrica breve, impulsividad dañina y expresión patológica de la ira.

Pese a estos buenos resultados se ha criticado el hecho de que varias características de este trabajo lo alejan de la DBT. Quizás la mayor controversia al respecto es la incorporación de algunos principios psicodinámicos dentro de la DBT y la formación principalmente psicodinámica de los terapeutas. Aunque estas críticas son válidas y, quizás, podría excluirse este estudio de los trabajos de meta-análisis sobre estudios controlados con DBT, otra interpretación de estos resultados es la evidencia de que los terapeutas que aceptan las premisas de la DBT y hacen un esfuerzo por aplicar la DBT, pese a que no tengan una formación cognitivo-comportamental, pueden obtener resultados beneficiosos.

Por otra parte, el primer estudio controlado con DBT a gran escala en población que no acudía a un centro de investigación fue dirigido por **Verheul**

**y sus colaboradores (2003).** Estos autores compararon la DBT estándar con un grupo TAU para el tratamiento de mujeres con TLP que estaban siendo atendidas en un centro psiquiátrico y en centros de tratamiento de adicciones en Amsterdam (ver Van den Bosch, Verheul, Schippers y van den Brink, 2002; Van den Bosch, et al., 2005). En este estudio, participaron un total de 94 participantes, de los que 64 fueron asignados al grupo DBT (N=31) o al grupo TAU (N=33). Dos sujetos en cada grupo abandonaron antes de la primera sesión de tratamiento y otros dos sujetos más abandonaron en el grupo DBT después de la primera sesión. Los análisis se realizaron excluyendo estos seis sujetos (DBT=27; TAU=31). El 78 % de los sujetos no mostraron diferencias entre grupos antes del tratamiento. Sin embargo, en los resultados después del tratamiento, las diferencias fueron evidentes entre grupos. Los participantes asignados al grupo DBT obtuvieron reducciones significativas en conductas impulsivas de autolesión y fueron más tendentes a permanecer en el tratamiento que los sujetos del grupo TAU. Un número más pequeño de participantes tratados con DBT intentaron suicidarse en comparación con los pacientes del grupo tratados con TAU (2 de 27 vs. 8 de 31), pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En un segundo análisis más detallado, se encontró que la DBT en comparación con el TAU se mostró superior para tratar las conductas autolesivas y el suicidio entre los participantes con mayor gravedad. Sin embargo, la DBT no se asoció con una reducción diferencial en el uso de medicación psicotrópica prescrita. Desafortunadamente, el estudio no presenta datos respecto al uso de servicios de urgencias, medidas de ansiedad/depresión, o funcionamiento global. En un seguimiento a los 6 meses, se encontró que los logros asociados a la DBT se seguían manteniendo, aunque las diferencias fueron menos pronunciadas que inmediatamente después del tratamiento.

Un segundo objetivo de este estudio fue examinar la eficacia de la DBT entre pacientes con TLP y con diagnóstico de dependencia y abuso de sustancias. Este estudio encontró que la DBT era igualmente efectiva para personas con y sin dependencia de sustancias en reducir las conductas más características del TLP (autolesiones intencionales, automutilación, intentos de suicidio). Sin embargo, la generalización de resultados en otro tipo de conductas (p. ej., abuso de sustancias) fue limitado. El análisis de diez variables relacionadas con la utilización de sustancias encontró solo una diferencia significativa entre grupos a favor de la DBT en la reducción del uso del alcohol (van den Bosch et al., 2002, 2005).

Algunas de las limitaciones de este estudio se centraron en que los tratamientos diferían en algunos aspectos. La intensidad del tratamiento fue sustancialmente mayor en la condición de DBT y consistía en el programa más completo descrito por Linehan et al., (1993). En contraste, los participantes asignados al grupo TAU “recibieron generalmente no más de dos sesiones al mes” (Verheul et al., 2003, p.136). Las diferencias entre grupos respecto a las características clínicas no fueron explicadas, lo que podría haber sido relevante. Los terapeutas de la DBT (4 psiquiatras y 12 psicólogos clínicos) tenían quizás más formación que los del grupo TAU (una mezcla de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) y, probablemente, más motivación hacia el tratamiento dado que se prestaron voluntarios. Sin embargo, los terapeutas del grupo TAU eran los mismos clínicos que ya habían derivado a sujetos para recibir tratamiento en otros centros. Además, los terapeutas de la DBT también recibieron entrenamiento intensivo y supervisión y los de TAU no. Aunque estas diferencia

s son notables, se demuestra que la DBT puede aplicarse en una población en centros de la red de salud mental pública.

Por otro lado, en un segundo estudio controlado no aleatorizado de un grupo de pacientes hospitalizadas en Alemania (**Bohus et al., 2004**), fueron seleccionadas 50 mujeres que cumplían criterios de TLP y habían tenido algún intento de suicidio o dos conductas autolesivas en los dos años anteriores al estudio, pero se excluyó el abuso de sustancias comórbido. En este estudio treinta y una mujeres recibieron un programa de tres meses con DBT (programa reducido) para pacientes ingresadas en régimen de larga estancia y diecinueve fueron asignadas a una lista de espera y recibieron el tratamiento estándar (TAU). Al mes de seguimiento, el grupo de tratamiento con DBT mostró cambios en siete de las nueve variables medidas (incluyendo depresión, ansiedad, funcionamiento interpersonal, funcionamiento social, psicopatología global y auto-lesiones). Sin embargo, el grupo de lista de espera no mostró mejorías en ninguna medida.

Por último, acerca de la cuestión de si la DBT es más eficaz que otro tratamiento de expertos, Linehan y sus colaboradores realizaron un estudio controlado (**Linehan et al., 2006**) en el que compararon la DBT con un tratamiento aplicado por un grupo de expertos (CTBE) con una orientación no



comportamental (pertenecían a la Sociedad Psicoanalítica de Seattle). Los participantes fueron asignados según el número total de intentos de suicidio y autolesiones no suicidas combinado con el número de hospitalizaciones psiquiátricas, historia de intentos de suicidio que no tenían como objetivo acabar con la vida (en contraposición con sólo autolesiones no suicidas), edad y presencia de factores de mal pronóstico (depresión mayor y alta gravedad en la escala de funcionamiento global, evaluada mediante una entrevista). El tratamiento de comparación (CTBE) fue cuidadosamente controlado teniendo en cuenta una variedad de aspectos del tratamiento no específicos como la evaluación del programa, facilidad de conseguir una primera cita, horas de psicoterapia individual ofrecidas, prestigio institucional asociado con el tratamiento. Las características del terapeuta como género, fidelidad al tratamiento ofrecido, educación formal (p. ej., Doctorado vs. Master), experiencia clínica, y evaluación de la supervisión y asistencia a sesiones clínicas también fueron controlados.

Los participantes de este estudio fueron mujeres de entre 18 y 45 años que cumplieran los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 2000) para el TLP y que habían intentado suicidarse y/o autolesionarse al menos una vez en las pasadas 8 semanas y dos veces en los 5 años anteriores. Las participantes eran excluidas si tenían un trastorno psicótico, trastorno bipolar, retraso mental, convulsiones que requirieran medicación, o si el tratamiento era obligatorio. Un total de ciento once mujeres fueron asignadas aleatoriamente a dos grupos: un grupo con DBT (N=60) y uno con CTBE (N=51), quedando un muestra final de 101 (52 para la DBT, y 49 para la CTBE).

Los terapeutas del CTBE fueron seleccionados por jefes de las unidades de salud mental locales teniendo en cuenta la experiencia, especialmente con clientes difíciles, y crónicamente suicidas. Para evitar la contaminación de las técnicas de tratamiento, sólo los terapeutas que describieron un estilo de tratamiento no comportamental y predominantemente psicodinámico fueron seleccionados para la condición de CTBE. Para optimizar la fidelidad del terapeuta al tratamiento, los terapeutas de la CTBE fueron instruidos para proporcionar la dosis y el tipo de terapia que ellos valoraban como la más apropiada para el cliente, con el simple requerimiento de que la terapia individual fuera ofrecida al menos una vez por semana.

Para controlar los efectos de contaminación de los terapeutas de la DBT y las expectativas de los clientes vinculadas al hecho de que la DBT

tenía más prestigio institucional, todos los terapeutas fueron obligados a asistir a una sesión grupal de supervisión una vez a la semana, dirigida por el director de docencia de la Sociedad Psicoanalítica de Seattle. Para asegurar un tratamiento óptimo, asequible y comparable en ambas condiciones, se pagó a los terapeutas de la CTBE con fondos de la investigación, y el coordinador del estudio ayudó a los clientes a contactar y a encontrar transporte para la primera entrevista.

En total, la DBT estándar fue administrada por 16 terapeutas. El entrenamiento en DBT consistió en 45 sesiones de entrenamiento seguidas de práctica supervisada. Los dos grupos de terapeutas fueron emparejados con acuerdo a la formación (p. ej., doctorado vs. master) y sexo. Sin embargo, los terapeutas de la CTBE tenían significativamente más experiencia que los terapeutas de la DBT.

Los resultados del estudio indicaron que, aunque los participantes en ambas condiciones mostraron mejorías substanciales, el grupo de DBT mostró una mejor respuesta al tratamiento, particularmente en los resultados relacionados con conductas específicamente tratadas por el programa.

Las participantes tratadas con DBT redujeron la frecuencia de intentos de suicidios alrededor de un 50% más que las pacientes asignadas a la CTBE (23.1% con al menos un intento de suicidio en la DBT vs. 46% en la CTBE;  $p < 0.01$ ). Una ventaja similar, aunque no estadísticamente significativa, se vio cuando consideraron sólo los porcentajes de intentos de suicidio que no tenían como objetivo acabar con la vida (5.8% en DBT vs. 13.3% en CTBE;  $p = 0.18$ ). Entre las participantes que habían tenido autolesiones o conductas suicidas, el porcentaje de riesgo médico asociado con estas conductas fue significativamente menor en el grupo DBT. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en autolesiones no suicidas, se observó una mayor reducción en el grupo DBT. Las pacientes que recibieron DBT también usaron los servicios de urgencia significativamente menos (p. ej., menos visitas a la sala de urgencias y menos ingresos hospitalarios) que las que recibieron CTBE. Durante el año de tratamiento, las participantes en la condición CTBE fueron dos veces más tendentes a visitar la sala de urgencias que los sujetos en DBT por intentos de suicidio (33.3% para CTBE vs. 15.6% para DBT) y tres veces más tendentes a ser ingresados por intentos de suicidio (35.6% CTBE vs. 9.8% para DBT) (Linehan et al., 2006). Consistente con los estudios previos, los sujetos en la DBT mostraron una

tendencia significativamente menor a cambiar de terapeuta o abandonar el tratamiento. Ambos grupos mejoraron significativamente y similarmente en medidas de depresión, desesperanza, suicidio consumado y razones para vivir. Sin embargo, una vez más, el estudio solo seleccionó mujeres, lo que limitaba la generalización del trabajo. A su favor hay que destacar la inclusión de datos sobre la comorbilidad entre los trastornos de eje I y II, indicando altos porcentajes de comorbilidad entre trastornos en las muestras utilizadas.

Estos resultados contrastan con otro estudio controlado con 180 participantes con TLP y que presentaban intentos de suicidio en los últimos cinco años antes de recibir el tratamiento. Los participantes se asignaron aleatoriamente para recibir un año de tratamiento con DBT o un Tratamiento Farmacológico Sintomático (TFS) más psicoterapia de orientación psicodinámica llevado a cabo por expertos en el tratamiento del TLP (McMain et al., 2009). Los resultados de este trabajo mostraron que la DBT mejoró significativamente la sintomatología clínica de los pacientes con TLP pero no en mayor medida que un Tratamiento Farmacológico Sintomático (TFS) más psicoterapia de orientación psicodinámica.

A continuación, en la Tabla 8 , mostramos un resumen de los estudios controlados más importantes para poner a prueba la eficacia de la DBT.

Tabla 8 - Resumen de los Estudios Controlados con DBT

Autores	Nº Participantes	Duración Tratamiento/ Seguimiento	Tratamiento de Comparación	Resultados
<b>Linehan et al., (1991)</b>	47 mujeres	12 meses/12 meses	TAU	<b>DBT:</b> reducción conductas parasuicidas y días de hospitalización. Aumento retención en el tratamiento. Las mejoras se mantienen en el seguimiento
<b>Linehan et al., 1999</b>	28 mujeres	12 meses/4 meses	TAU	<b>DBT:</b> reducción abuso sustancias, mayor retención tratamiento. Mejoría ajuste social y global en el seguimiento.
<b>Koons et al., 2001</b>	20 mujeres	6 meses	TAU	<b>DBT:</b> reducción ideación suicida, depresión, desesperanza y rabia Aumento calidad de vida
<b>Verheul et al., 2003</b>	58 mujeres	12 meses/6 meses	TAU	<b>DBT:</b> reducción autolesiones, y consumo de alcohol, mayor retención tratamiento. Las mejoras se mantienen en el seguimiento
<b>Linehan et al., 2006</b>	101 mujeres	12 meses/12 meses	Tratamiento Expertos	<b>DBT:</b> reducción conducta suicida, menor riesgo médico por conductas parasuicidas, número menor de visitas a urgencias y hospitalizaciones psiquiátricas, y mayor retención tratamiento. Ambas terapias: mejoran depresión, razones para vivir e ideación suicida.
<b>McMain et al., 2009</b>	180	12 meses/12 meses	TFS más psicoterapia de orientación psicodinámica	<b>Ambas terapias:</b> mejoran en conductas parasuicidas, utilización de recursos asistenciales y clínica general.

Nota: TAU: treatment us usual; DBT: Dialectical Behavior Therapy; TFS: Tratamiento Farmacológico Sintomático

Como limitaciones de estos estudios habría que destacar que las pruebas de eficacia se realizaron teniendo en cuenta que el individuo terminó la terapia después de un año de recibirla sin recurrir a su terapeuta de nuevo (para obtener datos del seguimiento). Esto constituye quizás una evaluación artificial de un tratamiento complejo para un trastorno complejo como es el trastorno límite de personalidad. Además, los efectos de una terminación prematura del tratamiento no han sido ampliamente explorados todavía.

La DBT tiene unos objetivos de tratamiento claramente jerarquizados. Los resultados de estudios controlados que siguieron esta jerarquía de objetivos indican que los pacientes que tenían conductas de riesgo, redujeron el nivel de riesgo y los que no tenía conductas de riesgo mostraron cambios en el afecto y la cognición. Sin embargo, si examinamos los cambios en afectividad y síntomas cognitivos en la mayoría de los sujetos con conductas parasuicidas, los resultados indicaron que estos síntomas se reducían durante el primer año de tratamiento, pero esto ocurría también en el grupo TAU. Estos datos, quizás, reflejan la importancia de mantener un tratamiento continuado en el abordaje clínico de individuos con TLP.

Para finalizar con el tratamiento psicológico aplicando la DBT, recientemente Soler y colaboradores (2009) han realizado un estudio controlado en población española para comparar la eficacia del módulo de entrenamiento en habilidades de la DBT con otra intervención en grupo estándar para pacientes con TLP. Los pacientes seleccionados acudían a un hospital público en régimen ambulatorio o eran derivados por el servicio de urgencias. Sesenta pacientes fueron asignados a dos condiciones experimentales, 29 pacientes recibieron el módulo de DBT y 30 pacientes fueron tratados con una terapia grupal estándar. El tratamiento tuvo tan sólo una duración de tres meses y las evaluaciones fueron llevadas a cabo por dos evaluadores ciegos. Después del tratamiento, el módulo de habilidades de la DBT se asoció a una baja tasa de abandonos (34.5%) comparado con el grupo estándar (63.4%). La DBT fue superior en la mejora de varias áreas relacionadas con la patología emocional y del estado de ánimo como: depresión, ansiedad, irritabilidad, ira e inestabilidad afectiva. Además se observó una reducción de los síntomas psiquiátricos. Este estudio confirma la posible utilidad de implementar de forma breve adaptaciones de la DBT en

contextos de salud mental pública lo que podría proporcionar una ventaja con relación al coste-beneficio terapéutico.

Por último, nos gustaría señalar que estos estudios se han centrado en evaluar la eficacia de la DBT después del primer año de tratamiento y hay que tener en cuenta que el programa completo tiene una duración mayor que incluye dos fases más que no han sido evaluadas. Por otro lado, se deberían considerar también aspectos de coste-beneficio y de practicidad en aquellos pacientes en los que no es posible aplicar tratamientos a largo plazo, así como estudiar los factores que provocan los abandonos del tratamiento (que aunque con la DBT se reducen, todavía los porcentajes son altos). Por último, dada la complejidad del programa completo se hace necesario realizar estudios de desmantelamiento del mismo con el fin de determinar si todos los componentes son necesarios. Todos estos aspectos proporcionarían información valiosa para mejorar el programa de tratamiento con DBT. El grupo de la Dra. Linehan está iniciando el estudio de estas cuestiones con el fin de mejorar la eficacia y efectividad de la DBT.

Con relación a la eficacia de la **DBT en combinación con tratamiento farmacológico** se han realizado algunos estudios que pasaremos a comentar resumidamente.

La DBT se ha combinado tan solo con dos tipos de medicación, un antidepresivo (fluoxetina) y un antipsicótico (olanzapina). Hasta el momento solo existen tres estudios que hayan evaluado tal combinación.

Respecto a la fluoxetina, Simpson y colaboradores (2004) realizaron un estudio controlado con grupo placebo con un tratamiento de 12 semanas en 25 mujeres con TLP y con comorbilidad con un trastorno de eje I: trastorno depresivo mayor (60%) y/o trastorno de estrés postraumático (44%). Todos los participantes acudían a un hospital de día en el que recibieron DBT. El estudio comparó el tratamiento de fluoxetina más la DBT con un placebo más la DBT. Después del tratamiento se encontraron resultados a favor de la DBT más fluoxetina en agresión, ira, ansiedad, depresión, funcionamiento global y número de autolesiones e intentos de suicidio. Estas mejoras no resultaron estadísticamente significativas, aunque esta ausencia de significación podría deberse al tamaño limitado de la muestra evaluada.

Con relación a la olanzapina, un grupo de investigación de nuestro país (Soler et al., 2005), realizaron un estudio controlado comparando una combinación de olanzapina más la DBT con una combinación de placebo más la DBT. Participaron sesenta pacientes (87% mujeres) diagnosticados de TLP. La DBT ofrecida fue una adaptación de la DBT estándar y consistió en una sesión de terapia grupal semanal con una duración de 150 minutos durante 12 semanas. El setenta por cien de los pacientes completó el tratamiento. Los resultados mostraron que el tratamiento combinado con olanzapina mostró una mejoría general en la mayoría de los síntomas. La olanzapina fue asociada con mejorías estadísticamente significativas sobre la condición placebo en depresión, ansiedad y conductas impulsivo/agresivas.

Por último, en la misma línea, Linehan y colaboradores (2008) realizaron un estudio similar con 24 pacientes con TLP que recibieron una combinación de olanzapina más seis meses de DBT o placebo más el mismo tratamiento con DBT. Los resultados hallados mostraron que ambos tratamientos obtuvieron mejorías significativas en irritabilidad, agresión, depresión y autolesiones. La irritabilidad y la agresión tendieron a disminuir más rápidamente en el grupo que recibió olanzapina. Sin embargo, las autolesiones, se redujeron más rápidamente en el grupo placebo. Los tamaños del efecto de este estudio fueron de moderados a altos, sin embargo, el pequeño tamaño de la muestra podría haber limitado la habilidad para encontrar resultados significativos.

Como conclusión de estos estudios, podemos decir que la olanzapina es un tratamiento prometedor para reducir más rápidamente la agresión e irritabilidad en pacientes con TLP con altos niveles de irritabilidad.

#### **4.4. Aplicación de la DBT para el tratamiento de la comorbilidad entre TCA y TLP**

Algunos autores han comenzado a investigar la eficacia de los tratamientos para tratar personas con TLP y TCA. La terapia que ha sido más investigada para tratar esta comorbilidad entre ambos trastornos es la DBT. Sin embargo, se han realizado muy pocos estudios al respecto. A continuación, pasamos a comentar estos estudios.

Una serie de casos ha estudiado la DBT con pacientes con BN grave y TLP (Palmer et al., 2003). Todos los pacientes recibieron una sesión de terapia individual y grupal semanal y contactos telefónicos en el periodo entre sesiones. El programa comenzó con tres pacientes. Un paciente más se unió a los seis meses y otro más al año de tratamiento. El tratamiento aplicado fue la DBT estándar (Linehan, 1993a,b), sin embargo, se añadió un módulo de entrenamiento en habilidades centrado en enseñar habilidades para tratar los problemas de peso y conductas alimentarias. No se produjeron abandonos durante el programa y los pacientes mostraron beneficios. Se consiguió una mejoría sustancial en conductas alimentarias desadaptativas y autolesiones en el seguimiento. La terapia fue efectiva en reducir los días de hospitalización, las autolesiones y los síntomas de trastornos de la conducta alimentaria en cinco pacientes ingresados, aunque tres de los cinco pacientes continuaron cumpliendo criterios para el TCA después del tratamiento.

En un segundo estudio de series de caso (n=8), se evaluó la eficacia preliminar de la DBT para pacientes con BN y/o Trastorno por Atracón y TLP (Chen, Matthews, Allen, Kuo y Linehan, 2008). Los participantes recibieron seis meses de DBT estándar. El tamaño del efecto conseguido por la DBT en este estudio fue alto para la reducción de atracones objetivos, y el nivel de funcionamiento global y fue moderado para la reducción de la sintomatología de trastornos de eje I que no eran un TCA, las conductas suicidas y las autolesiones.

Por último, más recientemente, Kröger y colaboradores (2010) han desarrollado un estudio sugiriendo que la DBT podría mejorar los síntomas que tienen en común los TCA y el TLP. Estos autores seleccionaron una muestra de 24 mujeres con TLP y con TCA (9 mujeres con AN y 15 mujeres con BN), que anteriormente no habían respondido a otros tratamientos para el trastorno alimentario. Por este motivo, fueron admitidas a un programa de DBT estándar para personas hospitalizadas. Los resultados del estudio mostraron que, en un seguimiento de 15 meses después del tratamiento, la tasa de remisión fue del 54% para la BN, y del 33% para la AN. Las mujeres con anorexia, no aumentaron de peso en el postratamiento pero sí mejoraron en el seguimiento. En el caso de las mujeres con BN, la frecuencia de atracones se redujo en el postratamiento y en el seguimiento. Las



puntuaciones en medidas de autoinforme relacionadas con el TCA, la psicopatología general y las puntuaciones de funcionamiento global, mejoraron tanto en el postratamiento como en el seguimiento.

Como conclusión de estos estudios, la baja tasa de abandonos y las mejorías sintomáticas en estas poblaciones con trastornos graves sugieren que los componentes de la DBT podrían ser útiles para el tratamiento de pacientes con TCA y TLP. Sin embargo, las tasas de remisión también sugieren que estos tratamientos necesitan mejorarse y refinarse.

Por otro lado, nos parece relevante comentar un estudio (Ben-Poratha, Wisniewskib y Warrenb, 2009) que investigó si las personas diagnosticadas de TCA en contraposición con las personas diagnosticadas de TCA y TLP difieren en medidas que evalúan síntomas de trastornos de la conducta alimentaria y/o malestar general en el curso del tratamiento con DBT adaptada para los TCA (Wisniewski y Kelly, 2003). Los resultados de este estudio indicaron que, mientras el TLP no impactaba en los resultados del tratamiento del TCA, las personas con comorbilidad presentaban generalmente niveles altos de malestar general y problemas psicológicos. Respecto a la regulación afectiva, los resultados indicaron que, al principio del tratamiento, las personas con TCA y TLP eran significativamente menos capaces de regular el afecto que los pacientes sin comorbilidad. Sin embargo, al final del tratamiento no había diferencias significativas entre estos dos grupos.

Este estudio sugiere que, a pesar de que las personas con comorbilidad entre TCA y TLP presentan psicopatología más grave, la DBT adaptada para los trastornos de la conducta alimentaria podría servir para tratar la desregulación afectiva común en ambos trastornos.

A pesar de que estos estudios son alentadores, como varios revisores han sugerido, la línea de investigación en DBT para la BN y otros TCA precisa de más estudios para identificar subgrupos de pacientes que sean más tendientes a beneficiarse de la intervención con DBT, dado que muchos pacientes con BN y AN tienen rasgos de personalidad de represión o inhibición con los que la DBT podría no ser tan útil como en los patrones de personalidad desregulados (Westen y Harnden-Fisher, 2001; Kotler, Boudreau y Devlin 2003).







## Conclusiones

En estos capítulos, hemos revisado algunas cuestiones actuales sobre el TLP.

En primer lugar, respecto a las **características clínicas** del TLP los trabajos sobre esta cuestión sugieren como principales características de este trastorno: la inestabilidad afectiva, la reactividad emocional, y las conductas impulsivas dañinas. Estas características serían consecuencias de la dificultad para tolerar las experiencias íntimas, principalmente las experiencias emocionales.

A continuación, con relación al **diagnóstico**, concluimos que el TLP es un trastorno heterogéneo en su expresión psicopatológica y, por este motivo, las nuevas propuestas de diagnóstico se dirigen a la elección de una perspectiva más dimensional para categorizar este trastorno. Sin embargo, actualmente existe una polémica respecto a en qué medida una aproximación dimensional está apoyada científicamente, teniendo en cuenta los estudios tanto desde la perspectiva biológica como psicosocial y evolutiva, que apoyan la concepción prototípica actual. El debate está abierto y seguramente dará lugar a una revisión y una mejora del diagnóstico del TLP.

Seguidamente, respecto a la **comorbilidad**, los estudios sugieren que la mayoría de las personas con TLP tienen comorbilidad con uno o más trastornos de Eje I (principalmente, la depresión, el estrés postraumático y el abuso de sustancias) y con trastornos de Eje II, principalmente los pertenecientes al cluster B.

En referencia a la **epidemiología y curso** del TLP, se estima que alrededor del 2% de la población general tiene este diagnóstico. Estos pacientes visitan con frecuencia los servicios de urgencia principalmente por intentos de suicidio. Sobre el curso, los estudios coinciden en que los comportamientos impulsivos propios del TLP van disminuyendo con la edad o bien se manifiestan de una forma menos dañina, aunque persiste el malestar emocional y la desadaptación más allá de la reducción de las conductas impulsivas.

Con relación a la **etiología** del trastorno, todavía falta mucha investigación. Sin embargo, los estudios sugieren que la impulsividad y la desregulación emocional podrían ser factores heredados que predisponen al

desarrollo de la sintomatología posterior del TLP. Desde la perspectiva psicosocial, algunos factores de riesgo como las experiencias negativas (principalmente un ambiente invalidante y experiencias de abuso sexual o físico) durante la infancia y adolescencia tendrían una influencia muy determinante en la aparición del TLP en la edad adulta.

Por otro lado, puesto que la población objeto de nuestra tesis es una muestra con **TLP y TCA**, hemos realizado una revisión de las principales líneas de investigación sobre la **comorbilidad** entre estos tipos de trastornos y el tratamiento para ambos. Como conclusión de los trabajos sobre comorbilidad, encontramos las principales asociaciones entre el TLP y la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Con relación a los tratamientos psicológicos para tratar la comorbilidad, las recomendaciones clínicas de las principales organizaciones, consideran necesario tener en cuenta algunos trastornos adicionales al eje I que complican los resultados del tratamiento psicológico. Estos problemas tienen que ver con rasgos de personalidad patológicos. Por este motivo, es importante incluir un tratamiento dirigido a los rasgos de personalidad patológicos complementariamente al tratamiento habitual para los TCA.

La investigación sobre el **tratamiento psicológico del TLP** sugiere que las terapias más utilizadas han sido la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) y la Terapia Basada en la Mentalización (MBT). Ambas han demostrado su eficacia reduciendo, principalmente, sintomatología de impulsividad, y mejorando la regulación emocional. Sin embargo, nos gustaría señalar que la DBT es la terapia que cuenta con un mayor número de ensayos clínicos controlados que apoyan su eficacia.

La intervención aplicada a la muestra de esta tesis ha sido la **DBT**. Por ello, en este marco teórico hemos hecho una descripción exhaustiva de este programa de tratamiento. De modo general, la DBT se centra en el entrenamiento de habilidades y en la validación de las capacidades del paciente. El objetivo fundamental de esta terapia es que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema, reduciéndose de esta forma, las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo.

Con relación a los trabajos de investigación sobre la DBT, los estudios controlados muestran que este programa es eficaz en la disminución de los síntomas más graves del TLP (conductas suicidas y parasuicidas, otras conductas impulsivas, ingresos hospitalarios, etc.). Sin embargo, los resultados sobre otra sintomatología como la depresión, ansiedad y cogniciones distorsionadas son más modestos. Los estudios sugieren que los pacientes que presentan conductas de riesgo, reducen el nivel de riesgo y los que no tienen conductas de riesgo muestran cambios en el afecto y la cognición. Sin embargo, es importante señalar que estos síntomas se reducían durante el primer año de tratamiento, ya que sólo se ha investigado la DBT durante este periodo (su primera fase). Por este motivo, es preciso investigar si estos resultados se mantienen después de este periodo de tratamiento (fase 2 y 3 de la DBT).

Como conclusión final de esta revisión, la impresión que nos queda de los trabajos publicados sobre el TLP, al igual que sucede con la mayoría de los trastornos de la personalidad, es que queda mucho trabajo por hacer respecto al conocimiento y al tratamiento de este complejo y preocupante trastorno. No obstante, cada vez se tienen más datos y las investigaciones futuras nos ayudarán a abordar este trastorno con más conocimiento y más eficacia. Nuestro estudio pretende ser una contribución a las mejoras en el abordaje de este trastorno cuando presenta comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria.





### III. MARCO EMPÍRICO

#### 1.- Objetivos e Hipótesis

El objetivo general del presente trabajo es avanzar en la mejora de los tratamientos cognitivo-comportamentales para los trastornos de la conducta alimentaria siguiendo las directrices actuales sobre introducir intervenciones que aborden la patología de personalidad cuando se requiera (APA, 2000, NICE, 2004). Nuestro objetivo es diseñar y aplicar un programa para el tratamiento de pacientes que presentan comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria.

Los objetivos específicos de esta tesis son los siguientes:

O1. Adaptar y diseñar la terapia dialéctica comportamental (Linehan, 1993) para el tratamiento de la personalidad patológica en los trastornos de la conducta alimentaria. La terapia dialéctica comportamental se diseñó para el tratamiento del TLP y está indicada en el tratamiento de patología de personalidad relacionada con dificultades estructurales en la regulación emocional. Esta patología es altamente prevalente en los trastornos de la conducta alimentaria por lo que esta intervención podría estar indicada para mejorar los tratamientos cognitivo-comportamentales actuales para los trastornos de la conducta alimentaria.

O2. Poner a prueba dicho programa de tratamiento mediante la realización de un ensayo clínico controlado en el que participarán personas diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria y trastorno límite de la personalidad.

O3. Comparar la eficacia del tratamiento diseñado en esta investigación con un tratamiento estándar (*treatment as usual*, TAU).

La eficacia se determinará después de seis meses de intervención psicológica con ambas terapias.

A continuación, exponemos las hipótesis planteadas al inicio de este trabajo.

1. La condición de Terapia Dialéctica Comportamental conseguirá mejorías significativas, comparada con la condición de tratamiento estándar, en psicopatología relacionada con los comportamientos impulsivos del TLP después de seis meses de tratamiento:
  - Intentos de suicidio.
  - Conductas parasuicidas.
  - Otras conductas impulsivas de regulación del afecto específicas de cada caso (uso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, sobremedicación, etc.).
  
2. La condición de Terapia Dialéctica Comportamental conseguirá mejorías significativas, comparada con la condición de tratamiento estándar, en psicopatología alimentaria, concretamente en conductas alimentarias desadaptativas específicas de cada caso (vómitos, atracones, restricción alimentaria, uso de laxantes, etc.).
  
3. La condición de Terapia Dialéctica Comportamental logrará una mejoría significativamente mayor, comparada con la condición de tratamiento estándar, en la psicopatología relacionada con la inestabilidad afectiva y la desregulación emocional:
  - Se producirá una disminución mayor de la sintomatología depresiva y ansiosa
  - Se producirá una disminución mayor de la expresión patológica de la ira
  - Se producirá una disminución mayor del afecto negativo y un mayor aumento del afecto positivo
  - Se producirá una mayor utilización de estrategias de regulación emocional adaptativas (reevaluación) y una menor

utilización de estrategias de regulación emocional desadaptativas (supresión).

- Se producirá una disminución mayor de la sintomatología disociativa
4. La condición de Terapia Dialéctica Comportamental conseguirá una mejoría significativamente mayor después del tratamiento, comparada con la condición de tratamiento estándar, en la psicopatología relacionada con la alteración de la identidad:
- Se producirá un aumento superior en la autoeficacia percibida
  - Se producirá un aumento superior en la autoestima
5. La condición de Terapia Dialéctica Comportamental conseguirá una mejoría significativamente mayor después del tratamiento, comparada con la condición de tratamiento estándar, en el nivel de adaptación de las pacientes:
- Se producirá una disminución mayor del número de ingresos hospitalarios
  - Se producirá un aumento mayor en el nivel de funcionamiento global
  - Se producirá una disminución más acusada de la interferencia y gravedad valorada por el clínico
  - Se producirá un mayor aumento en la calidad de vida percibida.



## **2.- Método**

### **2.1. Muestra**

#### **2.1.1. Reclutamiento y selección de la muestra**

La muestra se obtuvo de entre los pacientes que solicitaban ayuda en el Centro Clínico Previ. En la actualidad, Previ está formado por un equipo multidisciplinar compuesto por más de 30 profesionales (psicólogos, médicos psiquiatras, médicos endocrinos, trabajadores sociales, enfermeras, auxiliares, educadores, y otro personal de administración y servicios) especializados en diferentes ámbitos de la psicología clínica. Además de la asistencia clínica desde sus inicios una tarea importante para el centro ha sido la investigación. Los profesionales del centro Previ tienen una amplia experiencia en la investigación y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y de los trastornos de la personalidad. Previ dispone de tres dispositivos: clínica ambulatoria, hospital de día y centro de atención continuada (24 horas) y constituye un centro de referencia para el tratamiento de los TCA y de los trastornos de la personalidad en la Comunidad Valenciana.

Los participantes que cumplieron los siguientes criterios y mostraron interés en participar en el ensayo clínico fueron informados de la investigación y firmaron una hoja de consentimiento informado en el que aceptaban formar parte del estudio siempre que se asegurara su derecho a la intimidad y el anonimato.

#### *Criterios de Inclusión:*

- Cumplir los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de la conducta alimentaria no especificado).
- Cumplir los criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) para el Trastorno Límite de la Personalidad.
- Tener más de 16 años de edad.

#### *Criterios de exclusión:*

- Diagnóstico de Abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias que requiera tratamiento específico.
- Diagnóstico de trastorno psicótico o trastorno bipolar I.
- Padecer una enfermedad orgánica que pudiera perturbar la aplicación del tratamiento psicológico.

### **2.1.2. Descripción de la muestra**

Para este estudio, se contó con 131 participantes con el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y trastorno límite de la personalidad.

De este grupo, un total de 118 participantes entraron a la fase experimental y se asignaron a dos condiciones: 71 participantes fueron seleccionados para recibir un programa de tratamiento basado en la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) y 47 participantes fueron elegidos para recibir el Tratamiento Estándar (TAU).

La muestra total se compuso en un 100% de mujeres con una edad media de 27,37 años (desviación típica = 8,75).

Todas las participantes de esta investigación dieron su consentimiento para participar en el estudio bajo condiciones de confidencialidad y de estricto uso de los resultados exclusivamente para su divulgación científica firmando un documento de consentimiento informado (Ver Anexo 1). Todas las personas fueron evaluadas según criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000) por psicólogos con experiencia clínica contrastada.

En la Tabla 9, se presenta la composición de la muestra para las variables demográficas sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral. También se presentan algunas características clínicas relevantes como el tipo de trastorno de eje I y eje II, el uso de tóxicos e información sobre el tratamiento farmacológico y los tratamientos psicológicos anteriores.

**Tabla 9 - Características demográficas y clínicas de la muestra**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo Femenino</b>	118	100
<b>Estado civil</b>		
Soltero	73	70,45
Pareja	6	6,05
Casado	11	11,35
Divorciado	13	12,1
<b>Nivel de estudios</b>		
Sin estudios	3	2,8
Primarios	25	8,9
Medios	53	52,75
Superiores	23	22,1
<b>Tipo de trabajo</b>		
Estudiante	31	43,8
Trabajador no cualificado	7	7,9
Trabajador cualificado	11	11,05
Desempleado	9	14,15
Ama de casa	6	7,2
Incapacidad laboral	4	7,05
Baja laboral	5	10,4
<b>Trastornos de Eje I</b>		
Bulimia Nerviosa	24	25,75
Anorexia Nerviosa	18	20,05
EDNOS	76	54,2
<b>Trastornos de Eje II</b>		
Límite	118	100
<b>Uso de Tóxicos</b>		
Si	48	57,5
No	41	37,35
<b>Tratamiento farmacológico</b>		
Medicación prescrita	86	87,6
No medicación	11	12,4
<b>Tratamientos psicológicos anteriores</b>		
Con tratamientos previos	69	76
Sin tratamientos previos	23	24

Nota: N: número de participantes; %: porcentaje; EDNOS: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

Respecto a las características demográficas, como observamos en la Tabla 9, la totalidad de la muestra estuvo compuesta por mujeres. Con relación al estado civil, el mayor porcentaje fue de solteras en las dos condiciones. La mayoría de las participantes había cursado estudios medios. Respecto a la ocupación, la mayoría eran estudiantes.

En referencia a las características clínicas, el trastorno de eje I más común fue el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. Todas las pacientes recibieron el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. Aproximadamente la mitad consumía tóxicos. La gran mayoría de las participantes estaban en tratamiento psicofarmacológico y habían recibido tratamiento psicológico anteriormente.

Con relación al tipo de régimen de estancia en el que se encontraban las participantes en el centro PREVI, el 62% estaban recibiendo terapia ambulatoria (Centro Clínico Ambulatorio), el 27% se encontraban en régimen de hospital de día (Centro de Día) y el 11% en régimen hospitalario (Centro de Atención Continuada).



## **2.2. Diseño y condiciones experimentales**

El estudio empírico realizado consistió en un estudio controlado no aleatorizado. Se utilizó un diseño entre sujetos con 2 momentos de evaluación (antes del tratamiento y después del tratamiento). La duración del tratamiento fue de seis meses en ambas condiciones. Se dispuso de 2 condiciones experimentales:

1. La primera consistió en la aplicación del programa de tratamiento objetivo de esta investigación, la Terapia Dialéctica Comportamental (Linehan, 1993).
2. La segunda condición fue la aplicación del tratamiento estándar (*treatment as usual condition*) para esta población. Por tratamiento estándar entendemos el tratamiento que los pacientes reciben habitualmente en su centro. Este grupo de comparación se ha utilizado comúnmente en los estudios empíricos sobre Terapia Dialéctica Comportamental.

Los participantes se asignaron a cada una de las 2 condiciones experimentales. La asignación se llevó a cabo de acuerdo a criterios de funcionamiento del centro. Los pacientes eran asignados a los terapeutas en función de la carga asistencial de cada uno de ellos. Aquellos pacientes que eran asignados a los terapeutas formados en DBT recibieron este programa de tratamiento. Otro criterio que se tuvo en cuenta fue el dispositivo que utilizaban. Así, se equiparó el número de pacientes que en cada condición estaban en régimen ambulatorio, hospital de día y centro de atención continuada.

## **2.3. Instrumentos y medidas de evaluación**

### **2.3.1. Instrumentos diagnósticos** (ver Anexo 2)

**Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999).** Este es el principal instrumento diagnóstico para determinar si el paciente padece un trastorno de la personalidad, y más en concreto, un TLP. Se trata de una entrevista semi-estructurada que evalúa la presencia de trastornos de personalidad siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 1994, 2000). Es un instrumento que ha de ser administrado por un entrevistador experto y entrenado en su manejo, siendo el juicio del clínico el que, en base a la información obtenida, determina si el criterio se cumple o no. En cada criterio se empieza con una pregunta amplia dirigida a saber si está presente o no, y después se le pide a la persona confirmación con ejemplos, o con razones que justifiquen esos comportamientos. Cada uno de los criterios puede: estar ausente o ser falso (1), estar por debajo del umbral (2) o ser positivo o por encima del umbral (3). Si al menos tres de los criterios puntúan 3, se considera que el trastorno de la personalidad está presente. El SCID-II ha demostrado buena consistencia interna (de .90 a .98) y buena fiabilidad (de .48 a .98).

**Entrevista clínica de trastornos alimentarios (Perpiñá, Botella y Baños, 2006).** Esta entrevista está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV y permite al clínico realizar una valoración amplia de los aspectos más característicos en los trastornos de la conducta alimentaria facilitando así el diagnóstico clínico. Para ello, cuenta con una serie de apartados que ofrecen información sobre los pensamientos, emociones y conductas relacionadas con la historia pasada y actual del peso, los hábitos alimentarios, el área social y la autoestima. En este sentido, se lleva a cabo una evaluación de los siguientes aspectos: el estado actual del paciente; historia del peso del mismo (que nos permite la realización de un gráfico acerca de su evolución a lo largo de los años, desde la infancia y adolescencia hasta la actualidad, reflejando aumentos y pérdidas y si están asociados a determinados acontecimientos vitales). También se valora la edad en que se produce la

menarquia y se evalúa la existencia, frecuencia y duración de amenorrea. Un aspecto que también recoge la entrevista son los patrones de alimentación del paciente, tanto los pasados como los actuales (p. ej., número de ingestas al día). Se pregunta por la presencia de atracones (tanto objetivos como subjetivos), si el paciente lleva o ha llevado a cabo conductas compensatorias (vómitos, purgantes) y la realización de dietas a lo largo de los años. También se evalúa la sobrevaloración del aspecto físico; se le pregunta al paciente por sus actitudes hacia el peso y el cuerpo, su interés y deseo de perder kilos y la centralidad de esa idea en el momento de la evaluación.

### **2.3.2. Medidas clínicas relevantes** (ver Anexo 3)

**Inventario de información clínica relevante.** Este inventario se diseñó para esta investigación con el fin de recabar información relevante del estado clínico del paciente. Este instrumento de evaluación era completado por el terapeuta. En primer lugar, incluye algunos datos demográficos del sujeto (edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel de estudios). En segundo lugar, el clínico realizará un diagnóstico multiaxial (según el DSM-IV) que especifica: la existencia de trastornos clínicos y/u otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (eje I), el trastorno de personalidad y/o retraso mental (eje II), la existencia de enfermedades médicas (eje III) y problemas psicosociales y ambientales (eje IV). El último apartado de la evaluación multiaxial es el Eje V que se concreta en la Escala de la Evaluación de la Actividad Global del Sujeto (EEAG, DSM-IV, APA, 2000). En tercer lugar, se detallan algunos aspectos relevantes del estado clínico del paciente: tratamientos psicológicos anteriores, tratamiento farmacológico actual; número de ingresos hospitalarios en los últimos seis meses; número de intentos de suicidio en los últimos seis meses; número de conductas parasuicidas en los últimos seis meses; uso y frecuencia de tóxicos; conductas impulsivas en la última semana. Seguidamente, el clínico evalúa la gravedad del trastorno en una escala de 0=*sin síntomas* a 10=*muy grave*. Posteriormente, en el apartado de antecedentes familiares el clínico detalla la existencia de psicopatología en la familia y otros aspectos relacionados con la familia del paciente que considere relevantes en el estado clínico del paciente. Por último, existe un apartado de observaciones, donde el clínico puede incluir algún aspecto de importancia clínica no detallado anteriormente.

### **2.3.3. Medidas de autoinforme (ver Anexo 4)**

#### ***Medidas para evaluar la psicopatología relacionada con la inestabilidad afectiva y la desregulación emocional***

**1. Inventario para la Depresión de Beck Segunda Edición** (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Validada en población española por Sanz, Navarro y Vázquez (2003), en esta versión revisada se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Su contenido enfatiza más el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso. De los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. En dos análisis de consistencia interna en población española (Sanz, et al., 2003) se obtuvo un coeficiente alfa de .87 en el primer estudio y de .89 en el segundo. Estas puntuaciones indican muy buena consistencia interna y replican los resultados encontrados en la literatura con otras muestras (p. ej. Aasen, 2001; Hunt, Auriemma y Cashaw, 2003).

**2. Cuestionario de Ansiedad Rasgo** (*State Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Adaptada al español por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982). Este inventario contiene dos escalas con 20 ítems cada una, que se evalúan en escalas de intensidad de cuatro puntos. La *ansiedad rasgo* se refiere a una tendencia relativamente estable a percibir las situaciones como amenazantes. La *ansiedad estado* es la ansiedad experimentada en un momento concreto. En nuestro protocolo sólo se incluyó la escala de ansiedad rasgo, dado que nuestro objetivo era evaluar cambios en aspectos como la ansiedad tras seis meses de tratamiento. Esta parte consta de 20 ítems, que fueron contestados por los participantes indicando cómo se sentían habitualmente según una escala de 0 a 3 (nada, algo, bastante, mucho). La fiabilidad test-retest para esta escala en población española fue de 0.81 y la consistencia interna osciló entre 0.83 y 0.92.

**3. Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (STAXI-2;** Spielberger, 1996). Adaptada al español por Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, (1999). Este instrumento mide la experiencia y expresión de la ira en tres subescalas. Las respuestas a los ítems se contestan en una escala tipo Likert (1 = “no, en absoluto” a 4= “mucho”) en función de cómo se siente normalmente el individuo. En primer lugar, los 10 ítems de la escala *rasgo de la ira* (R) miden la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo. Las puntuaciones van en un rango de 10 a 40, con lo que altas puntuaciones indican alto rasgo de ira. Los 15 ítems de la segunda escala, *estado de la ira* (E), miden la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado. Las puntuaciones de esta escala van de 15 a 60 (altas puntuaciones indican mayor estado de ira). El STAXI contiene cuatro escalas de expresión y control de la ira, compuestas por 8 ítems cada una: *expresión externa de ira* (E.Ext.) que mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas físicas agresivas; *expresión interna de ira* (E.Int.) que mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son suprimidos; *control externo de ira* (C. Ext.) mide la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno. Por último, la subescala de *control interno de ira* (C.Int) que mide la frecuencia con que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones que le producen enfado. Las puntuaciones oscilan en un rango de 8 a 32. Además, el *Índice de Expresión de la Ira* (IEI) es un índice general de la expresión de la ira a partir de los elementos de estas subescalas. Las subescalas de este instrumento poseen buena consistencia interna (rango de .74 a .95) y han sido validadas a través de varios índices de ira relacionados con actividad fisiológica y otras medidas de autoinforme de ira y hostilidad (Spielberger, 1999).

**4. Escala de Afecto Positivo y Negativo** (*Positive and Negative Affect Scale*, PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Se aplicó la versión española, la cual ha sido validada por Sandín, et al., (1999). Este instrumento informa sobre el grado de afectividad positiva y negativa en el individuo. El instrumento consiste en 10 adjetivos para *afectividad positiva* (AP), y 10 adjetivos para *afectividad negativa* (AN). Los adjetivos describen sentimientos

y estados emocionales (Melvin y Molloy, 2000; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Los participantes contestan en una escala de 5 puntos (de 1=*nada o casi nada*, a 5=*muchísimo*) en referencia a cómo se han sentido últimamente. Las puntuaciones obtenidas en los adjetivos se puntúan separadamente para conseguir un valor de afecto positivo y otro de afecto negativo. Las escalas han sido validadas a través de otras escalas frecuentemente usadas en el área de la psicopatología. Se ha demostrado que no hay una correlación significativa entre afectividad positiva y negativa, lo que se interpreta como una indicación de validez divergente (Wilson, Gullone, y Moss, 1998). La versión española ha demostrado alta consistencia interna (0.89 para AP y 0.91 para AN en mujeres, y 0.87 para AP y 0.89 para AN en hombres) en estudiantes universitarios (Sandín, et al. 1999), lo que coincide con los resultados encontrados en la literatura (Watson, Clark y Tellegen, 1988; Melvin y Molloy, 2000).

**5. Cuestionario de Regulación Emocional** (*Emotion Regulation Questionnaire*; Gross y John, 2003). Esta medida incluye estrategias de regulación emocional del individuo divididas en dos dimensiones diferenciadas: *supresión* (*suppression*) y *reevaluación* (*reappraisal*). Este instrumento consta de 10 ítems y los participantes indican su acuerdo con cada afirmación en una escala de 1=*totalmente en desacuerdo* a 7=*totalmente de acuerdo*. La escala de *supresión* esta compuesta de 4 ítems y pregunta a los participantes el grado con que tienden a inhibir la expresión de sus emociones. Esta escala incluye ítems como: “*me reservo mis emociones para mí mismo*” y “*controlo mis emociones no expresándolas*”. Por otra parte, la escala de *reevaluación* que consta de 6 ítems, pregunta a los participantes el grado con que intentan pensar sobre las situaciones de forma diferente para cambiar lo que están sintiendo. Esta escala incluye ítems como: “*cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar sobre esa situación de una forma que me ayude a mantener la calma*” y “*controlo mis emociones cambiando mi forma de pensar acerca de la situación en la que estoy*”. Estos autores obtuvieron un coeficiente alfa de .79 para la escala de reevaluación y .73 para la escala de supresión, y una puntuación de .79 en el test-retest de ambas escalas. Este cuestionario también ha demostrado una buena validez convergente y discriminante al comparar las escalas de

este instrumento con una variedad de medidas como rumiación, personalidad, y estrategias de afrontamiento (Gross y John, 2003).

**6. Escala de Experiencias Disociativas** (*Dissociative Experience Scale-DES-II*; Carlson et al., 1993). Adaptada al español por Icarán, Colom y Orengo-García (1996), esta escala consta de 28 ítems de respuesta, en la que se pide al sujeto que indique la frecuencia de varias experiencias disociativas, como la amnesia disociativa, desrealización, despersonalización, sentimientos de vacío, absorción etc. Estas preguntas no se refieren a experiencias bajo la influencia de alcohol o drogas. El DES-II es una escala de *screening* y hace una valoración del nivel de disociación, considerando ésta como un continuo que va de lo normal a lo patológico. El DES-II utiliza un formato de 11 puntos que representan decenas en tanto por cien desde 0% a 100%. Se trata de una escala ampliamente difundida y ha demostrado una buena fiabilidad (coeficiente alpha de .99) que coincide con los resultados obtenidos en numerosos estudios (Frischholz, et al., 1990; Ross, Norton, y Anderson, 1988; Pitblado y Sanders, 1991; Ross, 1991). Se decidió incluir esta escala en el protocolo porque en el TLP suele aparecer la disociación como estrategia desadaptativa de regulación emocional.

### ***Medidas para evaluar la psicopatología relacionada con la alteración de la identidad***

**1. Escala de Autoestima de Rosenberg** (*Rosenberg Self-Esteem Scale*; Rosenberg 1965). La valoración de uno mismo es un aspecto importante a considerar en la patología de personalidad. En este trabajo se utilizó una traducción española (Echeburua, 1995) de esta escala validada en población española por Baños y Guillén, 2000). Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. La persona especifica el grado de acuerdo con cada enunciado usando una escala tipo Likert de 4 puntos (1= estoy muy de acuerdo; 2=estoy de acuerdo; 3=no estoy de acuerdo; 4=estoy muy en desacuerdo). En una validación de este instrumento para medir autoestima en población española se encontró que

esta escala tenía una adecuada consistencia interna (coeficiente alfa de .88) para el total de la población (Baños y Guillen, 2000). Estos datos concuerdan también con otros estudios realizados en los que se obtuvieron coeficientes alfa de .83 (Pastor, Navarro, Tomás, y Oliver, 1997), y .82 (Shapurian y Hojat, 1987).

**2. Escala General de Autoeficacia** (Sherer, et al., 1982). Adaptada al español por Bäßler y Schwarzer (1996) y validada por Sanjuán Suárez, Pérez García y Bermúdez Moreno (2001). Esta escala fue desarrollada para analizar las creencias que tienen los sujetos acerca de sus habilidades para manejar determinadas situaciones. Está compuesta de 30 ítems que miden la autoeficacia total y contiene dos subescalas. En la escala de autoeficacia general, que consta de 12 ítems, el sujeto describe cómo maneja determinadas situaciones relacionadas con tareas personales, y en la subescala de autoeficacia social el sujeto describe cómo maneja determinadas situaciones sociales. En ambas escalas el sujeto debe indicar el grado de acuerdo de la frase que le describe o caracteriza en una escala de 0=*nunca me ocurre* a 5=*siempre me ocurre*. Una alta puntuación en esta escala indica niveles elevados de autoeficacia, mientras que una baja puntuación, es indicativa de ausencia de la misma. Sherer et al., (1982) señalan una consistencia interna de .86 para la subescala de autoeficacia general y de .71 para la subescala de autoeficacia social. También informan de validez convergente de la autoeficacia con otras medidas de características de personalidad (locus de control, control personal, fuerza del ego y competencia interpersonal) relacionadas con la eficacia general, sin ser sinónimas. En el protocolo aplicado sólo se utilizó la escala de autoeficacia general con el objetivo de evaluar si el tratamiento producía cambios en el nivel general en este importante aspecto.

### ***Medidas para evaluar el nivel de adaptación***

**1. Índice de Calidad de Vida** (Mezzich, et al., 1999). Este índice incluye 10 ítems, con formato de respuesta de opción múltiple tipo likert con una escala que va de 1=*malo* a 10=*excelente*. Los ítems representan, según los autores, diez aspectos relevantes para la evaluación del constructo de calidad de vida y fueron seleccionados a partir de una revisión exhaustiva de



21 instrumentos existentes para evaluar la calidad de vida. Dichos aspectos son: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y una valoración global de la calidad de vida. Cada ítem es valorado por el sujeto según su perspectiva personal en el momento actual. Este índice tiene distintas cualidades como una aplicabilidad, fiabilidad y validez adecuadas, además de ser un instrumento breve y fácil de utilizar. Posibilita obtener medidas de calidad de vida tanto para población clínica como no clínica y permite evaluar aspectos relacionados no sólo con la enfermedad sino con la salud. La homogeneidad del cuestionario demostró ser buena, obteniéndose un coeficiente alfa de .79 (Bulacio et al., 2004).

#### **2.4. Procedimiento**

Los participantes acudían o eran derivados al centro PREVI desde distintos dispositivos de la red de salud mental pública o desde centros privados. En primer lugar, los profesionales del centro llevaban a cabo una evaluación diagnóstica. Para establecer el diagnóstico se utilizaron los criterios del DSM-IV-TR. Además, el diagnóstico de TLP se confirmó mediante la entrevista semiestructurada SCID-II y para delimitar el diagnóstico del TCA se utilizó la Entrevista clínica de trastornos alimentarios (Perpiñá et al., 2006). Estas entrevistas se realizaron antes de comenzar el tratamiento y fueron administradas en dos sesiones de alrededor de una hora de duración. En esta fase de diagnóstico también se exploró si los pacientes cumplían los criterios de inclusión o si por el contrario, era necesario excluirlos. Una vez determinado que el paciente era un buen candidato a participar en el estudio se le informó y se le invitó a participar en el mismo y si aceptaba, se le pidió que firmara la hoja de consentimiento informado.

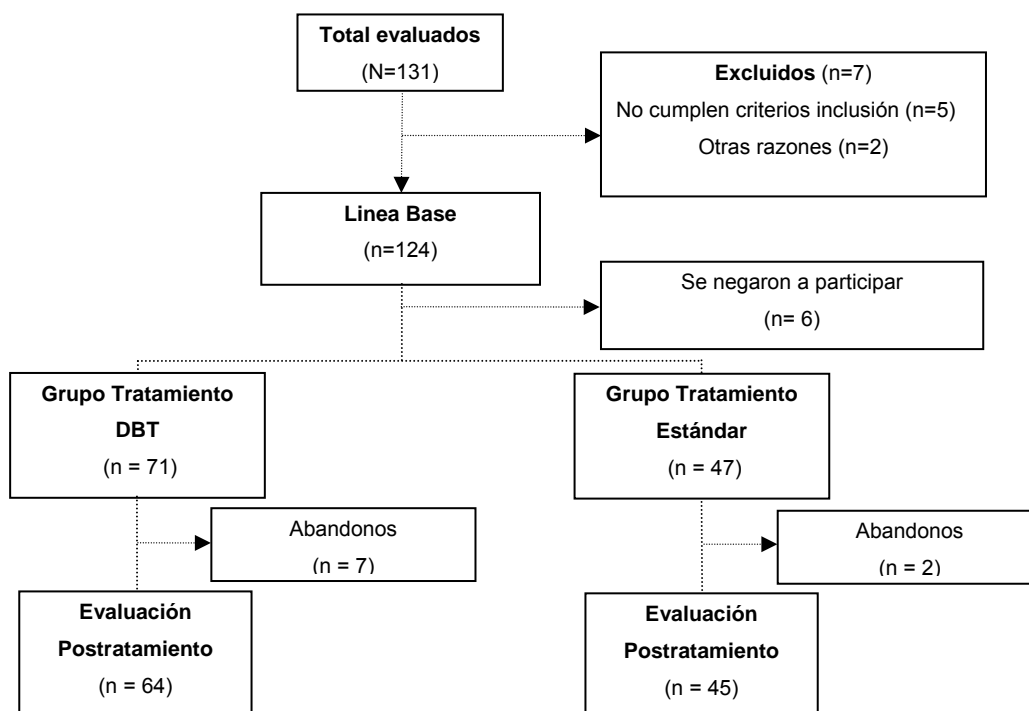
Una vez completada esta fase, los pacientes fueron asignados a una de las dos condiciones de tratamiento teniendo en cuenta los criterios que ya han sido comentados (terapeuta al que se le asignaba el caso y dispositivo al que acudía el paciente).

Para realizar la asignación de los participantes, al inicio del estudio se evaluaron a 131 personas. Sin embargo, 7 participantes fueron excluidas: 5 participantes por no cumplir los criterios de inclusión y 2 participantes por cambio de residencia. Un total de 124 participantes fueron seleccionadas y evaluadas para entrar en el estudio y, de este grupo, 6 personas se negaron a participar. Por tanto, 118 participantes entraron a la fase experimental y se asignaron a las dos condiciones: 71 participantes fueron seleccionados para recibir un programa de tratamiento basado en la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) y 47 fueron elegidos para recibir el Tratamiento Estándar (TAU).

Tras esa fase, las participantes cumplimentaron un protocolo de evaluación compuesto de las medidas de autoinforme (expuestas en el apartado 2.3. Instrumentos y medidas de evaluación) y los terapeutas se encargaron de completar el inventario de información clínica relevante (explicado en el apartado 2.3. Instrumentos y medidas de evaluación) donde se detallaban algunas variables relacionadas con la historia clínica de cada paciente en ese momento.

Durante la fase experimental, en el grupo DBT abandonó el 9,8% y en el grupo TAU el 4,25% de la muestra. El número de participantes que completaron el estudio, es decir, que cumplimentaron el protocolo de evaluación después del tratamiento, fueron 64 participantes en el grupo DBT y 45 en el grupo TAU. En la Figura 2, se ofrece un diagrama de flujo del progreso de los pacientes en el experimento.

Figura 2 - Diagrama de flujo



Ambos tratamientos, DBT o TAU, tuvieron una duración de seis meses. Las participantes que recibieron la condición DBT, tuvieron una sesión semanal de terapia individual de alrededor de una hora de duración y una sesión de terapia grupal semanal de dos horas de duración. Las participantes asignadas a la condición TAU recibieron una sesión de terapia individual semanal y otra de terapia grupal.

Al final del tratamiento con DBT o TAU, los participantes cumplimentaron, una vez más, el mismo protocolo de evaluación que contestaron en el pretratamiento y los terapeutas cumplimentaron, por segunda vez, el Inventario de información clínica relevante.

Tras esta fase, se corrigieron los cuestionarios y se introdujeron en una base de datos. Los resultados de las medidas de autoinforme antes y después del tratamiento fueron comparados con el fin de identificar mejorías en la psicopatología de las participantes. El inventario de información clínica

relevante fue también comparado antes y después del tratamiento con el objetivo de observar mejorías en el estado clínico de las pacientes.

## **2.5. Programas de tratamiento**

En este apartado realizaremos una descripción de los dos programas de tratamiento que se aplicaron en las condiciones experimentales de esta investigación.

En ambas condiciones de tratamiento, un número importante de los pacientes estaban recibiendo tratamiento farmacológico. Para participar en el estudio se requería que dicho tratamiento estuviera prescrito y supervisado por un especialista (psiquiatra) y se recogió información continuada sobre los posibles cambios en la medicación que se dieran a lo largo del proceso.

El tratamiento fue llevado a cabo en distintos dispositivos asistenciales del centro clínico PREVI: terapia ambulatoria (Centro Clínico Ambulatorio), el hospital de día (Centro de Día) y el tratamiento en régimen hospitalario (Centro de Atención Continuada, CAC). La asignación a un dispositivo u otro se realiza en PREVI en función de la gravedad del trastorno.

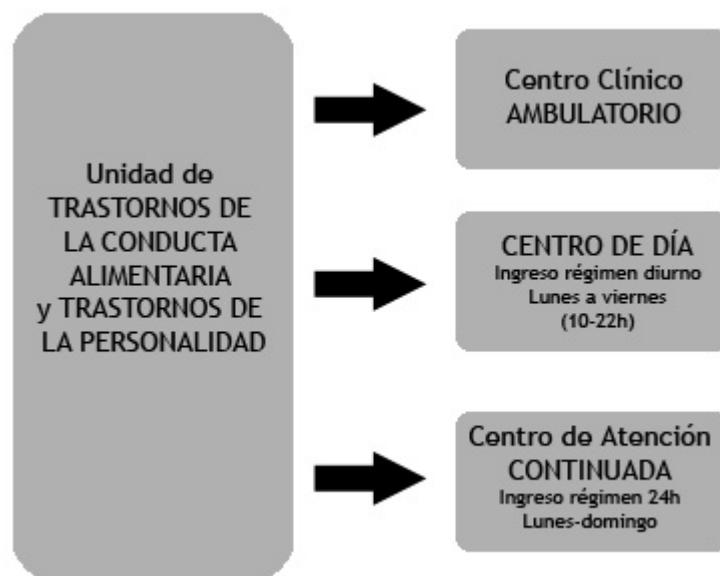
Como hemos dicho, las condiciones estaban equiparadas en función del dispositivo al que acudían los pacientes. Es importante destacar que los pacientes que acudían a tratamiento ambulatorio sólo recibían el tratamiento perteneciente a la condición a la que fueron asignados (DBT vs. TAU). Sin embargo, todos los pacientes que acudían a hospital de día, además de recibir el tratamiento correspondiente a la condición experimental asignada (DBT vs. TAU) participaban en las mismas actividades en el centro:

- Comidas pautadas y control de vómitos y atracones: Uno de los objetivos del hospital de día es normalizar los hábitos alimentarios, por lo que se establecen contenidos y horarios de comida adecuados, así como un control del uso del cuarto de baño para prevenir los vómitos autoinducidos.
- Grupo de entrenamiento en solución de problemas: Se trata de un grupo dirigido por un terapeuta en la que las pacientes plantean problemas vitales de su vida cotidiana y se les entrena desde una perspectiva cognitivo-comportamental (D’Zurilla y Goldfried, 1971) en la solución de los mismos;

- Grupos de expresión emocional y *collage*. Se trata de un grupo dirigido a que las pacientes, mediante actividades lúdicas y corporales (baile, ejercicios con el cuerpo, *collage*) expresen sus emociones y sus sentimientos respecto a sí mismas y a su problema alimentario.
- Grupo de preparación del fin de semana: Se trata de un grupo dirigido por un terapeuta en el que se planifican las actividades de las pacientes durante el fin de semana con el objetivo de reducir la probabilidad de conductas alimentarias desadaptativas.

Por otro lado, las pacientes que estaban en el centro de atención continuada (CAC), además de recibir el tratamiento al que habían sido asignadas (DBT vs. TAU), realizaban las mismas actividades adicionales que las pacientes de hospital de día, pero se quedaban a dormir en el centro, por lo que se podía ejercer un mayor control de las conductas impulsivas. Es importante destacar que ninguna de las pacientes en CAC estaba hospitalizada durante toda la semana. Todas ellas disfrutaban de permisos de fin de semana, por lo que el jueves o viernes volvían a sus casas y retornaban al centro el domingo por la tarde o lunes por la mañana. En la Figura 3 se presentan los dispositivos que ofrece el centro clínico Previ para las personas con trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad.

**Figura 3 - Dispositivos de atención (Centro Clínico Previ)**



Otro aspecto que nos gustaría destacar antes de pasar a describir los programas de tratamiento es que, en esta descripción del programa de

tratamiento, sobre todo por lo que se refiere al tratamiento individual, no se va a detallar lo que se hacía en cada una de las sesiones. La patología que presentan estas pacientes es muy amplia y se hace muy difícil seguir un protocolo manualizado sesión a sesión. Por eso, los clínicos, con buen criterio, solemos adaptar los manuales al ritmo y la patología de cada caso. Los principios terapéuticos utilizados son los mismos que los de los manuales, pero se aplican con mayor flexibilidad dadas las características de estas pacientes. De hecho, la DBT se considera un tratamiento no manualizado, sino un tratamiento basado en principios terapéuticos. Por otro lado, la terapia cognitivo-comportamental aplicada en la condición TAU siguió los manuales cognitivo-comportamentales para los TCA, pero adaptando los contenidos al ritmo y la patología de las pacientes.

### **2.5.1. Terapia Dialéctica Comportamental (DBT)**

El programa de tratamiento de los pacientes que recibieron DBT fue una adaptación de la Terapia Dialéctica Comportamental estándar (Linehan, 1993). Esta adaptación consistió en una combinación de intervenciones individuales y de grupo durante seis meses de tratamiento. En la terapia individual se conservó el formato estándar de la DBT (Linehan, 1993a). En el entrenamiento en grupo se adaptó el entrenamiento en habilidades de la DBT estándar a un programa de 24 sesiones (Linehan, 1993b). Esta adaptación del módulo de habilidades DBT fue realizada por nuestro equipo de investigación para el ensayo clínico controlado.

A continuación, vamos a detallar el programa de tratamiento basado en la DBT que se llevó a cabo en este estudio. Para ello, haremos un resumen del programa utilizado en los dos tipos de formato de tratamiento.

#### **Terapia Individual**

El tratamiento individual consistió en una sesión de 60-90 minutos por semana con un terapeuta especializado en trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad con formación en DBT.

Este tratamiento (véase más ampliamente explicado en el apartado 3.2. Tratamiento psicológico de esta tesis) tuvo como objetivos fundamentales:

1. Reducción de las conductas suicidas y parasuicidas:

- Crisis de conductas suicidas
  - Actos parasuicidas
  - Imágenes, impulsos suicidas intrusivos
  - Ideación, expectativas suicidas
2. Reducción de las conductas que interfieren en la terapia:
    - Conductas que interfieren con el hecho de recibir terapia (no asistencia, no colaboración en sesión, no cumplimiento tareas)
    - Conductas que interfieren con otros pacientes (grupo)
    - Conductas que desgastan al terapeuta
  3. Reducción de las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente:
    - Abuso de sustancias
    - Conductas sexuales de alto riesgo
    - Dificultades económicas serias
    - Conductas ilegales
    - Relaciones interpersonales muy disfuncionales
    - Conductas laborales disfuncionales
    - Conducta de enfermedad disfuncional
    - Conductas relacionadas con la forma de vivir
    - Conductas disfuncionales de salud mental
    - Otros trastornos en el eje I: trastorno alimentario, trastorno por estrés postraumático, etc.
  4. Entrenamiento y práctica de estrategias básicas del tratamiento: solución de problemas, manejo de contingencias, reestructuración cognitiva, exposición, etc.

Estas metas de tratamiento están jerarquizadas y se abordan en función de su importancia. La jerarquía que se establece para intervenir en la terapia individual es la siguiente: 1º) disminución conductas suicidas y parasuicidas; 2º) reducción conductas que interfieran con la terapia; 3º) disminución de conductas que interfieran en la calidad de vida; 4º) aumentar habilidades comportamentales. Por tanto, los objetivos terapéuticos específicos para cada paciente se organizan en función de esa jerarquía de prioridades. Del mismo modo, los temas a tratar en las sesiones de terapia individual se estructuran a partir de la información que el paciente recoge en el diario DBT, estableciéndose los objetivos específicos para cada paciente

de acuerdo a la jerarquía de prioridades que hemos comentado (p. ej., autolesiones, uso de sustancias, etc.).

Las principales estrategias que se utilizaron en el tratamiento individual para reducir las conductas disfuncionales fueron las siguientes:

- Revisar el diario DBT en cada sesión.
- Análisis conductual de la situación asociada a la jerarquía de objetivos, metas de tratamiento.
- Solución de problemas: entrenamiento/aplicación de técnicas cognitivo-comportamentales y técnicas aprendidas en terapia grupal.
- Tarea para casa dirigida a practicar técnicas aprendidas en terapia.

Exponer el detalle de lo que se trabajó con cada una de las pacientes en terapia individual sería excesivamente extenso. A continuación vamos a explicar brevemente dos ejemplos de las metas de tratamiento individual que se llevaron a cabo para dos de las participantes. Una descripción más exhaustiva de los siguientes casos se puede encontrar en García-Palacios, Navarro, Guillén, Marco y Botella (2010).

#### **Participante 1:**

Antes de delimitar las metas, en el pretratamiento se realizó un análisis de las principales áreas de funcionamiento afectadas en la paciente:

La principal fuente de malestar es la inestabilidad afectiva (tristeza, rabia/odio, ansiedad, culpa, alegría) que causa una desregulación en diferentes áreas como:

1. Identidad: sentimientos de vacío, ineficacia, indefensión aprendida, confusión de la identidad sexual y distorsión imagen corporal.
2. Cognitiva: pensamientos de inutilidad: “soy incapaz, todos me utilizan”; y pensamientos negativos respecto al cuerpo/peso/comida: “nunca me voy a curar de la bulimia”. También presenta disociación.
3. Conductual: impulsividad extrema (atracones seguidos de vómitos autoinducidos, abuso de alcohol y cannabis, sexo impulsivo y conductas autolesivas como “arañarse”).



4. Interpersonal: círculo de amigos muy reducido, relaciones de pareja inestables, separación traumática de su marido (todavía mantiene relaciones con él), discusiones con los padres y miedo al rechazo social.

Las metas acordadas por la terapeuta para el tratamiento individual fueron de acuerdo a la siguiente jerarquía:

Meta 1.-Reducir conductas suicidas y parasuicidas:

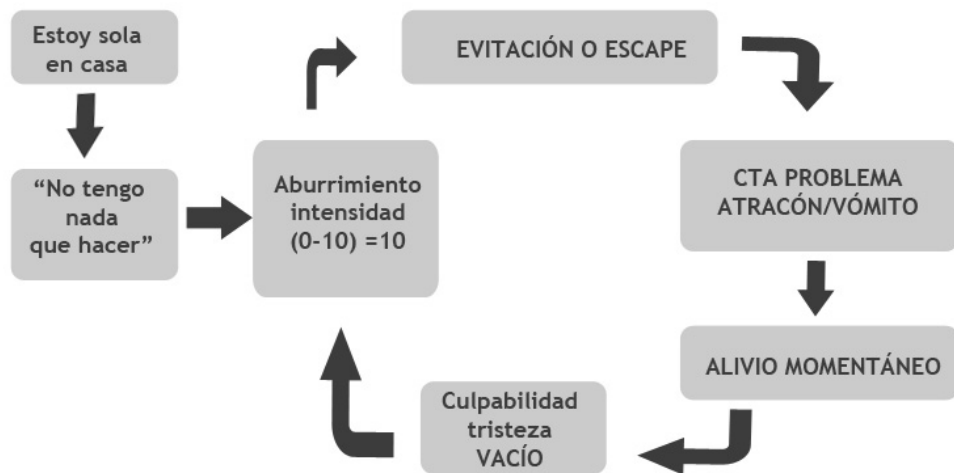
- No existe ideación suicida recurrente, ni intentos de suicidio, sólo deseo de morir.
- Conductas autolesivas: arañarse, arrancarse el pelo.
- Conductas alimentarias: atracón seguido de vómito autoinducido con una frecuencia que hacía que se considerase una conducta que atentaba contra la salud física (vomitar un mínimo de 3 veces al día).

Se confeccionó el diario DBT (que se muestra en la siguiente página) para esta paciente que servía de base para el contenido de las sesiones individuales. La paciente rellenaba el diario durante la semana en el periodo entre sesiones (si no lo hacía entre sesiones se hacía al principio de la sesión). El aspecto que había sido más problemático durante la semana (teniendo en cuenta la jerarquía de objetivos terapéuticos) se analizaba mediante un análisis funcional, se relacionaba con el patrón límite de funcionamiento y a partir de ahí se trabajaba.

DIARIO				Iniciales: Nº:		¿Cumplimentado en sesión? SI NO		¿Cuántas veces has rellenado el diario? __A diario __2-3 veces __4-6 veces __1 vez		Fecha inicio:							
Día de la semana	Impulso a:			Puntuación		Uso de sustancias				Conductas							
	Vomitarse y atracarse	Arañarse	Alcohol + Porros	Emociones negativas	Emociones positivas	Alcohol	Porros	Medicación prescrita S/N	Medicación no prescrita	Vomitarse +atracarse	Arañarse	Sexo impulsivo	Habilidades (0-7)				
	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	Tipo y cantidad	Tipo y cantidad	Tipo y cantidad	Tipo y cantidad								
LUN																	
MAR																	
MIER																	
JUE																	
VIER																	
SAB																	
DOM																	
Notas del análisis conductual:						Utilización de habilidades: 0 = No pensar en utilizarlas 1= Pensar en ellas, no utilizarlas y no querer utilizarlas 2 = Pensar en ellas, no utilizarlas pero querer hacerlo 3 = Intentar utilizarlas pero no poder hacerlo						4 = Intentar utilizarlas, hacerlo pero no me ayudan 5 = Intentar utilizarlas, hacerlo y me ayudan 6= Utilizarlas sin esfuerzo pero no me ayudan 7 = Utilizarlas sin esfuerzo y me ayudan					
						Impulso a: (0-5)		Al llegar a terapia		Capacidad de controlar: (0-5)		Al llegar a terapia					
						Dejar la terapia				Emociones							
						Tomar drogas				Conductas							
Cambios en la medicación:						Suicidarse				Pensamientos							
						Behavioral Research and Training Clinic. University of Washington 2004 (Trad. A. Garcia-Palacios)											

A continuación exponemos el resultado de uno de los análisis funcionales de una situación específica donde se produce una conducta desadaptativa de regulación del afecto. Según Linehan, para reducir estas conductas es importante relacionar situaciones específicas de la paciente con su patrón general de funcionamiento. En la Figura 4, presentamos el resumen de dicho análisis funcional:

**Figura 4 - Análisis conductual de la paciente 1**



Como podemos observar en este ejemplo, ante una situación en la que la paciente está sola en casa, surge un pensamiento de que no tiene nada que hacer. Este pensamiento provoca una emoción de aburrimiento o vacío. Para evitar ese malestar la paciente se atraca de comida y después vomita. Esta conducta produce un alivio momentáneo a corto plazo, sin embargo, poco después, la paciente se siente culpable y triste por haberlo hecho, lo que incrementa esa sensación de vacío inicial. Por tanto se produce un círculo vicioso.

A partir de éste y otros análisis funcionales de distintas situaciones problemáticas la paciente fue adquiriendo conciencia de los mecanismos que hacían que las conductas problema se mantuviesen. Entendió la necesidad de aprender a regular las emociones y a sustituir las conductas impulsivas por otras conductas más adaptativas. Para conseguirlo, el terapeuta individual utilizaba técnicas de modificación de conducta, partiendo de un enfoque de solución de problemas y las estrategias que la paciente iba aprendiendo en la terapia grupal.

Meta 2.-Reducir conductas que interfieran en la terapia:

- Acudir a terapia puntual.
- Realización del diario DBT.
- Adherencia al tratamiento farmacológico.
- No acudir a terapia bajo los efectos del alcohol o drogas.

Meta 3.-Reducir conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente.

- Conductas sexuales de alto riesgo (con desconocidos y sin preservativo).
- Área social: aislamiento social, inactividad; problemas con ex-marido y pareja actual.
- Funcionamiento independiente y autónomo: salir de centro de atención continuada.
- Abuso de sustancias (alcohol y cannabis principalmente).

### **Participante 2:**

En el pretratamiento se valoró la inestabilidad afectiva (apatía, excitación, ira/cólera, ansiedad y alegría) y la desregulación en las siguientes áreas de funcionamiento:

1. Identidad: sentimientos de vacío y distorsión imagen corporal.
2. Cognitiva: pensamientos negativos respecto al cuerpo/peso/comida (“mis piernas son feas”) y disociación.
3. Conductual: autolesiones (golpes y arañazos); intentos de suicidio (cortarse las venas); consumo de alcohol y cannabis; atracones y vómitos.
4. Interpersonal: agresiones o peleas con iguales; ataques de ira y ansiedad dirigidos a su madre.

Meta 1.-Reducir conductas suicidas y parasuicidas:

- Intento de suicidio: cortarse las venas.
- Ideación suicida: “no quiero vivir más”.
- Actos parasuicidas: sacar la pierna por la ventana.
- Conductas autolesivas: arañarse y golpes en la mano.

- Conductas alimentarias: atender contra el cuerpo (patrón de atracón seguido de vómito autoinducido).

Un ejemplo de análisis funcional en este caso se representa en la Figura 5.

Figura 5 - Análisis conductual de la paciente 2



Como vemos en la Figura 5, ante la situación de ver a la pareja de su madre, surge un pensamiento de que no soporta a la pareja de su madre y lo compara con su padre (que falleció hace 5 años). Este pensamiento provoca una emoción de ira hacia su madre y tristeza por la muerte de su padre. Para evitar ese malestar, la paciente se autolesiona. Esta conducta produce un alivio momentáneo pero pasado un tiempo incrementa los sentimientos de angustia, culpa y tristeza. Por lo que se produce un círculo vicioso.

Meta 2.-Reducir conductas que interfieran en la terapia:

- Realización del diario DBT.
- Adherencia al tratamiento farmacológico.
- No acudir bajo los efectos de alcohol o cannabis.
- Conductas de oposicionismo hacia el terapeuta: actitud provocadora y desafiante.

Meta 3.-Reducir conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente:

- Área social: ataques de ira y ansiedad dirigidos a su madre, insultar y pegar a otros.

- Funcionamiento independiente y autónomo: salir del Centro de Atención Continuada.
- Abuso de sustancias (alcohol y cannabis).

### **Terapia Grupal:**

Para la terapia grupal de entrenamiento en habilidades se realizó una sesión de 2 horas por semana con una pausa de 10 minutos en medio de cada sesión. El grupo constaba de 4 a 8 pacientes. Las sesiones fueron dirigidas por una psicóloga con formación en DBT y uno de los terapeutas del centro PREVI, que adoptó el papel de co-terapeuta. Además se incluyó la participación de un observador. El escenario donde se llevó a cabo el tratamiento fue en una sala del Centro Clínico PREVI, debidamente acondicionada para tratamientos de este tipo. Todas las sesiones fueron grabadas en video para su posterior utilización en las sesiones clínicas entre terapeutas.

El programa de tratamiento grupal consistió en un entrenamiento de habilidades en grupo que consistía en un módulo inicial de orientación al tratamiento (1 sesión de duración) y cuatro módulos de entrenamiento en habilidades: 1) Atención plena (3 sesiones); 2) Regulación Emocional (14 sesiones); 3) Tolerancia al Malestar (2 sesiones); y 4) Eficacia interpersonal (4 sesiones), con un total de 24 sesiones.

Las metas principales del entrenamiento en habilidades en grupo fueron, por una parte, reducir:

- Desequilibrio interpersonal.
- Desequilibrio emocional.
- Desequilibrio cognitivo y comportamental.
- Alteraciones de la identidad.
- Conductas que interfieren terapia.

Y por otra, aumentar:

#### *Habilidades de Aceptación:*

- Habilidades atención plena (*mindfulness*).
- Habilidades de tolerancia al malestar.

#### *Habilidades de Cambio:*

- Habilidades de eficacia interpersonal.
- Habilidades de regulación emocional.

A continuación, en la Tabla 10, se plasma un resumen del programa de tratamiento y en el Anexo 5 exponemos la agenda completa que se llevó a cabo en las 24 sesiones del programa de entrenamiento en habilidades:

**Tabla 10 - Resumen del programa de entrenamiento en habilidades**

<b>Sesión</b>	<b>Grupo de Habilidades de regulación emocional</b>
1	Presentación del Grupo de Habilidades de Regulación Emocional
2-5	<b>Habilidades Atención Plena</b> Toma de conciencia de las emociones Entrenamiento en Mindfulness Observar-Describir-Participar de las emociones
5-18	<b>Regulación Emocional</b> Aprender a identificar emociones Psicoeducación sobre las emociones Manejo de emociones justificadas vs. no justificadas Análisis funcional de las emociones. Metas relacionadas con valores
18-21	<b>Tolerancia al malestar</b> Entrenamiento en técnicas de tolerancia malestar
19-24	<b>Eficacia Interpersonal</b> Entrenamiento en eficacia interpersonal

### **2.5.2. Tratamiento Estándar (Treatment as Usual, TAU)**

El tratamiento para las personas que fueron asignadas a la condición TAU consistió en el tratamiento estándar que los pacientes recibían habitualmente en Centro Clínico Previ. Las estrategias de evaluación y tratamiento psicológico que se utilizan en el Centro Clínico Previ cuentan con el aval de la investigación rigurosa siguiendo las guías clínicas recomendadas por las principales organizaciones en psicología clínica.

La intervención consistió en la aplicación, según el tipo de TCA, de dos programas de tratamiento cognitivo-comportamentales empíricamente validados para los TCA (bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastorno por atracón principalmente). Los clínicos aplican este tratamiento adaptándolo a cada paciente y teniendo en cuenta si existe un trastorno de personalidad

comórbido. A continuación haremos un resumen de los programas aplicados en la condición TAU:

### **1.- Terapia Cognitivo Comportamental para la Bulimia Nerviosa (Wilson, Fairburn, .Agras, 1997).**

El equipo clínico del Centro Clínico Previ adaptó el programa de tratamiento cognitivo-comportamental para la Bulimia Nerviosa (Wilson et al., 1997) para llevarla a cabo en formato grupal. Este programa de tratamiento se componía de 3 fases:

La **primera fase** se compone de 8 sesiones de tratamiento (sesión 1 a la 8) de una hora de duración aproximadamente con una frecuencia semanal. En esta fase, el objetivo general es la reducción de atracones y conductas purgativas así como la eliminación de la dieta y la normalización de un patrón de comidas. Al inicio del tratamiento se presenta el modelo explicativo de la bulimia nerviosa y se explican los principios básicos de funcionamiento del peso corporal, el mantenimiento del peso a corto y largo plazo, los métodos ineficaces de control de peso (laxantes, vómitos, etc.), las consecuencias de los atracones y las purgas. También se trabajan los principios básicos de la nutrición, las consecuencias de las dietas, etc. En esta fase se prescribe un patrón de alimentación regular, 3 comidas junto con 2 tentempiés al día, comer en lugares adecuados y mantener una estructuración del tiempo libre. Al mismo tiempo se entrena a las pacientes en el aprendizaje de realizar conductas alternativas al atracón. Durante esta fase la paciente tiene que monitorizar su alimentación y se normaliza el patrón de pesado (1 vez a la semana). Por otra parte se busca el grado óptimo de implicación familiar necesario para el buen funcionamiento del tratamiento.

Al final de la fase I, se revisa si la persona está preparada para seguir con el tratamiento y si es así entonces pasa a la fase II.

La **segunda fase** se compone de 8 sesiones (9 a la 16), de una hora de duración aproximadamente con una frecuencia semanal. El objetivo general de esta fase es el cambio de actitudes y creencias sobre el cuerpo y la comida que están manteniendo la Bulimia Nerviosa. Para ello, se utilizan las técnicas fundamentales de la terapia cognitiva. Otro objetivo fundamental de esta fase es la eliminación de la dieta ampliando el tipo de alimentos ingeridos. Para ello se van introduciendo los alimentos prohibidos de forma



gradual, siguiendo la técnica de la exposición. Un aspecto al cual se dedica mucho trabajo es a aprender a afrontar los antecedentes del atracón, para ello se entrena en la solución de problemas tanto interpersonales como de toma de decisiones.

La **tercera fase** comprende las sesiones de la 16 a la 19. En esta fase las sesiones son quincenales y de una hora de duración. El Objetivo general de la fase III, es la consolidación de los logros obtenidos en las dos fases anteriores, generando una atribución interna del resultado de tratamiento, la preparación para el alta y la prevención de recaídas.

## **2.-Terapia Cognitivo Comportamental para la Anorexia Nerviosa (Garner, Vitousek y Pike ,1997).**

La Terapia Cognitivo-Comportamental para la Anorexia Nerviosa se puede dividir en tres fases:

En la **primera fase** el objetivo general es crear el marco adecuado para el tratamiento formando una fuerte alianza terapéutica. La meta principal es conseguir la motivación óptima del paciente, que sea la base para las posteriores intervenciones terapéuticas. Durante esta fase se explican los principios básicos de funcionamiento del peso corporal, el mantenimiento del peso a corto y largo plazo, consecuencias físicas y psicológicas de la desnutrición y de los trastornos de la conducta alimentaria, los métodos ineficaces de control de peso (laxantes, vómitos, etc.) y las consecuencias de los atracones y las purgas. También se trabajan los principios básicos de la nutrición, las consecuencias de las dietas, etc. Al principio de la fase se establece el peso meta y los objetivos terapéuticos de normalización del estado físico de la paciente, y en función de estos se plantea el tipo de tratamiento que necesita la paciente (ambulatorio, hospital de día o ingreso hospitalario). Durante esta fase se prescribe un patrón de alimentación regular, tres comidas junto con 2 tentempiés al día, comer en lugares adecuados. La paciente tiene que monitorizar su alimentación y se normaliza el patrón de pesado (1 vez a la semana). Durante esta fase las sesiones son semanales y de una hora de duración.

El objetivo general de la **segunda fase** es proseguir con el aumento de peso hasta alcanzar el peso meta ampliando los contenidos de la terapia hacia el cambio de actitudes y creencias sobre el cuerpo, el peso y el fortalecimiento y mejora del autoconcepto de la paciente.

Durante esta fase se explican los principios fundamentales de la terapia cognitiva. Se revisa el autoconcepto de la paciente y los patrones perfeccionistas que conllevan a los juicios sobre si misma y su autoconcepto. Se le enseña la forma adaptativa de autovalorarse. En esta fase también se trabaja la forma que tienen las pacientes de resolver los problemas interpersonales y de otros posibles mantenedores de la enfermedad así como las actitudes sobre el cuerpo, y los patrones de pensamientos distorsionados sobre el cuerpo y la comida. La normalización del peso viene precedida por la normalización alimentaría en los tipos y cantidades de comida. La frecuencia de las sesiones es quincenal o semanal en función de los objetivos alcanzados.

Por último, la **fase tres** consiste en la consolidación de los logros obtenidos en las dos fases anteriores, generando una atribución interna del resultado de tratamiento, la preparación para el alta y la prevención de recaídas. La frecuencia de las sesiones es quincenal.

Las pacientes de la condición TAU recibieron una sesión individual y una sesión grupal a la semana durante seis meses en la que se trabajó, además de la patología alimentaria, otros aspectos como la impulsividad en otras áreas y la desregulación emocional con técnicas cognitivo-comportamentales (adaptando las técnicas descritas, cognitivo-comportamentales, al abordaje de esos aspectos).

## 2.6. Terapeutas

Para la terapia individual se asignó un terapeuta para cada paciente, mientras que la terapia grupal fue llevada a cabo por dos terapeutas. En el estudio participaron 8 terapeutas. Todos los terapeutas tenían formación y amplia experiencia en terapia cognitivo-comportamental en diversos trastornos psicológicos. Cuatro de ellos tenían el grado de doctor y experiencia en la realización de ensayos clínicos. Una de las terapeutas se había formado en terapia dialéctica comportamental con el grupo de la Dra. Linehan en la Universidad de Washington y estaba certificada como “*reliable coder*”, es decir, con la capacitación para determinar la adherencia de los terapeutas a la DBT. Dicha profesional formó al equipo terapéutico en DBT durante un año antes de iniciar el ensayo clínico. La formación consistió en la

realización de seminarios y talleres y en la aplicación de la DBT a diversos pacientes en estudios de caso.

## **2.7. Análisis estadísticos**

El programa utilizado para realizar los análisis estadísticos fue el SPSS 15.0.

Para analizar las diferencias entre grupos en las variables demográficas y clínicas antes del tratamiento, se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson o el estadístico exacto de Fisher para variables categoriales. La prueba *t* de Student se utilizó para analizar variables continuas.

Los Modelos Jerárquicos Lineales (*Hierarchical Linear Modeling*) se eligieron como primer método para investigar la eficacia de los programas de intervención psicológica (DBT vs. TAU). La utilización de los modelos jerárquicos lineales fue una recomendación de la Dra. Linehan, de acuerdo a las últimas tendencias en los ensayos controlados con DBT, en la que se utilizan estos análisis por ser más estrictos que los ANOVAs de medidas repetidas.

La interacción grupo x tiempo se analizó con el procedimiento MIXED del SPSS. Se determinó la estructura adecuada de covarianza usando el criterio de información Akaike y Schwarz. El método usado fue restringido a la probabilidad máxima, y la normalidad para los resultados residuales fue calculada con la prueba Kolmogorov-Smirnov.

Todas las pruebas se realizaron con un nivel de significación menor o igual a 0.05.



### **3.- Resultados**

Este capítulo se dedica a la descripción de los resultados encontrados en este estudio y se divide en dos apartados: en primer lugar, se detallan los resultados correspondientes a las comparaciones entre las dos condiciones experimentales antes de ser aplicados los tratamientos. En segundo lugar, se presentan los resultados sobre la eficacia de las intervenciones.

#### **3.1. Comparación de las dos condiciones experimentales antes del tratamiento**

Para analizar la existencia de diferencias en las variables demográficas y clínicas se llevaron a cabo tres tipos de pruebas estadísticas. Se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson para las variables: nivel de estudios, estado civil, ocupación, tipo de TCA en eje I y trastorno de eje II. Las variables uso de tóxicos, medicación prescrita y tratamientos psicológicos previos se analizaron con el estadístico exacto de Fisher. Por último se utilizó la prueba *t* de Student para la variable edad y las variables clínicas.

En primer lugar, en la Tabla 11, se presenta el número y porcentaje de participantes en cada una de las variables demográficas y clínicas evaluadas en cada condición experimental (DBT y TAU) antes de comenzar el tratamiento.

Tabla 11 - Variables demográficas y clínicas antes del tratamiento

Variables	DBT		TAU	
	N	%	N	%
<b>Sexo Femenino</b>	71	100	47	100
<b>Estado civil</b>				
<i>Soltero</i>	45	72,6	28	68,3
<i>Pareja</i>	3	4,8	3	7,3
<i>Casado</i>	5	8,1	6	14,6
<i>Divorciado</i>	9	14,5	4	9,7
<b>Nivel de estudios</b>				
<i>Sin estudios</i>	2	3,2	1	2,4
<i>Primarios</i>	19	30,2	6	14,6
<i>Medios</i>	28	44,4	25	61
<i>Superiores</i>	14	22,2	9	22
<b>Ocupación</b>				
<i>Estudiante</i>	19	39,6	12	48
<i>Trabajador no cualificado</i>	5	7,8	2	8
<i>Trabajador cualificado</i>	9	14,1	2	8
<i>Desempleado</i>	4	8,3	5	20
<i>Ama de casa</i>	5	10,4	1	4
<i>Incapacidad laboral</i>	1	2,1	3	12
<i>Baja laboral</i>	5	10,4	0	0
<b>Trastornos de Eje I</b>				
<i>Bulimia Nerviosa</i>	16	28,6	8	22,9
<i>Anorexia Nerviosa</i>	9	16	9	25,7
<b>EDNOS</b>	46	55,4	30	51,4
<b>Trastornos de Eje II</b>				
<i>Límite</i>	71	100	47	100
<b>Uso de Tóxicos</b>				
<i>Si</i>	29	45,3	19	42,2
<i>No</i>	25	39,1	16	35,6
<b>Tratamientos psicológicos anteriores</b>				
<i>Con tratamientos previos</i>	40	71,4	29	80,6
<i>Sin tratamientos previos</i>	16	28,6	7	19,4

Nota: DBT: Dialectical Behavior Therapy; TAU: Treatment as Usual; N: número; %: porcentaje

Los resultados de las pruebas Chi-cuadrado de Pearson y el estadístico exacto de Fisher no mostraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables demográficas y clínicas analizadas entre los grupos que recibieron DBT y TAU antes del tratamiento: nivel de estudios ( $\chi^2= 3,70$ ,  $p\leq 0,448$ ), tipo de trabajo ( $\chi^2= 9,82$ ,  $p\leq 0,132$ ), estado civil ( $\chi^2= 3,70$ ,  $p\leq 0,448$ ), tipo de TCA ( $\chi^2= 0,89$ ,  $p\leq 0,639$ ), uso de tóxicos ( $p\leq 0,550$ ) y tratamientos psicológicos anteriores ( $p\leq 0,254$ ). Acerca de la variable edad, los resultados de la prueba *t* de Student tampoco mostraron diferencias estadísticamente significativas ( $t=0,97$ ,  $g.l.=103$ ,  $p\leq 0,330$ ).

En segundo lugar, en la Tabla 12, se presentan las medias y desviaciones típicas de las variables clínicas evaluadas, así como los resultados de las pruebas t de Student.

**Tabla 12 - Medias y desviaciones típicas antes del tratamiento en las dos condiciones experimentales**

Escalas	DBT		TAU		t	p<0,05
	M (Rango)	DT	M (Rango)	DT		
EEAG (EJE V)	49,25 (20-75)	13,29	47,8 (20-80)	14,26	0,38	0,70
Gravedad valorada por el clínico	5,96 (3-8)	1,34	6,17 (3-8)	1,38	-0,61	0,47
Nº hospitalizaciones (últimos 6 meses)	1,12 (0-13)	2,18	1,45 (0-13)	2,45	-0,62	0,53
Nº intentos suicidio ( últimos 6 meses)	0,68 (0-6)	1,38	0,45 (0-3)	0,85	1,17	0,24
Nº conductas parasuicidas (últimos 6 meses)	2,23 (0-24)	5,02	1,18 (0-6)	1,97	1,14	0,25
Nº conductas impulsivas (última semana)	4,36 (1-11)	2,28	4,05 (1-9)	2,32	-0,6	0,54
Nº conductas alimentarias desadaptativas (última semana)	1,38 (0-3)	0,95	4,05 (0-4)	2,32	-0,17	0,86
BDI-II	30,53 (2-64)	15,69	26,75 (4-60)	13,99	1,37	0,17
STAI-Rasgo	40,38 (11-59)	10,99	39,88 (10-54)	11,00	0,32	0,74
PANAS						
Positivo	20,15 (10-43)	8,28	21,91 (11-41)	8,07	-1,99	0,21
Negativo	30,55 (10-49)	9,58	29,77 (14-42)	10,47	0,24	0,80
STAXI						
Estado Ira	25,41 (5-55)	12,62	24,75 (15-58)	11,30	0,57	0,56
Rasgo Ira	27,15 (11-40)	7,42	27,06 (14-41)	7,46	0,02	0,97
Control y Expresión Ira	42,25 (10-60)	13,41	40,70 (9-61)	12,45	0,76	0,44
ERQ						
Reevaluación	19,98 (6-37)	7,46	21,61 (6-37)	7,62	-1,39	0,16
Supresión	13,33 (4-28)	5,89	12,68 (4-25)	6,11	0,41	0,67
DES-II	24,78 (1,07-8,35)	19,50	22,78 (1,42-8,71)	16,67	0,68	0,49
Escala de Autoestima de Rosenberg	27,80 (9-40)	7,45	28,31 (13-38)	5,68	-0,38	-0,50
Escala General de Autoeficacia						
Iniciativa	6,62 (0-12)	3,25	6,79 (0-12)	2,51	-0,55	0,57
Esfuerzo	7,32 (0-16)	4,12	6,81 (0-16)	3,92	0,46	0,64
Persistencia	7,55 (0-16)	4,40	7,48 (0-16)	4,10	0,26	0,79
Índice de Calidad de Vida	4,42 (1,2-9,1)	1,88	4,46 (1,20-8,40)	1,80	-0,33	0,74

Nota: EEAG: Escala General de Actividad Global; BDI-II: Inventario Depresión Beck Segunda Edición; STAI-Rasgo: Cuestionario Ansiedad Rasgo; PANAS: Escala de Afecto Positivo y Negativo; STAXI: Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo; ERQ: Cuestionario de Regulación Emocional; DES-II: Escala de Experiencias Disociativas. DBT: Terapia Dialéctica Comportamental; TAU: Tratamiento Estándar; M: Media; DT: Desviación típica; t: prueba t de student; p: grado de significación.

Como podemos observar en esta tabla, no se obtuvieron diferencias significativas entre las dos condiciones experimentales (DBT y TAU) antes del tratamiento en ninguna de las variables clínicas evaluadas (las medidas de autoinforme y la historia clínica de los participantes).

### 3.2. Eficacia de las intervenciones psicológicas

En este apartado, en primer lugar se mostrarán los resultados de las diferencias de medias en las dos condiciones experimentales y en segundo lugar, se presentarán los resultados de eficacia de las intervenciones a través de los Modelos Jerárquicos Lineales.

En la Tabla 13, se presenta un resumen de las medias y desviaciones típicas antes y después del tratamiento en las medidas clínicas evaluadas en la condición DBT. Asimismo, realizamos un primer análisis utilizando la prueba t de Student para comprobar si se habían producido cambios significativos desde el pretratamiento al postratamiento en cada una de las variables. Esta información también se incluye en la Tabla 13.

**Tabla 13 - Medias y desviaciones típicas antes y después del tratamiento con DBT**

DBT	Pretratamiento		Postratamiento		t	p<0,05
	M	DT	M	DT		
EEAG (EJE V)	49,25	13,29	63,62	11,45	6,01	0,00
Gravedad valorada por el clínico	5,96	1,34	4,42	1,43	6,02	0,00
Nº hospitalizaciones (últimos 6 meses)	1,12	2,18	0,40	1,03	2,83	0,00
Nº intentos suicidio ( últimos 6 meses)	0,68	1,38	0,24	0,53	2,11	0,04
Nº conductas parasuicidas (últimos 6 meses)	2,23	5,02	0,23	0,63	2,66	0,01
Nº conductas impulsivas (última semana)	4,36	2,28	1,74	1,25	7,98	0,00
Nº conductas alimentarias desadaptativas (última semana)	1,38	0,95	0,76	0,84	3,49	0,00
BDI-II	30,53	15,69	23,86	17,78	2,52	0,01
STAI-Rasgo	40,38	10,99	34,77	13,45	2,63	0,01
PANAS						
Positivo	20,15	8,28	25,35	9,74	2,61	0,01
Negativo	30,55	9,58	26,27	10,75	2,65	0,01
STAXI						
Estado Ira	25,41	12,62	23,20	10,09	0,51	0,60
Rasgo Ira	27,15	7,42	23,92	8,46	3,07	0,00
Control y Expresión Ira	42,25	13,41	38,25	13,14	1,83	0,07
ERQ						
Reevaluación	19,98	7,46	22,41	8,08	1,86	0,07
Supresión	13,33	5,89	11,48	6,80	1,15	0,25
DES-II	24,78	19,50	21,42	16,13	1,49	0,14
Escala de Autoestima de Rosenberg	27,80	7,45	24,87	7,55	2,35	0,02
Escala General de Autoeficacia						
Iniciativa	6,62	3,25	6,72	3,13	0,51	0,61
Esfuerzo	7,32	4,12	8,22	3,93	0,98	0,32
Persistencia	7,55	4,40	7,85	4,92	0,60	0,55
Índice de Calidad de Vida	4,42	1,88	4,91	2,20	0,98	0,33

Nota: EEAG: Escala General de Actividad Global; BDI-II: Inventario Depresión Beck Segunda Edición; STAI-Rasgo: Cuestionario Ansiedad Rasgo; PANAS: Escala de Afecto Positivo y Negativo; STAXI: Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo; ERQ: Cuestionario de Regulación Emocional; DES-II: Escala de Experiencias Disociativas. DBT: Terapia Dialéctica Comportamental; M: Media; DT: Desviación típica



Como podemos observar en esta tabla, las diferencias entre medias antes y después de la intervención con DBT fueron significativas en la mayoría de las variables a excepción de las subescalas estado y control y expresión de la ira del STAXI (las diferencias en la subescala de control y expresión de la ira fueron marginales), las estrategias de regulación emocional (las diferencias en la escala de reevaluación fueron marginales), el cuestionario de experiencias disociativas (DES-II), la escala de autoeficacia general y el índice de calidad de vida.

En la Tabla 14 se presenta los resultados de las medias y desviaciones típicas antes y después del tratamiento en las medidas clínicas evaluadas en la condición TAU. Asimismo, realizamos un primer análisis utilizando la prueba t de Student para comprobar si se habían producido cambios significativos desde el pretratamiento al postratamiento en cada una de las variables. Esta información se incluye en esta misma tabla.

**Tabla 14 - Medias y desviaciones típicas antes del tratamiento con TAU**

TAU	Pretratamiento		Postratamiento		t	p<0,05
	M	DT	M	DT		
EEAG (EJE V)	47,8	14,26	56,11	13,26	-1,95	0,06
Gravedad valorada por el clínico	6,17	1,38	5,46	1,66	2,60	0,01
Nº hospitalizaciones (últimos 6 meses)	1,45	2,45	0,42	0,74	1,99	0,05
Nº intentos suicidio ( últimos 6 meses)	0,45	0,85	0,33	0,67	0,27	0,78
Nº conductas parasuicidas (últimos 6 meses)	1,18	1,97	1,07	2,01	0,86	0,39
Nº conductas impulsivas (última semana)	4,05	2,32	3,28	2,2	2,98	0,00
Nº conductas alimentarias desadaptativas (última semana)	1,41	1,07	1,18	0,87	1,56	0,13
BDI-II	26,75	13,99	29,83	18,23	-0,51	0,61
STAI-Rasgo	39,88	11	40,12	11,91	1,29	0,20
PANAS						
Positivo	21,91	8,07	24	7,64	-1,28	0,20
Negativo	29,77	10,47	29,31	9,43	1,22	0,23
STAXI						
Estado Ira	24,75	11,3	23,89	9,89	1,11	0,27
Rasgo Ira	27,06	7,46	25,44	9,15	1,57	0,12
Control y Expresión Ira	40,7	12,45	39,58	14,47	1,57	0,07
ERQ						
Reevaluación	21,61	7,62	19,93	8,14	1,45-	0,15
supresión	12,68	6,11	12,46	5,27	1,75	0,09
DES-II	22,78	16,67	25,12	20,03	-0,28	0,78
Escala de Autoestima de Rosenberg	28,31	5,68	27,43	5,83	1,40	0,17
Escala General de Autoeficacia						
Iniciativa	6,79	2,51	6,21	3,21	0,94	0,35
Esfuerzo	6,81	3,92	7,37	3,85	-0,27	0,78
Persistencia	7,48	4,1	7,53	3,7	-0,25	0,79
Índice de Calidad de Vida	4,46	1,8	4,92	1,96	-1,78	0,08

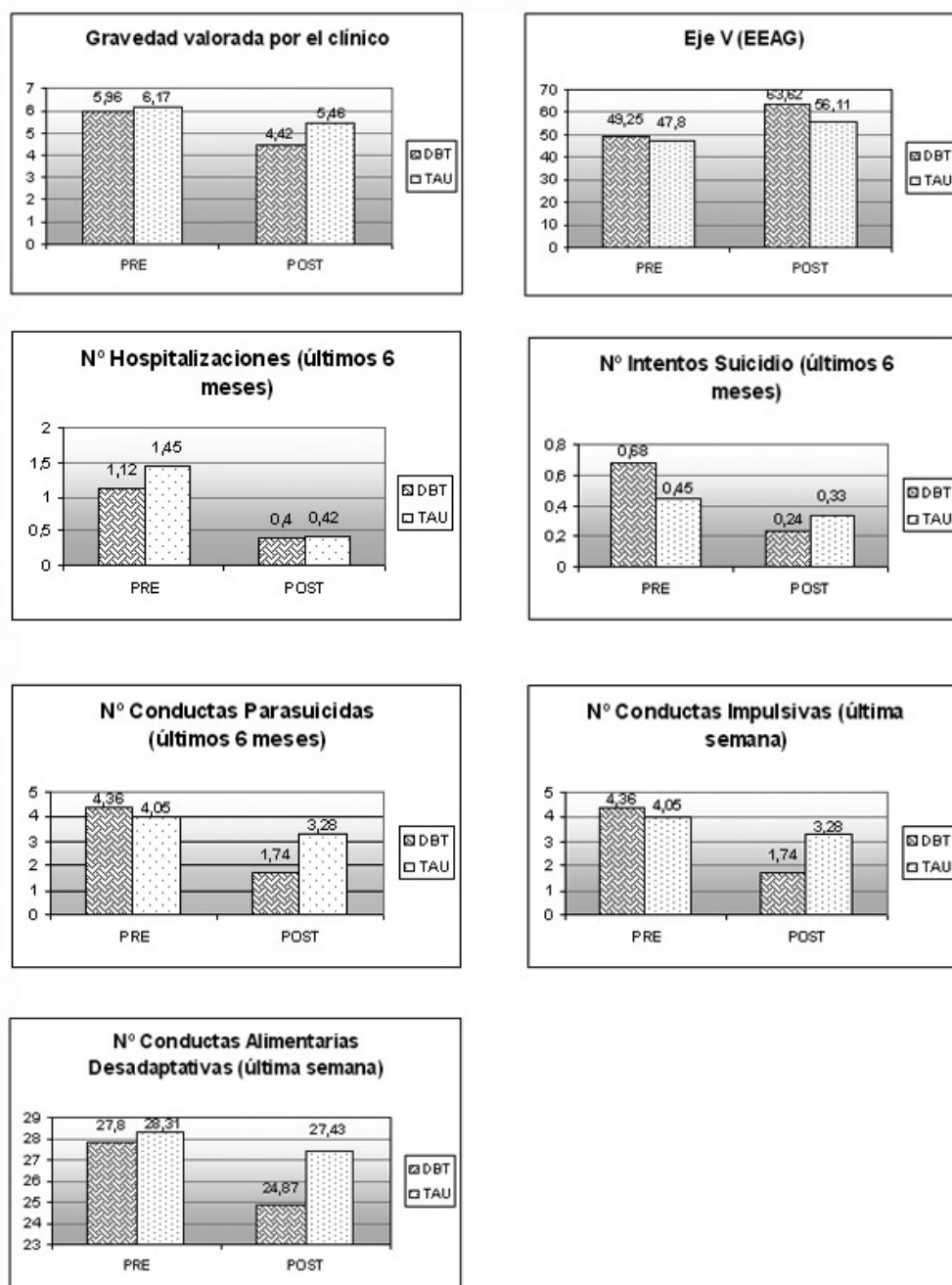
Nota: EEAG: Escala General de Actividad Global; BDI-II: Inventario Depresión Beck Segunda Edición; STAI-Rasgo: Cuestionario Ansiedad Rasgo; PANAS: Escala de Afecto Positivo y Negativo; STAXI: Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo; ERQ: Cuestionario de Regulación Emocional; DES-II: Escala de Experiencias Disociativas. TAU: Tratamiento Estándar; M: Media; DT: Desviación típica.

Como vemos en esta tabla, las diferencias entre medias antes y después del tratamiento en la condición TAU tan solo fueron significativas en las variables: gravedad valorada por el clínico, número de hospitalizaciones y número de conductas impulsivas. Las diferencias en el eje V, la escala de supresión (ERQ) y el índice de calidad de vida fueron marginales.

A continuación, se presentan una serie de gráficas que representan las diferencias de medias obtenidas antes y después del tratamiento en las dos condiciones experimentales (DBT y TAU).

En primer lugar, en la Figura 6 se presentan las diferencias entre medias en las variables que evaluaron el estado clínico mediante el inventario de información clínica relevante.

Figura 6 - Diferencias de medias en el Inventario de Información Clínica

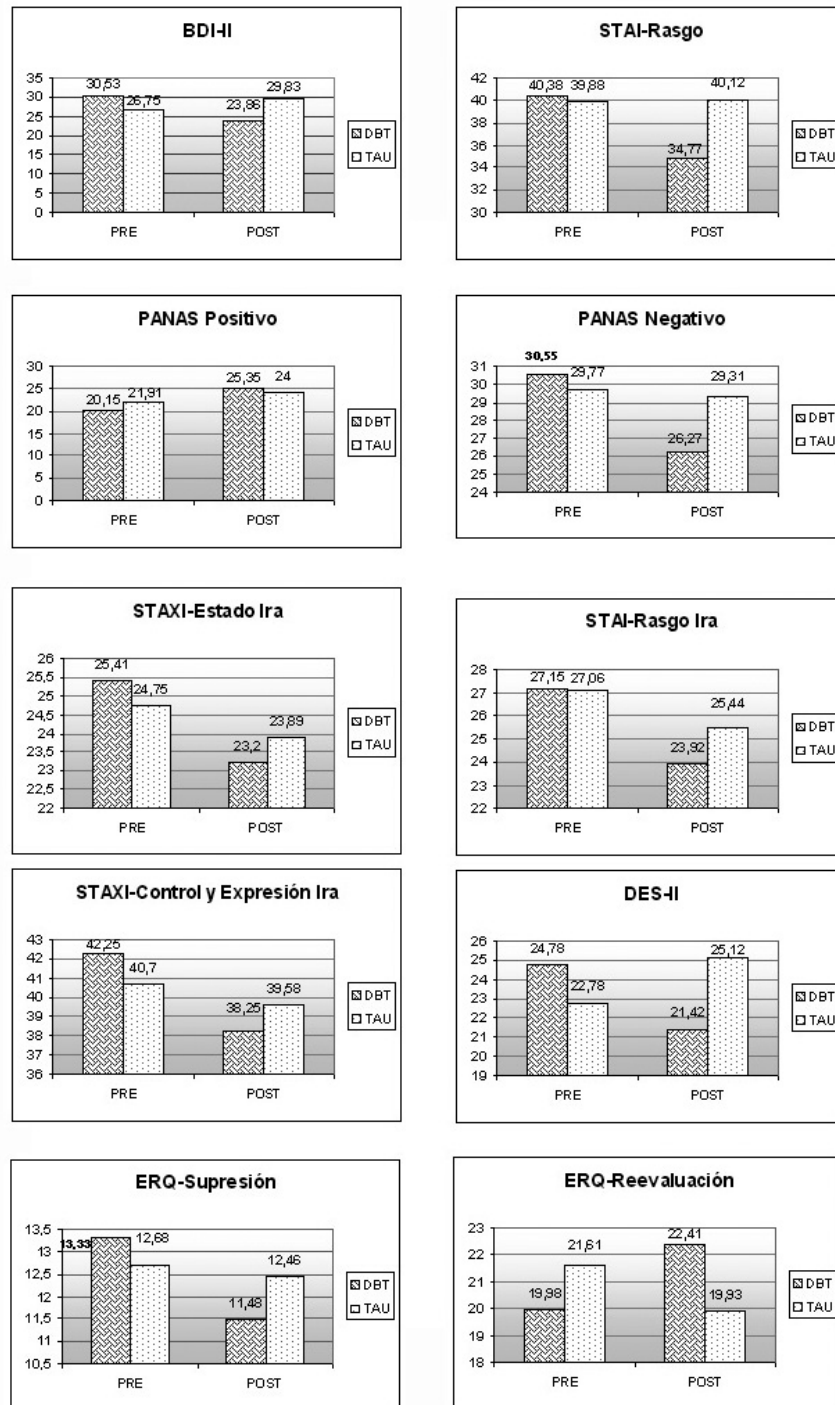


Como podemos observar en las gráficas, en ambas condiciones se consiguieron mejorías después de la intervención, sin embargo, la condición DBT se mostró superior en la disminución de la gravedad valorada por el clínico, los intentos de suicidio, el número de conductas parasuicidas y el número de conductas impulsivas. También mostró mejorías superiores en la Escala General de Actividad Global (EEAG). Respecto al número de

hospitalizaciones, y el número de conductas alimentarias desadaptativas, la condición TAU comenzó con puntuaciones superiores y se redujo en igual medida que la condición DBT después del tratamiento.

En segundo lugar, en la Figura 7 se presentan las diferencias de medias antes y después del tratamiento en las medidas relacionadas con la regulación y la inestabilidad emocional.

**Figura 7 - Diferencias de medias en las medidas de regulación emocional**



Como muestran estas gráficas, tanto después de la intervención con DBT como con TAU, se consiguió disminuir el afecto negativo (PANAS-Negativo) y aumentar el afecto positivo (PANAS-Positivo), reducir el estado de la ira (STAXI-Estado Ira), el rasgo de la ira (STAXI-Rasgo Ira) y la expresión patológica de la ira (STAXI-Control y Expresión de la Ira). Además,

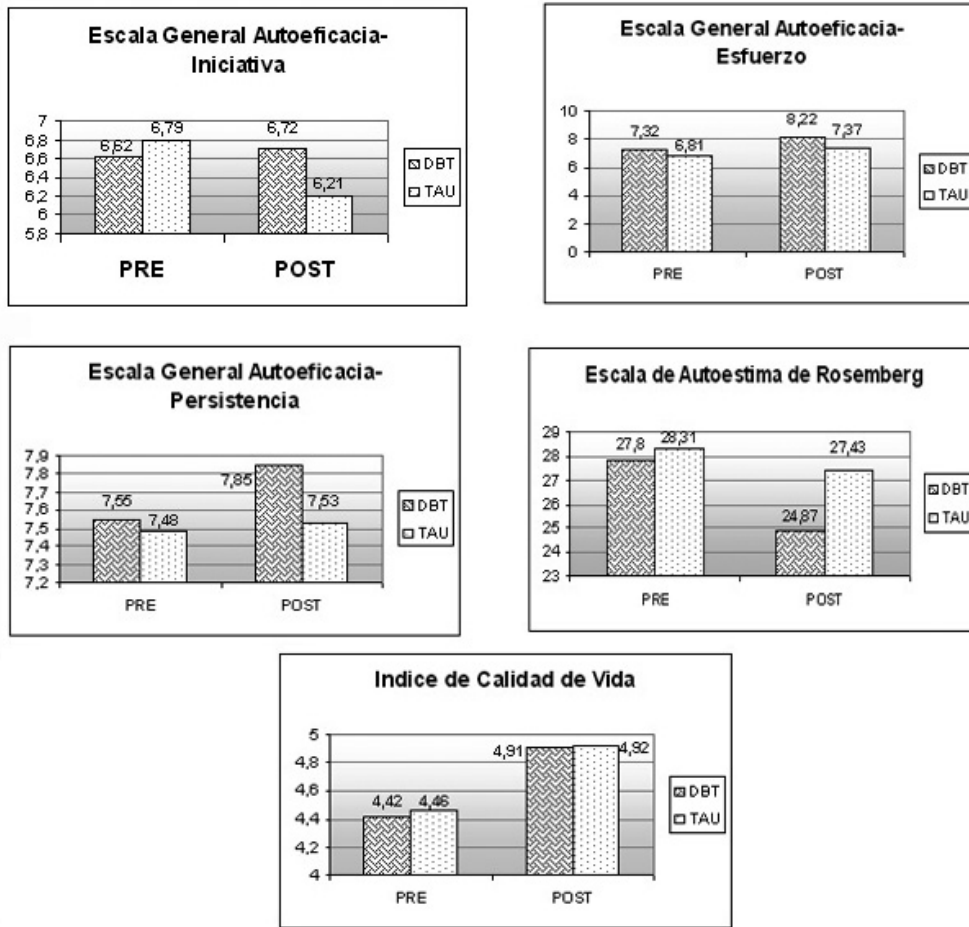
ambas intervenciones lograron disminuir la utilización de la supresión emocional como estrategia para regular las emociones (ERQ-Supresión).

Sin embargo, la DBT mostró mejorías notablemente superiores en reducir la sintomatología depresiva (BDI-II), la ansiedad rasgo (STAI-Rasgo), el afecto negativo (PANAS-Negativo), el estado de la ira (STAXI-Estado), el rasgo de la ira (STAXI-Rasgo), la expresión patológica de la ira (STAXI-Control y Expresión de la Ira), la utilización de la supresión emocional como estrategia para regular las emociones (ERQ-Supresión) y la sintomatología disociativa. También consiguió aumentar con mayor intensidad que la intervención con TAU el afecto positivo. Además, incrementó la utilización de la reevaluación como estrategia de regulación emocional (ERQ-Reevaluación). Esta última mejoría no fue conseguida después de la intervención con TAU.

Por último, en algunas variables se produjo un ligero empeoramiento o no mejoría después del tratamiento en el grupo TAU: la sintomatología depresiva (BDI-II) y la sintomatología disociativa (DES-II) aumentaron y la estrategia de reevaluación (ERQ-Reevaluación) disminuyó.

En tercer lugar, en la Figura 8 se presentan las diferencias de medias antes y después del tratamiento en las medidas relacionadas con la alteración de la identidad y el nivel de adaptación.

Figura 8 - Diferencias de medias en las medidas nivel adaptación y alteración identidad



Como observamos en estas gráficas, se produjeron mejorías en las dos intervenciones psicológicas (DBT y TAU) después del tratamiento en dos subescalas (Esfuerzo y Persistencia) relacionadas con la autoeficacia (Escala General de Autoeficacia). Sin embargo, la mejoría fue mucho más notable en el grupo DBT en la subescala de Persistencia. La DBT, consiguió aumentar la variable Iniciativa, sin embargo en la condición TAU se produjo un empeoramiento después del tratamiento.

Por último, ninguna de las intervenciones consiguió mejorar el nivel de autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg) de las participantes, de hecho, se produjo una ligera reducción después del tratamiento.

Ambas condiciones hicieron aumentar, aunque sólo ligeramente, la calidad de vida percibida.

Por otro lado, para analizar las diferencias entre las dos intervenciones psicológicas y concluir qué intervención fue más eficaz, se procedió a utilizar el Modelo de Jerárquico lineal. En la Tabla 15 se muestra, en primer lugar, las medias antes y después del tratamiento en las medidas clínicas evaluadas en las dos condiciones experimentales y, en segundo lugar, se presenta el grado de significación de las diferencias entre las dos intervenciones (DBT y TAU) calculadas a través de los Modelos Jerárquicos Lineales.

**Tabla 15 - Comparación entre pre y pos intervención y grado de significación en los dos grupos experimentales**

Escala	DBT				TAU				HLM
	Pretratamiento		Pos tratamiento		Pretratamiento		Postratamiento		
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
EEAG (EJE V)	49,25	13,29	63,62	11,45	47,8	14,26	56,11	13,26	0,06
Gravedad valorada por el clínico	5,96	1,34	4,42	1,43	6,17	1,38	5,46	1,66	0,02
Nº hospitalizaciones (últimos 6 meses)	1,12	2,18	0,4	1,03	1,45	2,45	0,42	0,74	0,47
Nº intentos suicidio (últimos 6 meses)	0,68	1,38	0,24	0,53	0,45	0,85	0,33	0,67	0,16
Nº conductas parasuicidas (últimos 6 meses)	2,23	5,02	0,23	0,63	1,18	1,97	1,07	2,01	0,05
Nº conductas impulsivas (última semana)	4,36	2,28	1,74	1,25	4,05	2,32	3,28	2,20	0,00
Nº conductas alimentarias desadaptativas (última semana)	1,38	0,95	0,76	0,84	1,41	1	1,18	0,87	0,17
BDI-II	30,53	15,69	23,86	17,78	26,75	13,99	29,83	18,23	0,02
STAI-Rasgo	40,38	10,99	34,77	13,45	39,88	11,00	40,12	11,91	0,11
PANAS									
Positivo	20,15	8,28	25,35	9,74	21,91	8,07	24,00	7,64	0,15
Negativo	30,55	9,58	26,27	10,75	29,77	10,47	29,31	9,43	0,19
STAXI									
Estado Ira	25,41	12,62	23,20	10,09	24,75	11,30	23,89	9,89	0,84
Rasgo Ira	27,15	7,42	23,92	8,46	27,06	7,46	25,44	9,15	0,26
Control y Expresión Ira	42,25	13,41	38,25	13,14	40,70	12,45	39,58	14,47	0,47
ERQ									
Reevaluación	19,98	7,46	22,41	8,08	21,61	7,62	19,93	8,14	0,03
Supresión	13,33	5,89	11,48	6,80	12,68	6,11	12,46	5,27	0,64
DES-II	24,78	19,50	21,42	16,13	22,78	16,67	25,12	20,03	0,15
Escala de Autoestima	27,80	7,45	24,87	7,55	28,31	5,68	27,43	5,83	0,18
Escala General Autoeficacia									
Iniciativa	6,62	3,25	6,72	3,13	6,79	2,51	6,21	3,21	0,82
Esfuerzo	7,32	4,12	8,22	3,93	6,81	3,92	7,37	3,85	0,63
Persistencia	7,55	4,40	7,85	4,92	7,48	4,10	7,53	3,70	0,43
Índice de Calidad de Vida	4,42	1,88	4,91	2,20	4,46	1,80	4,92	1,96	0,91

Nota: EEAG: Escala General de Actividad Global; BDI-II: Inventario Depresión Beck Segunda Edición; STAI-Rasgo: Cuestionario Ansiedad Rasgo; PANAS: Escala de Afecto Positivo y Negativo; STAXI: Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo; ERQ: Cuestionario de Regulación Emocional; DES-II: Escala de Experiencias Disociativas. DBT: Terapia Dialéctica Comportamental; TAU: Tratamiento Estándar; M: Media; DT: Desviación típica; HLM: Modelos Jerárquicos Lineales; p: grado de significación estadística.



En los análisis con HLM, las **diferencias** fueron **significativas** a favor de la DBT como una intervención con mayor eficacia que la intervención TAU en las siguientes variables: la gravedad valorada por el clínico,  $F(71,34)=5,32$ ,  $p=0,024$ , el número de conductas impulsivas en la última semana,  $F(82,37)=15,88$ ,  $p=0,000$ , la sintomatología depresiva (BDI-II),  $F(70,89)=5,66$ ,  $p=0,020$  y la utilización de la estrategia de reevaluación para regular las emociones (ERQ-Reevaluación),  $F(81,40)=4,47$ ,  $p=0,038$ .

En el número de conductas parasuicidas,  $F(15,60)=4,33$ ,  $p=0,052$ , y en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG),  $F(71,32)=3,49$ ,  $p=0,066$ , las diferencias entre los dos intervenciones fueron marginales.

Algunas variables mejoraron en mayor medida con la intervención DBT en comparación con la intervención TAU, sin embargo, **no** presentaron **diferencias significativas** entre los dos grupos. Estas mejoras se produjeron en: el número de hospitalizaciones en los últimos seis meses,  $F(39,48)=0,514$ ,  $p=0,478$ , el número de intentos de suicidio en los últimos seis meses,  $F(70,33)=1,96$ ,  $p=0,166$ , el número de conductas alimentarias desadaptativas en la última semana,  $F(79,21)=1,92$ ,  $p=0,170$ , el rasgo de ansiedad (STAI-Rasgo),  $F(71,69)=2,59$ ,  $p=0,111$ , el afecto positivo (PANAS-Positivo),  $F(78,88)=2,07$ ,  $p=0,153$ , el afecto negativo (PANAS-Negativo),  $F(78,06)=1,90$ ,  $p=0,172$ , el estado de la ira (STAXI-Estado Ira),  $F(81,96)=0,38$ ,  $p=0,846$ , el rasgo de la ira (STAXI-Rasgo Ira),  $F(67,91)=1,24$ ,  $p=0,268$ , el control y expresión de la ira (STAXI-Control y Expresión Ira),  $F(75,99)=0,52$ ,  $p=0,471$ , la estrategia de supresión para regular las emociones (ERQ-Supresión),  $F(76,79)=0,218$ ,  $p=0,642$ , los síntomas disociativos (DES-II),  $F(72,05)=2,065$ ,  $p=0,155$ , la escala de iniciativa (Escala General de Autoeficacia-Iniciativa),  $F(86,53)=0,62$ ,  $p=0,433$ , la escala de esfuerzo (Escala General de Autoeficacia-Esfuerzo),  $F(81,02)=0,23$ ,  $p=0,631$ , la escala de persistencia (Escala General de Autoeficacia-Persistencia),  $F(85,68)=0,048$ ,  $p=0,826$ , y la calidad de vida (Índice de Calidad de Vida),  $F(75,06)=0,012$ ,  $p=0,912$ .

Por último, aunque en ambas condiciones disminuyó el nivel de autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg), las diferencias no fueron significativas  $F(75,96)=1,775$ ,  $p=0,187$  entre ambas intervenciones.



## 4.- Discusión

El objetivo general de este trabajo fue diseñar y aplicar un programa para el tratamiento de pacientes con comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno límite de la personalidad. Para ello, adaptamos y aplicamos la Terapia Dialéctica Comportamental para el TLP (Linehan, 1993a,b) a una muestra con TCA.

Específicamente, nuestro objetivo principal era poner a prueba dicho programa de tratamiento mediante la realización de un ensayo clínico controlado y comparar la eficacia del tratamiento diseñado en esta investigación con un tratamiento estándar (*treatment as usual*, TAU) después de seis meses de intervención psicológica con ambas terapias (postratamiento).

Estos objetivos nos llevaron a plantear cinco hipótesis que pasamos a discutir a continuación.

En la **primera** de nuestras **hipótesis** se planteó que la intervención con DBT lograría mejorías significativamente mayores que la intervención con TAU en reducir la psicopatología relacionada con los comportamientos impulsivos del TLP.

Con respecto a esta hipótesis, los resultados, tras seis meses de intervención indicaron, en primer lugar, que la DBT resultó significativamente más eficaz en la disminución del número de conductas impulsivas, en concreto, conductas dirigidas a regular las emociones (conductas desadaptativas de regulación del afecto): conductas autolesivas, abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo/conductas sexuales impulsivas. Estos datos son consistentes con otros estudios controlados similares llevados a cabo para evaluar la eficacia de la DBT en el TLP (Verheul et al., 2003) y en personas con TLP y abuso de sustancias (van den Bosch et al., 2002, 2005).

En segundo lugar, la DBT consiguió mejorías superiores a la condición TAU en reducir las conductas parasuicidas, sin embargo, las diferencias fueron marginales. Estos datos coinciden con otros estudios controlados diseñados para evaluar la eficacia de la DBT comparándola con un grupo

TAU en el tratamiento del TLP. En estos estudios, si bien encontraron mejorías, no se alcanzó el grado de significación entre grupos (Linehan et al., 1991; Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2002, 2005). De la misma forma, un estudio controlado que comparó la DBT con un tratamiento aplicado por expertos tampoco consiguió diferencias estadísticamente significativas entre grupos (Linehan et al., 2006).

Con relación al número de intentos de suicidio, la DBT logró reducciones mayores que el grupo TAU, sin embargo, esta diferencia no fue significativa. Estos datos van en la línea de los encontrados en la literatura sobre DBT. Por ejemplo en el estudio de Koons et al., (2001) se consiguió una disminución en la ideación suicida, pero no en los intentos suicidas. Tan sólo en un estudio que comparó la DBT con un tratamiento aplicado por una comunidad de expertos se consiguió reducir esta variable y las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas (Linehan et al., 2006). No obstante, es importante señalar que en este estudio, los participantes recibieron dos años de terapia con DBT y en nuestro estudio sólo 6 meses.

Por tanto, podemos decir que esta hipótesis se cumple en parte.

En la **segunda hipótesis** se planteaba que la condición de tratamiento con DBT conseguiría mejorías significativas superiores en psicopatología alimentaria, concretamente en conductas alimentarias desadaptativas específicas de cada caso (vómitos, atracones, restricción alimentaria, uso de laxantes, etc.). Respecto a esta hipótesis, ambas intervenciones consiguieron disminuir el número de conductas alimentarias desadaptativas y las diferencias entre ambas intervenciones no fueron significativas. Estos datos coinciden con estudios realizados que han aplicado la DBT para pacientes con TLP y TCA. En estos trabajos la DBT consiguió reducir principalmente el número de atracones (Palmer et al., 2003; Chen et al., 2008; Kröger et al., 2010). Sin embargo, hay que señalar que en estos estudios no se comparó la condición de DBT con otra intervención ni con un grupo control.

Por tanto, los datos obtenidos no confirman esta segunda hipótesis.

En nuestra **tercera hipótesis** planteamos que la DBT obtendría mejorías significativamente mayores que la condición TAU en disminuir la psicopatología relacionada con la inestabilidad emocional y la desregulación emocional.

Respecto a la reducción de la sintomatología depresiva (evaluada a través del BDI-II), la DBT obtuvo mejorías notablemente superiores a la condición TAU. Además, estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Este dato resulta muy interesante ya que tan sólo en dos estudios controlados que comparan la DBT con un grupo TAU se consiguieron diferencias significativas entre grupos (Linehan et al., 1991; Linehan, Heard, y Armstrong, 1993).

Por otro lado, no se consiguieron mejorías significativas en la sintomatología ansiosa (STAI-Rasgo), sin embargo, la DBT disminuyó en mayor medida la ansiedad rasgo que el grupo TAU. El efecto de la DBT sobre la sintomatología ansiosa no ha sido evaluado en los estudios controlados realizados, quizás porque no aparece en el DSM-IV-TR como sintomatología clave de este trastorno. No obstante, como observamos en nuestros resultados, las participantes comenzaron con puntuaciones muy elevadas (rango entre 24 y 60 para mujeres adultas) en esta medida. Por tanto, nuestros resultados indican que sería interesante evaluar la eficacia de la DBT sobre la sintomatología ansiosa en estudios futuros.

En lo que se refiere a la expresión patológica de la ira, la DBT no consiguió mejorías significativas comparada con la condición TAU, sin embargo, logró reducir los tres componentes clave (estado de la ira, rasgo de la ira y control y expresión de la ira) de la medida utilizada para evaluar ira (STAXI), en mayor medida que el grupo TAU. Estas mejorías en la expresión de la ira son consistentes con estudios controlados similares (Linehan, Heard, y Armstrong, 1993; Linehan, Tutek, Heard y Armstrong, 1994). Además, estos resultados coinciden, aunque no utilizaron el mismo instrumento de evaluación (el STAXI), con un estudio controlado que evaluó la eficacia de una adaptación de la DBT en comparación con un grupo TAU para personas con TLP y abuso de sustancias (Linehan et al., 1999). También se consiguieron mejorías similares a otro estudio que comparó la DBT con la Terapia Centrada en el Cliente (Turner, 2000) y a un estudio reciente que evaluó el formato grupal de la DBT con un tratamiento grupal estándar durante tres meses (Soler et al., 2009).

Con relación al afecto positivo y negativo (evaluados a través del PANAS), si bien no se consiguieron diferencias entre grupos, la DBT consiguió disminuir el afecto negativo e incrementar el afecto positivo en mayor medida que el grupo TAU. Este dato es muy alentador ya que las últimas investigaciones sobre esta variable evidencian la dificultad para

umentar el afecto positivo en población clínica con dificultades para regular las emociones (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010). Además esta variable no ha sido evaluada en estudios sobre la eficacia de la DBT anteriormente, por lo que estos resultados son prometedores teniendo en cuenta la reactividad emocional característica del TLP.

En referencia a las estrategias para regular las emociones (evaluadas a través del ERQ), la DBT mostró diferencias estadísticamente significativas en comparación con la condición TAU en aumentar la estrategia de reevaluación después del tratamiento. Creemos que este resultado es importante, si tenemos en cuenta que las investigaciones en este campo han encontrado que la estrategia de reevaluación para regular las emociones es una estrategia adaptativa, sobre todo cuando se compara con la supresión (ver Gross y John, 2003). Además, se han extendido los trabajos sobre supresión de los pensamientos para examinar la psicopatología específica del TLP. Los hallazgos encontrados sugieren que esta variable puede ser un mediador significativo para regular la intensidad del afecto negativo y la reactividad emocional en la sintomatología del TLP (Rosenthal et al., 2008). En esta línea, la DBT también consiguió reducir la estrategia de supresión, aunque las diferencias entre grupos no fueron significativas. Sorprendentemente, esta medida no ha sido utilizada en ninguno de los estudios que evalúan la eficacia de la DBT para el TLP o para el TLP y TCA.

Respecto a los síntomas disociativos (medidos con el DES-II) no encontramos diferencias significativas entre grupos, sin embargo, la DBT consiguió disminuir ligeramente esta variable. Aunque este resultado no es significativo, es importante señalar que esta medida no se ha utilizado en otros estudios controlados sobre eficacia de la DBT.

Por tanto, podemos decir que nuestra tercera hipótesis se cumple en parte.

Con relación a nuestra **cuarta hipótesis**, propusimos que la DBT conseguiría una mejoría significativamente superior al grupo TAU en la psicopatología relacionada con las alteraciones de la identidad. A este respecto, evaluamos las variables autoeficacia percibida y autoestima.

En la variable autoeficacia, la DBT no mostró mejorías estadísticamente significativas en comparación con el grupo TAU pero sí mejorías ligeramente superiores que la condición TAU en las tres subescalas (iniciativa, esfuerzo y

persistencia) que componían la escala utilizada para esta variable (Escala General de Autoeficacia). Este dato se podría considerar innovador puesto que esta variable no ha sido evaluada en otros estudios controlados. Además estos buenos resultados justifican los argumentos de las perspectivas actuales (psicología positiva) sobre introducir en los protocolos de tratamiento componentes que incrementen aspectos positivos (ver Duckworth, Steen y Seligman, 2005) como es el caso de la autoeficacia percibida. Uno de nuestros objetivos es investigar la forma de, no sólo mejorar a nuestros pacientes, sino fortalecerlos psicológicamente.

Por lo que respecta a la autoestima, ninguna de las intervenciones lograron mejorar significativamente después del tratamiento, de hecho, las puntuaciones en esta variable disminuyeron ligeramente en ambas condiciones. Si nos fijamos en las mismas, observamos que las puntuaciones en autoestima en ambos grupos en el pretratamiento estarían en el rango de puntuaciones normales (Martín, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007), es decir, entre autoestima moderada (de 26 a 29 puntos) y alta (de 30 a 40 puntos), por lo que no es sorprendente que no haya habido grandes cambios desde el pretratamiento al postratamiento. Este dato no coincide con la idea que usualmente se tiene en la clínica sobre la autoestima de estas pacientes (una autoestima muy baja). Por otra parte, este resultado nos hace reflexionar sobre si el problema de autoestima en estas pacientes no es que sea baja o alta, sino, al igual que en otras de sus características, nos encontramos con una autoestima inestable y confusa.

Los resultados nos indican que esta hipótesis no se confirma.

En nuestra **quinta hipótesis**, planteamos que la DBT obtendría una mejoría significativamente mayor que la condición TAU en variables relacionadas con el nivel de adaptación de las participantes.

Los resultados de este estudio controlado muestran que la DBT ha sido más eficaz que el grupo TAU en disminuir las puntuaciones de la escala de gravedad e interferencia valorada por el clínico sobre el estado clínico del paciente. Además, esta diferencia ha sido estadísticamente significativa a favor del grupo DBT. Por otro lado, la DBT fue superior a la condición TAU en mejorar el nivel de funcionamiento general de las pacientes como se constata con un gran aumento en la escala de evaluación de la actividad global (Eje V). A pesar de que no se encontraron diferencias significativas entre grupos, las diferencias fueron marginales a favor de la DBT como terapia con mayor

eficacia en esta escala. Estos resultados son consistentes con los estudios controlados realizados para evaluar la DBT para el TLP y otros trastornos comórbidos (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 1993; Linehan et al., 1994; Linehan et al., 2006) y los estudios que se han realizado para evaluar la DBT para tratar la comorbilidad entre el TLP y los TCA (Chen, et al., 2008; Kröger et al., 2010).

Con relación a esta hipótesis, la DBT consiguió, en mayor medida que el grupo TAU, reducir el número de ingresos hospitalarios producidos por conductas impulsivas, conductas parasuicidas o intentos de suicidio. Estos resultados son consistentes con otros estudios controlados (Koons et al., 2001) y similares a los estudios controlados realizados por el equipo de Linehan que midieron los días de ingreso hospitalario (Linehan et al., 1991; Linehan, Heard, y Armstrong, 1993) o el uso del servicio de urgencias psiquiátricas (Linehan et al., 2006).

Respecto a la calidad de vida, ambas intervenciones consiguieron aumentar similarmente y ligeramente las puntuaciones del Índice de Calidad de Vida, y por tanto, las diferencias entre grupos no fueron significativas. Estos datos también resultan prometedores puesto que ambos tratamientos solo se aplicaron durante seis meses. Quizás un tratamiento más largo pueda aumentar de forma más importante la calidad de vida de estas pacientes. Tan solo un estudio controlado evaluó esta variable aplicando la DBT y consiguió mejorías significativas (Koons et al., 2001).

Como indican los resultados, esta hipótesis se cumple en su mayor parte.

Por último, nos gustaría comentar un resultado que no se incluía en las hipótesis, los abandonos. La tasa de abandonos en las dos condiciones fue significativamente menor que la que obtienen normalmente los ensayos clínicos (p. ej., Linehan et al., 1999; Soler et al., 2009) para poner a prueba la DBT en el TLP. Consideramos que este resultado tiene que ver con la muestra elegida específicamente para nuestro estudio. El centro PREVI es un centro de referencia para los TCA y los TP que ofrece servicios especiales si se comparara con la oferta realizada desde otros centros y dispositivos de la Comunidad Valenciana. Destaca sobre todo la disponibilidad de tres tipos de dispositivos y la especialización de los profesionales. Por ello, las pacientes



que son derivadas a PREVI suelen tener una muy buena adherencia al tratamiento.

En conclusión, podemos decir que los datos indican que la DBT ha resultado eficaz globalmente, ya que se ha producido una disminución, no sólo en la sintomatología más grave, en concreto la que tiene que ver con la impulsividad patológica y dañina, sino que hemos conseguido mejorías en la gran mayoría de las variables evaluadas. Por otro lado, la intervención con DBT ha conseguido mejorar aspectos cognitivos que no se habían conseguido en otros estudios como se constata en el aumento de la estrategia de reevaluación para regular las emociones después del tratamiento. Recordemos que la DBT se diseñó con el objetivo fundamental de reducir las conductas suicidas y parasuicidas en trastornos de personalidad graves. El foco del tratamiento era reducir la impulsividad extrema, es decir, los aspectos más dañinos del TLP que aumentan el riesgo de suicidio o que ponen en riesgo la vida del individuo, sin embargo, en este trabajo hemos conseguido mejorar sintomatología asociada a la desregulación emocional, aspecto clave, según el modelo biosocial (Linehan et al., 1993a) que desencadenaría el desarrollo posterior de la psicopatología más desadaptativa y dañina.

Por otro lado, con relación a su comparación con el tratamiento estándar (TAU), la DBT ha sido estadísticamente superior en reducir la sintomatología depresiva, las conductas impulsivas y la gravedad e interferencia valorada por el clínico, e incrementar el nivel de actividad global y la utilización de estrategias de reevaluación para regular las emociones. Estos resultados resultan prometedores considerando la gravedad de las pacientes y la resistencia al tratamiento característica del TLP y el TCA.

Otro aspecto que nos gustaría comentar, es la variabilidad de las características clínicas de las pacientes, la heterogeneidad de la muestra. Todas ellas estaban diagnosticadas de TLP y TCA, sin embargo, había diferencias en función del nivel de gravedad tanto en el TCA como en el TLP. En este sentido, nuestros resultados son prometedores ya que, como hemos comentado, la DBT se diseñó para el tratamiento de trastornos de personalidad graves. De hecho, la Dra. Linehan ha planteado la posibilidad de que la DBT sea eficaz sólo para pacientes graves y no tanto para pacientes

leves (comunicación personal con la directora de la presente tesis doctoral). En este sentido, nuestro grupo de investigación ha publicado recientemente un estudio de caso de una paciente joven con rasgos de personalidad límite que todavía no había desarrollado el trastorno. En este estudio la paciente mejoró después del tratamiento con DBT (Navarro, Jorquera, García-Palacios y Botella, 2010). Estos resultados también se han replicado en otros estudios de caso con pacientes con distintos niveles de gravedad (García-Palacios, et al., 2010).

Estos trabajos resultan muy alentadores, ya que si se confirma que la DBT es eficaz con pacientes leves o con pacientes con rasgos de personalidad límite que aún no han llegado a desarrollar totalmente el trastorno, tendríamos una buena herramienta para prevenir el TLP o para impedir las consecuencias más graves de este trastorno.

Por otro lado, nos gustaría señalar que nuestro trabajo aborda la patología límite en el contexto de los trastornos de la conducta alimentaria y que este aspecto resulta novedoso en la literatura sobre eficacia de la DBT. A este respecto, es importante destacar que la DBT consiguió mejorías en aspectos directamente relacionados con la patología de personalidad, pero también en la patología alimentaria reduciendo el número de conductas alimentarias desadaptativas. Estos datos coinciden con los estudios realizados en este campo (Palmer et al., 2003; Chen et al., 2008; Kröger et al., 2010). En este sentido, nuestro trabajo es pionero ya que todavía no existe ningún estudio controlado que haya evaluado la eficacia de la DBT para el TLP y el TCA en comparación con otra intervención.

Además, como comentábamos anteriormente, la muestra de trastornos de la conducta alimentaria es muy heterogénea en este estudio. En este sentido, las personas con anorexia nerviosa son más resistentes al tratamiento y sin embargo la DBT ha resultado eficaz. No obstante la mayoría de las pacientes fueron diagnosticadas de bulimia nerviosa, trastorno por atracón y anorexia tipo purgativo. Este dato coincide con los resultados de algunos estudios que revelan la alta comorbilidad entre bulimia nerviosa y TLP (Herzog, Keller, Lavori, Kenny, y Sacks, 1992), y con los estudios de la asociación entre el subtipo purgativo y el TLP (p. ej., Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy y Brouillette, 1988; Fahy y Eisler, 1993; Garner y Sackeyfio, 1993). Respecto a la asociación entre estos trastornos, algunos estudios ofrecen

datos que apoyan el hecho de que las personas con anorexia y bulimia que presentan trastornos de personalidad poseen una mayor frecuencia de atracones, vómitos y síntomas ansioso-depresivos, mayores dificultades de integración social y mayor número de intentos de suicidio (p. ej., Braun, Sunday y Halmi, 1994; Steiger y Stotland, 1996; Matsunaga, Kiriike, Nagata. y Yamagami, 1998).

Otra cuestión que nos gustaría resaltar es que estamos consiguiendo buenos resultados tras sólo seis meses de aplicación, en la línea de lo que han encontrado otros estudios que reducen el tiempo de la DBT a seis meses (p. ej., Koons et al., 2001; Brassington y Krawitz, 2006) o incluso a tres meses (p. ej., Bohus et al., 2000, 2004; Kröger et al., 2006 y Soler et al., 2009). Asimismo, esperamos conseguir mejores resultados tras un año de tratamiento que es la duración de la primera fase de la DBT original.

Por último, consideramos relevante destacar que la adaptación que realizamos del programa de entrenamiento de habilidades en grupo, obtuvo resultados beneficiosos en estas participantes. Esto podría indicar que un buen clínico entrenado en DBT puede aplicar un programa modificado de esta terapia con resultados beneficiosos para pacientes con TLP, en la misma línea de lo que ha indicado un estudio reciente con una aplicación de 16 sesiones de DBT (Harley et al., 2007).

Como conclusión a esta discusión, nuestros resultados confirman la eficacia de la DBT en un trastorno tan difícil de abordar como el TLP con comorbilidad con TCA en población española y nos animan a continuar con el ensayo clínico controlado para evaluar las mejorías al año de tratamiento, es decir, durante la primera fase de tratamiento con DBT

### **Limitaciones**

A pesar de los buenos resultados encontrados, nos gustaría destacar algunas limitaciones de este estudio.

En primer lugar, en nuestro estudio no se ha realizado la aleatorización de la muestra, lo cual limita la fiabilidad de la eficacia de la intervención.

En segundo lugar, otra limitación que pensamos ha habido en nuestro trabajo, es que no se administró la entrevista SCID-II después del tratamiento para ver si había desaparecido algún síntoma diagnóstico después de aplicar cada una de las intervenciones.

Respecto al protocolo de evaluación, pensamos que no hemos profundizado lo suficiente en el mismo, sobre todo en aspectos más concretos del problema alimentario como evaluar las reducciones por separado de cada una de las conductas alimentarias desadaptativas y las conductas impulsivas.

Por otro lado, otro aspecto que nos parece importante tener en cuenta en los trastornos de la personalidad es la identidad y, por ello, incluimos medidas de autoeficacia y de autoestima, sin embargo, no hemos conseguido muy buenos resultados en esas medidas. Es importante señalar que las personas con TLP en ocasiones pueden tener una visión distorsionada de sí mismas y deberíamos considerar que quizás el autoinforme se debería complementar con la valoración de otras personas significativas.

Estos resultados nos hacen pensar que necesitamos mejores medidas para los trastornos de la personalidad y es necesario llegar a consensos en determinar el mejor protocolo y procedimiento de evaluación en estos pacientes como se ha hecho para otros trastornos psicológicos (p. ej., el trastorno de pánico, Shear y Maser, 1994)

## 5.- Conclusiones

A continuación, presentamos las conclusiones generales que hemos encontrado en la presente tesis doctoral:

1. El programa de tratamiento DBT fue estadísticamente más eficaz que el tratamiento estándar, tras ser aplicado durante 6 meses, en la disminución de los aspectos clínicos más relacionados con el comportamiento impulsivo del TLP: conductas impulsivas en la última semana (conductas autolesivas, el abuso de sustancias, las conductas sexuales de riesgo/conductas sexuales impulsivas y las conductas alimentarias desadaptativas).
2. El programa de tratamiento con DBT durante 6 meses obtuvo mejorías significativamente superiores que el tratamiento estándar en la disminución en algunas medidas relacionadas con la patología de las emociones como lo indica una reducción en la sintomatología depresiva y un aumento de la estrategia de reevaluación para regular las emociones.
3. El programa de tratamiento con DBT ha resultado estadísticamente más eficaz que el tratamiento estándar en la mejora del nivel de funcionamiento general de las pacientes como lo indica la disminución en las puntuaciones de escala de interferencia y gravedad valorada por el clínico.
4. El programa de tratamiento con DBT obtuvo mejorías superiores (aunque no fueron estadísticamente significativas) que el tratamiento estándar en: la disminución del número de conductas parasuicidas, la reducción de la sintomatología ansiosa, el afecto negativo, la expresión patológica de la ira, y síntomas disociativos, la disminución de ingresos hospitalarios y el aumento en el funcionamiento global y el afecto positivo.

5. La DBT resultó beneficiosa para un grupo de pacientes diagnosticados de TLP con diferentes características relacionadas con la gravedad y la comorbilidad adicional.
  
6. Es necesario diseñar protocolos de evaluación que recojan y midan de una manera fiable y válida la complejidad de la patología de personalidad y la respuesta al tratamiento.
  
7. Nuestro trabajo indica que la DBT es una intervención eficaz y adecuada para pacientes con comorbilidad del TLP y trastornos de la conducta alimentaria. Nuestros datos señalan que es recomendable aplicar DBT en pacientes que presenten esta comorbilidad.







## IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### A

Adler, G. (1986). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson.

Adler, G y Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83-96.

Aasen, H. (2001). *An empirical investigation of depression symptoms: norms, psychometric characteristics and factor structure of the Beck Depression Inventory-II*. Facultad de Psicología, Universidad de Bergen.

Agrawal, H., Gunderson, J., Holmes, B., y Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 94–104.

Akiskal, H. S. (1981). Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the “borderline” realm. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 25-46.

American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2010). DSM-5 Development: Personality and Personality Disorders. Recuperado el 20 de abril de 2011, de <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/PersonalityandPersonalityDisorders.aspx>

Ames-Frankel, J., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Strasser, T. J., Sadik, C., Oldham, J. M. y Roose, S. P. (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 90–96.

Anguelova, M., Benkelfar, C. y Turecki, G. (2003). A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: II. Suicidal behavior. *Molecular Psychiatry*, 8, 646–653.

Arntz, A. (1994). Treatment of borderline personality disorder: a challenge for cognitive-behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 419-430.

Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. M. C. y de Boer, S. F. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorder*, 17, 45–59.

Ávila, A. y Herrero, J. R. (1995). La personalidad y sus Trastornos: Aproximación a la obra de Theodore Millon. *Clínica y Salud*, 6, 131-159.

## B

- Bäßler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general: Measuring generalized self-beliefs: A Spanish adaptation of the General Self-Efficacy scale. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Baldwin, D. S. (2007). Use of licensed medicines for unlicensed applications in psychiatric practice. Royal College of Psychiatrists' Special Interest Group in Psychopharmacology. Recuperado de <http://www.rcpsych.ac.uk>.
- Baños, R. y Guillen, V. (2000). A Spanish version of the Rosenberg self-esteem scale: psychometric characteristics in normal and social phobic populations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-376.
- Barley, W., Buie, S., Peterson, E., Hollingsworth, A. S., Griva, M., Hickerson, S. C.,... Bailey, B. J. (1993) Development of an inpatient cognitive behavioural treatment program for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7, 232-240.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Baron, M. (1981). *Schedule for Interviewing Borderlines*. New York, New York State Psychiatric Institute.
- Baron, M., Gruen, R., Asnis, L. y Lord, S. (1985). Familial transmission of schizotypal borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 927-934.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (1999). Efectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. W., y Fonagy, P. (2001). Treatment of Borderline Personality Disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month D. (2004). The STEPPS group treatment follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A. W., y Fonagy, P. (2003a). The development of an attachment-based treatment program for Borderline Personality Disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 187-211.
- Bateman, A. W., y Fonagy, P. (2003b). Health service utilization costs for Borderline Personality Disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160, 169-171.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman A. W. y Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Battaglia, M., Przybeck, T. R., Bellodi, L., y Cloninger, C. R. (1996). Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 292-298.

- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C.,... Morey, L.C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18, 193–211.
- Baxter, M. G., Parker, A., Lindner, C.C., Izquierdo, A.D. y Murray, E.A. (2000). Control of response selection by reinforcer value requires interaction of amygdala and orbital prefrontal cortex. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 20, 4311–4319.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorder*. Nueva York: Guildford.
- Beck, A. T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bell, L. (2002). Does concurrent psychopathology at presentation influence response to treatment for bulimia nervosa? *Eat and Weight Disorders*, 7, 168-181.
- Bellino, S., Zizza, M., Rinaldi, C. y Bogetto, F. (2006b). Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie*, 51, 453–460.
- Bellino, S., Zizza, M., Rinaldi, C. y Bogetto, F. (2007). Combined therapy of major depression with concomitant borderline personality disorder: comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry –Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52, 718–725.
- Belloch, A. (2010). Los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista. En A. Belloch y H. Fernández-Álvarez (Ed), *Tratado de Trastornos de la personalidad* (pp. 87-89). Madrid: Síntesis.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A. Dyck, I. R., McGlashan, T.,...Gunderson, J.G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295–302.
- Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. Nueva York: Guildford Press.
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal reconstructive therapy: An integrative, personality-based treatment for complex*. New York: The Guilford Press.
- Benjamin, L. S. y Wonderlich, S. A. (1994). Social perceptions and borderline personality disorder: the relation to mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 610-624.
- Ben-Porath; D.D., Wisniewski; L. y Warren, M. (2009). Differential Treatment Response for Eating Disordered Patients With and Without a Comorbid Borderline Personality Diagnosis Using a Dialectical Behavior Therapy (DBT)-Informed Approach Eating Disorders: *The Journal of Treatment & Prevention*, 17 (3), 225-241.
- Berkson, J. (1946). Limitations of the application of four-fold table analysis to hospital data. *Biometrics Bulletin*, 2, 47–53.

- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E. y Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132–1136.
- Bhar, S. S., Brown, G. K., y Beck, A. T. (2008). Dysfunctional beliefs and psychopathology in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 165–177.
- Biagini, M., Torruco, M. y Carrasco B. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con TLP estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud Mental*, 28, 52-60.
- Bierer, L. M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A. S., Silverman, J. M. y Siever, L. J. (2003). Abuse and neglect in childhood: Relationship to personality disorders diagnoses. *CNS Spectrums*, 8, 737–740.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., y St. John, D. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 193–210.
- Blais, M. A., Hilsenroth, M. J., y Castlebury, G. E. (1997). Content validity of the DSM-IV borderline and narcissistic personality disorder criteria sets. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 31–37.
- Blashfield, R. K. y Intoccia, V. (2000). Growth of the Literature on the Topic of Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 472-473.
- Blum, N., St. John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J.,...Black, D.W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1- year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165, 468–478.
- Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., Monahan, y Black, D. W. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with Borderline personality disorder: A prederliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 301–310.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.; Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A. y Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-9.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. y Stieglitz, R. D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste (Development of the borderline symptom list). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 201–211.
- Bohus, M., Schmahl, C., y Lieb, K. (2004). New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 6, 43–50
- Bornstein, R. F. (2001). A meta-analysis of the dependency–eating-disorders relationship: Strength, specificity, and temporal stability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 151–162.
- Bowden-Jones, O., Iqbal, M. Z., Tyrer, P., Seivewright, N., Cooper, S., Judd, A., y Weaver, T. (2004). Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction*, 99, 1306-1314.

- Brassington, J. y Krawitz, R. (2006). Australasian dialectical behaviour therapy pilot outcome study: effectiveness, utility and feasibility. *Australasian Psychiatry*, 14, 313-319.
- Braun, D. L., Sunday, S. R. y Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 857-867.
- Brazier, J., Tumur, I., Holmes, M., Ferriter, M., Parry, G., Dent-Brown, K., y Paisley, S. (2006). Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 10, nº 35.
- Brendel, G. R., Stern, E. y Silbersweig, D.A. (2005). Defining the neurocircuitry of borderline personality disorder: functional neuroimaging approaches. *Development and psychopathology*, 17(4), 1197-1206.
- Briere, J. y Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1205–1222.
- Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S. E., Crits-Christoph, P. y Beck, A. T. (2004). An open trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 257–271.
- Brown, G. L., Ebert, M. H., Goyer, P. F., Jimerson, D. C., Klein, W. J., Bunney, W. E. y Goodwin, F. K. (1982). Aggression, suicide, and serotonin: Relationships to CSF amine metabolites. *American Journal Psychiatry*, 139, 741–746.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., y Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1490–1496.
- Bruce, K. R. y Steiger, H. (2005). Treatment implications of Axis II comorbidity in eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 13, 93-108.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Boston: Harvard University Press.
- Bulacio, J.M, Vieyra, M., Daneri, C., Benatuil, D., y Mongiello, E. (2004). *Índice de Calidad de Vida: Validación en una muestra argentina*. Alcmeon.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L., y Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 139-147.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., y Joyce, P. R. (1999). Temperament, character, and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 27–32.
- Bulik, C.M., Sullivan, P. F. y Kendler, K. S. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 886-895.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Weltzin, T. E. y Kaye, W. H. (1995). Temperament in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 251-261.
- Bulik, C.M., Tozzi, F., Anderson, Ch., Mazzeo, S.E., Aggen, S. y Sullivan, P.F.(2003): The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160, 366-368.

Bus, A.H. y Durkee, A. (1957) An Inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 21, 343-349.

Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., y Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behavior Research Therapy*, 40, 1231-1240.

## C

Caballo, V. E. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. E. y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Revista de Psicología desde el Caribe*, 5, 30-55.

Caballo, V.E., Gracia, A., López-Gallones, C. y Bautista, R. (2009). El trastorno límite de la personalidad. En V. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 137-160), 2ª edición. Madrid: Síntesis.

Caballo, V.E., Salazar, I.C. e Iruñia, M.J. (2011). Trastornos de la personalidad. En V.E. Caballo, I.C., Salazar y J.A. Carrobes (eds), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 397-442). Madrid: Pirámide.

Carlson, E.B., Putnam, F.W., Ross, C.A., Torem, M., Coons, P., Dill, D.L., Loewenstein, R.J., y Braun, B.G. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-36.

Carter, C.S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 779-818.

Cassin, S. E. y von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*, 25, 895-916.

Casper, R. C., Hedeker, D. y Mc Clough, J. F. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 830-840.

Casper, R. C. y Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *The International journal of eating disorders*, 30, 338-342.

Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington,...Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., y Kernberg, O. F. (2001). The development of psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495.

Clarkin, J. F., Hull, J.W. y Hurt, S. W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7, 137-143.

Clarkin, J.F., Kernberg, O.T. y Yeomans, F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. Nueva York: Wiley.

- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., y Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928.
- Conklin, C. Z., y Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 867–875.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R. y Svrakic, D. M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychological Reports*, 69, 1047–1057.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 44, 975–990.
- Coccaro, E. F., Bergman, C. S. y McLean, G. E. (1993). Heritability of irritable impulsiveness: A study of twins reared together and apart. *Psychiatry Res*, 48, 229–242.
- Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J. y Hauger, R. D. (1997). Serotonin function and antiaggressive response to fluoxetine: A pilot study. *Biol Psychiatry*, 42, 546–552.
- Coccaro, E. F., Lawrence, T., Trestman, R., Gabriel, S., Klar, H. M. y Siever, L. J. (1991). Growth hormone responses to intravenous clonidine challenge correlate with behavioral irritability in psychiatric patients and healthy volunteers. *Psychiatry research*, 39, 129–139.
- Coccaro, E. J., Siever, L. J., Klar, H. M., Maurer, G., Cochrane, K., Cooper, T. B. y Davis, K. L. (1989): Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 587–599.
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale: NJ: Erlbaum.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., y Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423–431.
- Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R. y Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy in a Community Mental Health Center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 406–414.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjohn S.A.
- Conklin, C. Z., y Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 867–875.
- Connor, K. H., Davidson, J., Hughes, D.C., Swartz, M.S., Blazer, D.G. y George, L.K. (2002). The impact of borderline personality disorder on post-traumatic stress in the community: A study of health status, health utilization, and functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 41–48.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Karasu, T. B. y Jerrett, I. (1980). A self-report borderline scale: discriminative validity and preliminary norms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 428–435.
- Cornelius, J. R., Soloff, P. H., Perel, J. M. y Ulrich, R. F. (1990): Fluoxetine trial in borderline personality disorder. *Psychopharmacology Bull*, 26, 151–154.

Costa, P.T., y McCrae, R.R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal Personality Disorder*, 4, 362-371.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., y Linehan, M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510.

Cunningham, K., Wolbert, R. y Lillie, B. (2004) It's about me solving my problems: clients' assessments of dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 248–256.

## CH

Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S., y Mullet, E. (2003). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 847-849.

Chanen, A. M., Jovev, M., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H.P.,...McGorry, P.D. (2008c). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 477–484.

Chair, J. Y., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell III, J. E., Powers, M. y Zerbe, K. J. (2006). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders Third Edition. American Psychiatric Association Practice Guidelines.

Chavira, D. A., Grilo, C. M., Shea, M. T., Yen, S., Gunderson, J. G., Morey, L. C.,...McGlashan, T. H. (2003). Ethnicity and four personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 483–491.

Chen, E.Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J.R. y Linehan, M.M. (2008). Dialectical Behaviour Therapy for Clients with Binge-Eating Disorder or Bulimia Nervosa and Borderline Personality Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 505-512.

Cheng, A. T., Mann, A. H. y Chan, K. A. (1997). Personality disorder and suicide: a case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 441–446.

Cherek, D.R., Lane, S.D. y Moeller, F.G. (1997a). *Laboratory measures of aggression, impulsivity and 5-HT function in female parolees. Problems of Drug Dependence 1997: Proce. 59th Ann. Sci. Meet. College on Problems of Drug Dependence.* Washington D.C: USDHHS.

Cherek, D.R., Moeller, F.G., Dougherty, D.M. y Rhoades, H. (1997b). Studies of violent and non-violent male parolees: II. Laboratory and psychometric measurements of impulsivity. *Biological Psychiatry*, 41, 423–529.

Choi-Kain, L. W., Fitzmaurice, G. M., Zanarini, M. C., Laverdiere, O., y Gunderson, J. G. (2009). The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 816–821.

Choi-Kain, L. W., Hudson, J., Zanarini, M. C., y Gunderson, J. G. (2010, May). Familiarity of rejection sensitivity in BPD. Presented at the 163rd American Psychiatric Association, New Orleans, LA.

## D

Davidson K. (2000). *Cognitive therapy for personality disorders: A guide for clinicians*. 2nd Edition. London: Arnold (Hodder).



Davidson, K. y Tyrer, P. (1996). Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders: single case study series. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 413-429.

Davidson, K., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Norrie, J. y Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy. *Journal of Personality Disorders*, 20, 450-465.

Davis, C., Claridge, G., y Cerullo, D. (1997). Personality factors and weight preoccupation: a continuum approach to the association between eating disorders and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 467-480.

Diaz-Marsa, M., Carrasco, J. L. y Saiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352-359.

De la Fuente, J. M., Goldman, S., Stanus, E., Vizueté, C., Morlán, I., Bobes, J. y Mendlewicz, J. (1997). Brain glucose metabolism in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 31, 531-541.

Dimeff, L., Rizvi, S. L., Brown, M., y Linehan, M. M. (2000). Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 457-468.

Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G.,...Boomsma, D.I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, 38, 1219-1229.

Dittmann, V., Ermer, A. y Stieglitz, R. D. (2001). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, En Stieglitz, R.D., Baumann, U., Freyberger, H.J. (eds), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie (Psychodiagnostics in Clinical Psychology, Psychiatry and Psychotherapy)*. Stuttgart: Thieme.

Domes, G., Cziessnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K., y Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 135-147.

Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., ...Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological psychiatry*, 54, 1284-93.

Drapeau, M., y Perry, J. C. (2009). The core conflictual relationship themes (CCRT) in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23, 425-431.

Driessen, M., Beblo, T., Mertens, M., Piefke, M., Rullkoetter, N., Silva-Saavedra, A.,... Woermann, F. G. (2004). Posttraumatic stress disorder and fMRI activation patterns of traumatic memory in patients with borderline personality disorder. *Biological psychiatry*, 55, 603-611.

Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A.,...Petersen, D. (2000). Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Archives of general psychiatry*, 57(12), 1115-1122.

Duckworth, A.L., Steen, T.A., y Seligman, M.E.P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., y Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089–3096.

D’Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

## E

Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioural Practice*, 17, 88-101.

Engler, B. (1995). Introducción a las teorías de la personalidad (4ª edición). Méjico: Mc-Hill, 1997.

Espelage, D. L., Mazzeo, S. E., Sherman, R y Thompson, R. (2002): MCMI-II profiles of women with eating disorders: A cluster analytic investigation.. *Journal of Personality Disorders*, 16, 453-463.

Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., y Watsons, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal behaviour and mental health*, 13, 198-213.

Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J,...Thompson, S. (1999). Manual-assisted cognitive behaviour therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29, 19–25.

## F

Fahy, T. y Eisler, I. (1993). Impulsivity in eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193-197.

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.

Fairburn, C.G., Agras, S., Walsh, T., Wilson, T. y Stice, E. (2004). Prediction of Outcome in Bulimia Nervosa by Early Change in Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2322-2324.

Fairburn, C.G. y Bohn, K. (2005) Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome ‘Not Otherwise Specified’ (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 691-701.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P. y O’Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.

Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.

Fairburn, C.G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.

Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A. y O'Connor, M.E. (1993b). Psychotherapy and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.

Fanselow, M. S., Gale, G. D. (2003). The amygdala, fear, and memory. *Ann NY Acad Sci*, 985, 125-34.

Fassino, S., Daga, G.A., Pireò, A., y Rovera, G.G. (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 71, 200-206.

Farrel, J.M., Shaw, I.A. y Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328.

Fava, M. (2006). Prospective studies of adverse events related to antidepressant discontinuation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 4, 14-21.

Favaro, A., Zanetti, T., Tenconi, E., Degortes, D., Ronzan, A. y Santonastaso, P. (2005). The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eating Disord. J. Treat. Prevent.*, 13, 61-70.

Fernández, F., y Turón, V. (2002). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento de anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. (1996). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II)*. Washington, American Psychiatric Press.

Foa, E. B., y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.

Fonagy, P. (1998). An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin Menninger Clinic*, 62, 147-169.

Fonagy, P., y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.

Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C. y Novella, L. (1999). Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 72-79.

Frosch, J. (1970). Psychoanalytic considerations of the psychotic character. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 18, 24-50.

Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Schwartz, D. R., Lewis, J., Shaeffer, D., W.,... Pasquotto, J. (1992). Construct validity of the dissociative experiences scale: Its relationship to hypnotizability. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 145-152.

Fruzzetti, A. E., y Fruzzetti, A. R. (2003). Partners with borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy with couples. En D. K. Snyder y M. A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: Managing emotional, behavioral, and health problems in couple therapy*. New York: Guilford.

Fruzzetti, A. E., y Levensky, E. R. (2000). Dialectical behavior therapy for domestic violence: Rationale and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 435-447.

## G

Gabbard, G.O., Gunderson, J.G. y Fonagy, P. (2002). The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Archives of general psychiatry*, 59, 505-510.

García-Palacios, A. (2009). 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* (pp. 483-512). Madrid: Síntesis.

García-Palacios, A. (2006). La Terapia Dialéctica Comportamental: terapia individual. *Psicología Conductual*, 14, 453-466.

García-Palacios, A., Navarro, M.V., Guillén, V., Marco, H. y Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la Terapia Dialéctica Comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18 (1), 197-216.

Gargallo, M., Fernández, F. y Raich, R (2003): Bulimia nerviosa y trastornos de personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 355-349.

Gartner, A. F., Marcus, R. N., Halmi, K., y Loranger, A. W. (1989). DSM-III-R personality disorders inpatients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.

Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341, 1631–1634.

Garner, D. M. y Sackeyfio, A. H. (1993). Eating disorders. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Handbook of Behavior Therapy in the psychiatric setting*. New York: Plenum.

Garner, D. M., Vitousek, K., & Pike, K. M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. En D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Gartner, A. F., Marcus, R. N., Halmi, K., y Loranger, A. W. (1989). DSM-III-R personality disorders inpatients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.

Gelder, M., López-Ibor, J. y Andreasen, N. (2003). *Tratado de Psiquiatría*. Ars Médica. 1ª ed: Barcelona.

Gervai, J., Nemoda, Z., Lakatos, K., Ronai, Z., Toth, I., Ney, K. y Sasvari-Szekely, M. (2005). Transmission disequilibrium tests confirm the link between DRD4 gene polymorphism and infant attachment. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 132B, 126–130.

Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., y Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

Gillberg, I. C., Rastam, M., y Gillberg, C. (1995). Anorexia nervosa 6 years after onset: Part 1. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 61–69.

Godt, K. (2002). Personality disorders and eating disorders: The prevalence of personality disorders in 176 female outpatients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10, 102–109.

Godt, K. (2008). Personality Disorders in 545 Patients With Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 94–99.

Goldman, S. J., D'Angelo, E. J. y DeMaso, D. R. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1832, 1835.

Goldner, E. M., Srikameswaran, S., Schroeder, M. L., Livesley, W. J. y Birmingham, C. L. (1999). Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Res*, *85*, 151–159.

Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B. y Brent, D. A. (2007). Dialectical Behavior Therapy for adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 820-830.

Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A., Schmeidler, J., Silverman, J.M. y Siever, L.J. (2003). The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 2018-2024.

Gottman, J. M. y Katz, L. E (1989). Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. *Developmental Psychology*, *25*, 373-381.

Graell, M., García, G., López, R., y Guzmán, L. (2006). Anorexia nerviosa del adolescente: evaluación con el inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI). *7º Congreso Virtual de Psiquiatría*.

Grant, B. F., Chou, P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D.,... Ruan, W.J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of *DSM-IV* borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 533–545.

Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 192–205.

Green, A. (1978). Self-destructive behavior in battered children. *American Journal of Psychiatry*, *135*, 579–582.

Grilo, C. M., Becker, D. F., Anez, L. M., y McGlashan, T. H. (2009). Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: An evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders. *Journal of Consulting of Clinical Psychology*, *72*, 126-131.

Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Skodol, A. E., Stout, R. L., y Pagano, M. E.,... McGlashan, T. H. (2003a). The natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified is not influenced by personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *34*, 319–330.

Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Gunderson, J. G., Stout, R. L., Shea, M. T.,... McGlashan, T. H. (2003b). Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*, *33*, 155–64.

Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*, 348-362.

Gross, R., Olfson, M., Gameraoff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M.,... Weissman, M.M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, *162*, 53–60.

Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 752–758.

Gunderson, J. G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC.

Gunderson, J. G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder: *American Journal of Psychiatry*, 164, 1637–1640.

Gunderson, J. G. (2010). Revising the Borderline Diagnosis for DSM-V: An Alternative Proposal. *Journal of Personality Disorders*, 24, 694–708.

Gunderson, J. G., Bender, D., Sanislow, C., Yen, S., Rettew, J.B., Dolan-Sewell, R.,...Skodol, A. E. (2003). Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry*, 66, 111-119.

Gunderson, J. G., Kolb, J. E. y Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 967-975.

Gunderson, J.G. y Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's Interpersonal Hypersensitivity Phenotype: A Gene-Environment-Developmental Model. *Journal of Personality Disorders*, 22, 22–41.

Gunderson, J. G., Morey, L. C., Stout, R. L., Skodol, A. E., Shea, M. T., McGlashan, T. H.,...Bender, D. S. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1049-1056.

Gunderson, J.G., Weinberg, I., Kueppenbender, K.D., Zanarini, M.C., Shea, M.T., Skodol, A.E.,... Dyck, I. (2006). Descriptive and longitudinal observation on the relationship of borderline personality disorder (BPD) and bipolar disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1173-1178.

Gunderson, J., Zanarini, M. y Kisiel, C. (1991). Borderline personality disorder: A review of data on DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorders*, 5, 340–352.

Gurvits, I. G., Koenigsberg, H. W. y Siever, L.J. (2000). Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 23, 27-40.

## H

Halmi, K. A. (2005). Obsessive-compulsive personality disorder and eating disorders. *Eat. Disord. J. Treat. Prevent.*, 13, 85–92.

Harley, R.M., Baity, M.R., Blais, M.A. y Jacobo, M.C. (2007). Use of dialectical behavior therapy skills training for borderline Personality disorder in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research*, 17, 351-358.

Harvey, P. D., Greenberg, B. R. y Serper, M. R. (1989). The affective lability scales: development, reliability and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 786–793.

Hass, H.L., y Clopton, J.R. (2003). Comparing clinical and research treatments for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 412–420.

Hatzitaskos, P.K., Soldatos, C.R., Sakkas, P.N. y Stefanis, C. N. (1997). Discriminating borderline from antisocial personality disorder revisited: longitudinal interactions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 185, 442-446.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639–665.

Hazlett, E. A., New, A. S., Newmark, R., Haznedar, M.M., Lo, J.N., Speiser, L.J.,...Buchsbaum, M.S. (2005). Reduced anterior and posterior cingulate grey matter in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry, 58*, 614-23.

Heim, C., Newport, D. J., Bonsall, R., Miller, A. H. y Nemeroff, C. B. (2001). Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry, 158*, 575–581.

Herman, J. L., y van der Kolk, B. A. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In B. A. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 111–126). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S.G., Willmes, K.,...Sass, H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry, 50*, 292–98.

Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M. y Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 53*, 147-152.

Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M., y Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training programme. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 252*, 177-184.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., y Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18*, 317–326.

Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. y Swenson, C. (1999). Dialectical Behavior Therapy-Family Skills Training. *Family Process, 38*, 399-414.

Hornak, J., Bramham, J., Rolls, E. T., Morris, R. G., O'Doherty, J., Bullock, P. R. y Polkey, C. E. (2003). Changes in emotion after circumscribed surgical lesions of the orbitofrontal and cingulate cortices. *Brain, 126*, 1691–1712.

Hornak, J., O'Doherty, J., Bramham, J., Rolls, E. T., Morris, R. G., Bullock, P. R. y Polkey, C. E. (2004). Reward-related reversal learning after surgical excisions in orbitofrontal and dorsolateral prefrontal cortex in humans. *Journal of Cognitive Neuroscience, 16*, 463–478.

Hunt, M., Auriemma, J. y Cashaw, A.C.A. (2003). Self-report bias and underreporting of depression on the BDI-II. *Journal of Personality Assessment, 80*, 26-30.

Hurt, S. W., Hyler, S. E., Frances, A., Clarkin, J. F., y Brent, R. (1989). Assessing BPD with self-report, clinical interview, or semistructured interview. *American Journal of Psychiatry, 141*, 1228–1231.

Hyler, S.E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire-IV (PDQ-IV)*. Nueva York: New York State Psychiatric Institute.

I

Icarán, E., Colom, R. y Orengo-García, F. (1996). Experiencias Disociativas: una escala de medida. *Anuario de Psicología, 10*, 69-84.

Ilkjaer, K., Kortegaard, L., Hoerder, K., Joergensen, J., Kyvik, K. y Gillberg, C. (2004). Personality disorders in a total population twin cohort with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45(4), 261-267.

Insel, T. R. (2004). *Is social attachment an addictive behavior? Center Behavioral Neuroscience* (p. 351-357). Emory University; Atlanta, GA.

## J

Jang, K. L., Livesley, W. J., Vernon, P. A. y Jackson, D. N. (1996). Heritability of personality disorder traits: A twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 438-444.

Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S.; Brown, J.; Brook, J.S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 741-749.

Johnson, P. A., Hurley, R. A., Benkelfat, C., Herpertz, S. C., y Taber, K. H. (2003). Understanding emotion regulation in borderline personality disorder: Contributions of neuroimaging. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15, 397-402

Johnson, C., Tobin, D. y Enright, A. (1989). Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in an eating-disordered population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 9-15.

Johnson, C., Tobin, D.L. y Dennis, A. (1990). Differences in treatment outcome between borderline and non-borderline bulimics at one-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 617-627

Johnson, C., y Wonderlich, S. A. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En J. H. Crowther, y D. L. Tennenbaum (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp. 179-196). Kent, OH7: Kent State University Press.

Juengling, F. D., Schamahl, C., Hesslinger, B., Ebert, D., Bremner, J.D., Gostomzyk, J.,...Lieb K. (2003). Positron emission tomography in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 109-115.

## K

Karwautz, A., Troop, N. A., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A, Treasure, J. L. (2003). Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 17, 73-85.

Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., y Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior Therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276 -282.

Keel, P. K., Fichter, M., Quadflieg, N., Bulik, C.M., Baxter, M.G., Thornton, L.,...Kaye, W.H. (2004). Application of a latent class analysis to empirically define eating disorder phenotypes. *Archives of General Psychiatry*, 61, 192-200.

Kellner, C. H., Post, R. M., Putnam, F., Cowdry, R., Gardner, D., Kling, M. A.,...Coppola, R. (1987). Intravenous procaine as a probe of limbic system activity in psychiatric patients and normal controls. *Biological Psychiatry*, 22, 1107-1126.

Kendler, K.S.; Aggen, S.H.; Czajkowski, N, Røysamb, E.; Tambs, K.; Torgersen, S.,... Reichborn-Kjennerud, T. (2008). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for DSM-IV Personality Disorders: A Multivariate Twin Study. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1438-1446



- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. F. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization, En Hartcollis, P. (ed): *Borderline Personality Disorders* (pp 78–121). New York, International University Press.
- Kernberg, O.F. (1984). The couch at sea: Psychoanalytic studies of group and organizational leadership. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34, 5-23.
- Kernberg, O.F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. En: Clarkin, J., Lenzenweger, M., *Major theories of personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W.,...Coppola, R. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Kendrick, K. M. (2000). Oxytocin, motherhood and bonding. *Experimental Physiology*, 85, 111–124.
- Ketter, T. A., Andreason, P. J., George, M. S., Lee, C., Gill, D. S., Parekh, P. I.,... Post, R.M. (1996). Anterior paralimbic mediation of procaineinduced emotional and psychosensory experiences. *Archives of general psychiatry* 53, 59–69.
- King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P., y Montague, P. R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321, 806–810.
- Klonsky, D. (2008). What is emptiness? Clarifying the seventh criterion for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 418–426.
- Koenigsberg, H.W., Fan, J., Ochsner, K.N., Liu, X., Guise, K.G., Pizzarello, S.,... Siever, L.J. (2010). Neural correlates of using distancing to regulate emotional responses to social situations. *Neuropsychologia*, 48, 1813–1822.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M.,...Siever, L.J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 784-88.
- Koenigsberg, H.W., Sievera, L.J., Leeb, H., Pizzarello, S., New, A.S., Goodmana, M., Chengc, H., Floryd, J. y Prohovnika, I. (2009). Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 172, 192–199.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Bishop, G. K., Koons, C. R., Robins, C. J., Bishop, G. K.,...Bastian, L.A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder: a veterans with borderline personality disorder: a randomized controled trial. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Kotler, L.A., Boudreau, G. S. y Devlin, M.J. (2003). Emerging psychotherapies for eating disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(6), 431-441.
- Kröger, C., Schweigerb, U., Siposb, V., Arnoldb, R., Kahlb, K.J., Schunertb, T. Rudolfb, S. y Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1211–1217.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T. y Reinecker, H. (2010). Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and

anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 381-388.

Kroll, J. (1993). *PTSD/borderlines in therapy*. New York: Norton.

Kuo, J. R., y Linehan, M. M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: Physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 531-544.

Kurtz, J.E. y Morey, L.C. (1998). Negativism in evaluative judgments of words among depressed outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 12, 351-361.

## L

Lakatos, K., Nemoda, Z., Toth, I., Ronai, Z., Ney, K., Sasvari-Szeleky, M. y Gervai, J. (2002). Further evidence for the role of the dopamine D4 receptor (DRD4) gene in attachment disorganization: Interaction of the exon III 48-bp repeat and the \_521 C/T promoter polymorphisms. *Molecular Psychiatry*, 7, 27-31.

Lakatos, K., Toth, I., Nemoda, Z., Ney, K., Sasvari-Szekely, M., y Gervai, J. (2000). Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. *Molecular Psychiatry*, 5, 633-637.

Lange C, Kracht L, Herholz K., Sachsse, U. y Irle, E. (2005). Reduced glucose metabolism in temporo-parietal cortices of women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 139, 115-26.

Lanius, R. y Tuhan, I. (2003) Stage-oriented trauma treatment using dialectical behaviour therapy. *The Canadian Journal of Psychiatry - La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 48, 126-127.

Leichsenring, F., Masuhr, O., Jaeger, U., Dally, A. y Streeck U. (2007). The effectiveness of psychoanalytic-interactional therapy in borderline personality disorder: a study of clinical data. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 129-143.

LeMarquand, D. G., Benkelfat, C., Pihl, R. O., Palmour, R. M. y Young, S. N. (1999): Behavioral disinhibition induced by tryptophan depletion in nonalcoholic young men with multigenerational family histories of paternal alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1771-1779.

Lenzenwenger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. y Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-564.

Lenzenwenger, M. F., Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. y Levy, K.N. (2008). Refining the Borderline Personality Disorder phenotype through finite mixture modelling: implications for classification. *Journal of Personality Disorders*, 22, 313-331.

Lesch, K. P., Bengel, D., Heils, A., Sabol, S. Z., Greenberg, B. D. y Petri, S.,... Murphy, D. L. (1996). Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science*, 274, 1527-1531.

Lesch, K., Wolozin, B., Murphy, D. y Reiderer, P. (1993). Primary structure of the human platelet serotonin uptake site: Identity with the brain serotonin transporter. *Journal of neurochemistry*, 60, 2319-2322.

- Leszcz, M. (1989). Group psychotherapy of the characterologically difficult patient. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39, 311-335.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso, J., y Clarkin, J. (2005). Attachment and borderline personality disorder: Implications for psychotherapy. *Psychopathology*, 38, 68–74.
- Leyton, M., Okazawa, H., Diksic, M., Paris, J., Rosa, P., Mzengeza, S.,... Benkelfat, C. (2001). Brain regional  $\alpha$ -( $^{11}\text{C}$ )methyl-L-tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 775-782.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453–461.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy: a cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal Personality Disorder*, 1, 328-333.
- 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., Armstrong, H. E., y Suarez, A. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. . *Archives of general psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan, M. M. y Dimeff, L. A. (1997). *Dialectical behavior therapy for substance abuse treatment manual*. Seattle, Washington: University of Washington.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., y Kivlanhan, D. R. (2002). Dialectical behavioral therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M.M., Kanter, J. y Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Efficacy, specificity, and cost effectiveness. En D. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy in the 1990s: Mechanisms, effectiveness and indications*. Pgs. 93-118. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Linehan, M. M. y Kehrer, C.A. (1993). Borderline personality disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 2º edición, 396-446. New York: Guildford Press.
- Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayrs, J. y Gallop, R. (2008). Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 999-1005.
- Links, P. S., Steiner, M. y Huxley, G. (1998). The occurrence of borderline personality disorder in the families of borderline patients. *Journal of Personality Disorder*, 2, 14–20.
- Links, P.S.; Heslegrave, R. y van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core Aspect of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorder*, 13(1), 1-9.
- Livesley, W. J., Jackson, D. N., y Schroeder, M. L. (1992). Factorial structure of traits delineating PDs in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 432–440.

Livesley, W.J. y Jang, K. (2008). The behavioral genetics of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 247–74.

Livesley, W. J., Jang, K. L. y Thordarson, D. S. (2005). Etiological relationships between eating disorder symptoms and dimensions of personality disorder. *Eat. Disord. J. Treat. Prevent.*, 13, 25–35.

Livesley, W. J., Jang, K. L., y Vernon, P. A. (1998). The phenotypic and genetic architecture of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941–948.

López, D., Cuevas, P., Gómez, A. y Mendoza, J. (2004). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. A study with female patients. *Salud Mental*, 27, 44–54.

Loranger, A. W., Oldham, J. M. y Tulis, E. H. (1982). Familial transmission of DSM-III borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 39, 795–799.

Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M.,...Regier, D. A. (1998). *Deutschsprachige Fassung der International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Genf, WHO.

Low, G., Jones, D., Duggan, C., Power, M., y MacLeod, A. (2001). The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: A pilot study in a high security hospital. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 85-92.

Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S.,...Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: a 'wild card' in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95–106.

Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., y Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459–480.

Lynch, T., Morse, J. Q., Mendelson, T., y Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 33 – 45.

Lynch, T. R., y Robins, C. J. (1997). Treatment of borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy. *Journal of the California Alliance for the Mentally III*, 8, 47-49.

Lynch, T.R., Trost, W.T., Salsman, N. y Linehan, M.M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181–205.

Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Patrick, M. y Hobson, R. P. (2006). A controlled study of hostile-helpless states of mind among borderline and dysthymic women. *Attachment and Human Development*, 9, 1–16.

Lyoo, I. K., Han, M. H. y Cho, D. Y (1998). A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50, 235-43.

## M

McCann, R.A., Ball, E.M. e Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: the CMHIP forensic model. *Cognitive Behavioral Practice*, 7, 447-56.

McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G.,... Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 883-889.

McIntosh, V., Jordan, J., Carter, F., Luty, S., McKenzie J., Bulik, C., Frampton, C., y Joyce, P. (2005). Tres psicoterapias para la anorexia nerviosa: un ensayo controlado aleatorizado. *American Journal of Psychiatry* (ed. española), 8, 429-435.

Mackin, P., Watkinson, H. M. y Young, A. H. (2005). Prevalence of obesity, glucose homeostasis disorders and metabolic syndrome in psychiatric patients taking typical or atypical antipsychotic drugs: a cross-sectional study. *Diabetología*, 48, 215-221.

McMain, S., Korman, L.M. y Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 183-96.

McMain, S.F., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L.,...Streiner, D.L. (2009). A randomized clinical trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.

McQuillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lisser, C., y Ferrero, F. (2005). Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatric Services*, 556, 193 – 197.

Marañón, I., Echeburúa, E., y Grijalvo, J. (2004). Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: A pilot study using the IPDE. *European Eating Disorders Review*, 12, 217-222.

Marañón, I., Echeburúa, E., y Grijalvo, J. (2007). Are there more personality disorders in treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control groups comparative study using IPDE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 283-293.

Markovitz, P. J., Calabrese, J. R., Schulz, S. C. y Meltzer, H. Y. (1991). Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1064-1067.

Markowitz, J. C., Skodol, A. E. y Bleiberg, K. (2006). Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: possible mechanisms of change. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 431-444.

Martín Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*; 10(2), 458-467.

Materson, J. (1972). *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach*. New York: Wiley.

Materson, J. (1976). *The psychotherapy of the Borderline Adult: A developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.

Materson, J. F. y Rinsley, D. B. (1975) The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International journal of Psycho-Analysis*, 56, 163-177.

- Matsunaga, H., Kiriike, N., Nagata, T. y Yamagami, S. (1998). Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 399-408.
- Matsunaga, H., Kaye, W.H., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C., y Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 353-357.
- Melvin, G.A. y Molloy, G.N. (2000). Some psychometric properties of the Positive and Negative Affect Schedule among Australian youth. *Psychological Reports*, 86, 1209-12.
- Mendieta, D. C. (1997). La conducta autolesiva en el trastorno límite de la personalidad. Instituto Nacional Psiquiatría. *Información Clínica*, 8, 28-29.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L., y Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15, 371-389.
- Mezzich, J.E., Ruipérez, M.A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality Of Life Index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 301-305
- Miguel Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano Vindel, A., y Spielberger, C.D. (1999). *STAXI-2: Inventario de expresión de ira estado-rasgo. Manual 2ª Edición Revisada*. Publicaciones de psicología aplicada, num. 286. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Miller, F.T., Abrams, T., Dulit, R. y Fyer, M. (1993). Substance Abuse in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 491-497.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., Wetzler, S., y Leigh, E. (1997). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 3, 78-86.
- Millon, T. (1969/1976). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Millon, T. y Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T. y Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Davis, R.D. y Millon, C. (1994). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCM-III)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. y Escovar, L.A. (1999). La personalidad y los trastornos de personalidad: Una perspectiva ecológica. En V. E. Caballo, G. Buéla-Casal y J. A. Carrobes (Eds.), *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 3-34). Madrid: Siglo XXI.
- Modestin, J., Erni, T., y Oberson, B. (1998). A comparison of self-report and interview diagnoses of DSM-III-R personality disorders. *European Journal of Personality*, 12, 445-455.
- Monroe, S. M. y Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research. *Psychological Bulletin*, 110, 406-25.

Moran, P., Jenkins, R., Tylee, A., Blizard R. y Mann A. (2000). The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 52–57.

Moran, P., Rendu, A., Jenkins, R., Tylee, A. y Mann, A. (2001). The impact of personality disorder in UK primary care: a 1-year follow-up of attenders. *Psychological Medicine*, 31, 1447–1454.

Morse, J. Q., Hill, J., Pilkonis, P. A., Yaggi, K., Broyden, N., Stepp, S., Reed, L. I., y Feske, U. (2009). Anger, preoccupied attachment, and domain disorganization in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23, 240–257.

Mulder, R. T., Joyce, P. R., Sullivan, P. F., Bulik, C. M., y Carter, F. A. (1999). The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores, and DSQ defenses. *Psychological Medicine*, 29, 943–951.

Munroe-Blum, H. y Marziali, E. (1995). A controlled trial of short-term Group treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 9, 190-198.

## N

Narduzzi, K. J., y Jackson, T. (2000). Personality differences between eating disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 699–710.

Navarro, M.V., Jorquera, M., García-Palacios, A. y Botella, C. (2010). Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) en un caso con rasgos de personalidad límite y trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 61-74.

New, A. S., Gelernter, J., Goodman, M., Mitropoulou, V., Koenigsberg, H. W., Silverman, J. M., ... Siever, L. J. (2001). Suicide, impulsive aggression and HTR1B genotype. *Biol Psychiatry*, 50, 62–65.

New, A. S., Gelernter, J., Yovell, Y., Trestman, R. L., Nielsen, D. A., Silverman, J.,... Siever, L. J. (1998). Increases in irritable aggression associated with “LL” genotype at the tryptophan hydroxylase locus. *American Journal of Medical Genetics*, 81, 13–17.

New, A.S., Hazlett, E.A., Buchsbaum, M.S., Goodman, M., Mitelman, S.A., Newmark, R.,... Siever, L.J. (2007). Amygdaloprefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology*, 32(7), 1629-1640.

New, A. S., Hazlett, E.A., Buchsbaum, M.S., Goodman, M., Reynolds, D., Mitropoulou, V.,... Siever, L. J. (2002). Blunted prefrontal cortical 18 fluorodeoxyglucose positron emission tomography response to meta-chlorophenylpiperazine in impulsive aggression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 621-629.

New, A. S., Sevin, E. M., Mitropoulou, V., Reynolds, D., Novotny, S. L., Callahan, A.,... Siever, L. J. (1999). Serum cholesterol and impulsivity in personality disorders. *Psychiatry Research*, 85, 145-150.

Nica, E. I., y Links, P. S. (2009). Affective instability in borderline personality disorder: Experience sampling findings. *Current Psychiatry Reports*, 11, 74–81.

NICE Clinical Guideline (2006a). *Bipolar Disorder: The Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescents, in Primary and Secondary Care*. London: NICE.

NICE Clinical Guideline (2007a) Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance. NICE Clinical Guideline 45. London: NICE.

NICE Clinical Guideline (2004). Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE Clinical Guideline (2009). Borderline Personality Disorder: treatment and management. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by National Institute for Health and Clinical Excellence.

Ni, X., Chan, D., Chan, K., McMain, S. y Kennedy, J.L. (2009). Serotonin genes and gene-gene interactions in borderline personality disorder in a matched case-control study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 33, 128–133.

Ni X, Bismil R, Chan K, Sicard T, Bulgin N y McMain S. (2006a). Serotonin 2A receptor gene is associated with personality traits, but not to disorder, in patients with borderline personality disorder. *Neurosci Lett*, 408, 214–9.

Ni, X., Chan, K., Bulgin, N., Sicard, T., Bismil, R., McMain, S. y Kennedy, J. L. (2006b). Association between serotonin transporter gene and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 448–453.

Ni, X., Sicard, T., Bulgin, N., Bismil, R., Chan, K., McMain, S. y Kennedy, J. L. (2007). Monoamine oxidase a gene is associated with borderline personality disorder. *Psychiatric genetics*, 17, 153–7.

Nordahl, H. M. y Nysaeter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 254–264.

## O

O'Brien, K. M., y Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23, 57–74.

Oldham, J.M. (2005). *Guideline Watch: Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Oldham, J.M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163, 20–26.

O'Leary, K. M. y Cowdry, R. W. (1994). Neuropsychological testing in patients with borderline personality disorder. En: K. R. Silk (ed). *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder* (pp. 127–158). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Ono, Y. y Okonogi, K. (1988). Borderline personality disorder in Japan: A comparative study of three diagnostic criteria. *Journal of Personality Disorders*, 2, 212–220.

Organización mundial de la Salud (OMS) (1992). CIE-10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor.

Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296–321.



Othmer, E. y Othmer, S.C. (1996). DSM-IV. La entrevista clínica. *Tomo I. Fundamentos*. Barcelona: Masson. (Orig.: 1994).

Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., Grann, M., von Knorring, L., Kullgren, G.,... Söderberg, S. (1998). DSM-IV and ICD-10 personality disorders: A comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *European Psychiatry*, 13, 246–253.

Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J., y Rouillon, F. (2008). Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *L'Encéphale*, 34(5), 452-458.

Overall, J. E. y Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.

## P

Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L. y Parker, L. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder-description and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 281-286.

Paris, J. (1993). *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. American Psychiatric Press.

Paris, J. (1996). A critical review of recovered memories in psychotherapy: Part I--Trauma and memory. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 201-205.

Paris, J. C. (1997). Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 34-49.

Paris, J. (2002). Commentary on the American Psychiatric Association guidelines for the treatment of borderline personality disorder: evidence-based psychiatry and the quality of evidence. *Journal of Personality Disorders*, 16, 130–134.

Paris, J. y Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.

Paris, J., Zweig-Frank, H., Kin, N.M., Schwartz, G., Steiger, H. y Nair, N.P. (2004). Neurobiological correlates of diagnosis and underlying traits in patients with borderline personality disorder compared with normal controls. *Psychiatry Research*, 121, 239–52.

Pastor, A., Navarro, E., Tomás, J. M., y Oliver, A. (1997). Efectos de método en escalas de personalidad: la escala de autoestima de Rosenberg. *Psicológica*, 18, 269-283.

Peláez, M.A., Labrador Encinas, F.J., y Raich, R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 135-148.

Pedersen, C. A. (1997). Oxytocin control of maternal behavior: Regulation by sex steroids and offspring stimuli. *American New York Academy of Science*, 807, 126–145.

Perpiñá, C.; Botella, C. y Baños, R.M. (2006) Evaluación de los trastornos alimentarios. En V. Caballo (ed.), *Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Perry, J. C. (1982). *The Borderline Personality Disorder Scale (BPD Scale)*. Cambridge: Cambridge Hospital.

Pfohl, B., Blum, N. y Zimmerman, M. (1997). *Structured Interview for DSM-IV Personality*. Washington: American Psychiatric Press.

Pinto, C., Hemangee, S., Shobha, N., Bharati, P., y Dewan, M. (2000). Borderline personality exists in India. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 386–388.

Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H. y Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 589-599.

Pitblado, C., y Sanders, B. (1991). Reliability and short term stability of scores on the Dissociative Experiences Scale. En B. Braun (Ed.), *Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality/Dissociative States* (p. 19). Chicago, IL: Rush Presbyterian-St. Luke's Medical Center

Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E. y McGuffin, P. (2001). *Behavior genetics* (4th ed.). New York: Worth.

Prendergast, N. y McCausland, J. (2007) Dialectic behaviour therapy: a 12-month collaborative program in a local community setting. *Behaviour Change*, 24, 25–35.

Proeve, M. A. (1995). A multimodal therapy approach to treatment of Borderline Personality Disorder: a case study. *Psychological reports.*, 76, 587-592.

## R

Raine, A., Buchsbaum, M. y LaCasse, L. (1997). Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography. *Biological psychiatry*, 42, 495–508.

Raine, A., Buchsbaum, M., Stanley, J., Lottenberg, S., Abel, L. y Stoddard, J. (1994). Selective reductions in prefrontal glucose metabolism in murderers. *Biological psychiatry*, 36, 365–373.

Rathus, J. H., y Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 32, 146-157.

Reich, J., Nduaguba, M. y Yates, W. (1988). Age and sex distribution of DSM-III personality cluster traits in a community population. *Comprehensive Psychiatry*, 29(3), 298-303.

Richman y Sokolove (1992). The Experience of Aloneness, Object Representation, and Evocative Memory in Borderline and Neurotic Patients. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 77-91.

Rinne, T., Westenberg, H. G., Den Boer, J.A. y Brink van den, W: (2000). Serotonergic blunting to meta-chlorophenylpiperazine (m-CPP) highly correlates with sustained childhood abuse in impulsive and autoaggressive female borderline patients. *Biological Psychiatry*, 47, 548–556.

Riso, L. P., Klein, D. N., Anderson, R. L. y Ouimette, P. C. (2000). A family study of outpatients with borderline personality disorder and no history of mood disorder. *Journal of Personality Disorder*, 14(3), 208-217.

Ro, O., Martinsen, E., Hoffart, A., y Rosenvinge, J. (2005). Two-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 112-118.

- Rodríguez, S., Mata, J. L., Moreno, S., Fernández, M .C., y Vila, J. (2007). Mecanismos psicofisiológicos implicados en la regulación afectiva y la restricción alimentaria de mujeres con riesgo de padecer bulimia nerviosa. *Psicothema*, 19, 30-36.
- Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Rogers, J. H., Widiger, T. A. y Krupp, A. (1995). Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 268-270.
- Rolls, E. T. (2005). *Emotion Explained*. Oxford: Oxford University Press.
- Rolls, E. T., Hornak, J., Wade, D. y McGrath, J. (1994). Emotion-related learning in patients with social and emotional changes associated with frontal lobe damage. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 57, 1518–1524.
- Roller, B. y Nelson, V. (1999). Group psychotherapy treatment of borderline personalities. *International journal of group psychotherapy*, 49, 369-385.
- Ronningstam, E. y Gunderson, J. (1991). Differentiating borderline personality disorder from narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 5, 225-232.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosemberger, P.H., y Miller, G.A. (1983). Comparing borderline definitions: DSM-III borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 161-169.
- Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W. y Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 75-91.
- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., y Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: Metaanalytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat and Weight Disorders*, 5, 52-61.
- Rosowsky, E. y Gurian, B. (1991). Borderline personality disorder in late life. *Internacional Psychogeriatrics*, 3(1), 39-52.
- Ross, C.A. (1991). Epidemiology of multiple personality and dissociation. *Psychiatric Clinic of North America*, 14, 503-517.
- Ross, C.A., Norton, G.R., y Anderson, G. (1988). The Dissociative Experiences Scale: A replication study. *Dissociation*, 1, 21-22.
- Rossier, V., Bolognini, M., Plancherel, B., y Halfon, O. (2000). Sensation seeking: A personality trait characteristic of adolescent girls and young women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 8, 245–252.
- Rubio, V. y Pérez, A. (2003). *Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Elsevier.
- Ryle, A. (1997). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method*. Chichester, UK: John Wiley y Sons.
- Ryle, A., y Beard, H. (1993). The integrative effect of reformulation: Cognitive analytic therapy with a patient with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 249–258.

Ryle, A., y Golyunkina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: Factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 197–210.

Ryle, A., y Kerr, I. B. (2002). *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice*. Chichester: John Wiley & Sons.

## S

Safer, D. L., Lively, T.J., Telch, C.F., y Agras, W.S. (2001). Dialectical Behaviour Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 58, 632–634.

Saldaña, C. (2001). Tratamientos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392.

Samuels, J., Eaton, W.W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa, P.T. y Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542.

Sánchez Hervás, E. y Gradolí, V. T. (2000). Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de dependientes a opiáceos. *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*, 5, nº 1.

Sanderson, C., Swenson, C. y Bohus, M. (2002) A critique of the American psychiatric practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16, 122–129.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R.M. (1999). Escalas Panas de Afecto Positivo y Negativo: Validación Factorial y Convergencia Transcultural. *Psicothema*, 1, 37-51.

Sanislow, C.A., Grilo, C.M. y McGlashan, T.H. (1999). Factor analysis of the DSM-3 borderline personality disorder criteria in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1629-1633.

Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G.,... McGlashan, M.T. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 284–290.

Sanjuán, J., Moltó, M. D. y Rivero, O. (2005). El trastorno límite de personalidad: un enfoque darvinista. En Cervera, G., Haro, G., Martínez Raga, J. (Ed.), *El trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica* (pp. 1-385). Buenos Aires: Editorial Panamericana.

Sanjuán Suárez, P. Pérez García, A.M. y Bermúdez Moren, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 2, 509-513.

Sansone, R. A., Levitt, J. L., y Sansone, L. A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 7–22.

Sansone, R. A., Wiederman, M.W. y Sansone, L.A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI). Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 973-983.

Santiago López, S. (2001). Programa de intervención para mejorar la estabilidad emocional. *Clínica y Salud*, 12, 367-390.

Sanz, J., Navarro, M.E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 239-288.

Schmahl, C.G. y Bremner, J.D. (2006). Neuroimaging in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 419-427

Schmahl, C. G., Elzinga, B. M., Vermetten, E., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H. y Bremner, D. J. (2003). Neural correlates of memories of abandonment in women with and without borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 54, 142-151.

Schmahl, C.G., Vermetten, E., Elzinga, B.M. y Bremner, J. D. (2004). A positron emission tomography study of memories of childhood abuse in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 55, 759-765

Scogin, F.R. (2003). Introduction: the status of self-administered treatments. *Journal of clinical psychology*, 59, 247-249.

Scott, L. N., Levy, K. N., y Pincus, A. L. (2009). Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. *Journal Personality Disorders*, 23, 258-28.

Schmidt, U. y Davidson, K. (2004). *Life after self-harm*. Hove, East Sussex, England: Brunner-Routledge.

Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M., y Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? *Clinical Psychology Review*, 22, 647- 669.

Shapurian, R., y Hojat, M. (1987) Psychometric characteristics and dimensionality of a Persian version of Rosenberg Self-esteem Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 27-34.

Shear, M.K. y Maser, J.D. (1994). Standardized assessment for PD research. A conference report. *Archives of General Psychiatry*, 51,346-354.

Shedler, J., y Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1350-1365.

Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B. Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., y Rogers, R.W. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.

Siever, L. J., Buchsbaum, M. S., New, A. S., Spiegel-Cohen, J., Wei, C. T., Hazlett, E.,... Mitropoulou, V. (1999): DI-Fenfluramine response in impulsive personality disorder assessed with 18F-deoxyglucose positron emission tomography. *Neuropsychopharmacology*; 20, 413-423.

.Siever, L.J., Davis, K.L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-58.

Siever, L.J., Koenigsberg, H.W. y Reynolds, D. (2003). Neurobiology of personality disorders: implications for a neurodevelopmental model. En: Cicchetti D, Walker E. (ed), *Neurodevelopmental mechanisms in Psychopathology* (pp. 405-27). New York, NY: Cambridge University Press.

Siever, L. J., New, A. S., Kirrane, R., Novotny, S., Koenigsberg, H. W. y Grossman, R (1998). New biological research strategies for personality disorders. En Silk, K.R.

(Ed.), *Biology of Personality Disorders* (pp. 27–61). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Siever, L. J., Torgerson, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. J., y Kendler, K. S. (2002). The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*, *51*, 964–968.

Siever, L. J. y Trestman, R. L. (1993). The serotonin system and aggressive personality disorder. *International Clinical Psychopharmacology*; *8*(2), 33–39.

Silbersweig, D., Clarkin, J.F., Goldstein, M., Kernberg, O.F., Tuescher, O., Levy, K.N.,...Stern, E. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 1832-1841.

Silk, K. R. (2000). Borderline personality disorder: overview of biological factors. *Psychiatric Clin North Am*, *23*, 61–76.

Silverman, J. M., Pinkham, L., Horvath, T. B., Coccaro, E. F., Klar, H. y Schear, S.,...Siever, L. J. (1991). Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1378–1385.

Simpson, E. B., Yen, S., Costello, E., Rosen, K., Begin, A., Pistorello, J. y Pearlstein, T. (2004). Combined dialectical behaviour therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*, 379–385.

Skodol, A. E., Gunderson, G. H., Pfohl, B, Widiger, T. A., Livesley, W. H. y Siever, L. R. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, *51*, 951-963.

Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G.,Yen S,...McGlashan, T. H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive–compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, *35*, 443-451.

Skodol, A. E., Oldham, J. M. y Gallaher, P. E. (1999). Axis II Comorbidity of Substance Use Disorders Among Patients Referred for Treatment of Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 733-738.

Sneed, J. R., Balestri, M., y Belfi, B. J. (2003). The use of dialectical behavior therapy strategies in the psychiatric emergency room. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *40*, 265 -277.

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

Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M.J.,...Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 353-358.

Soloff, P. H., Lynch, K. G., y Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *16*, 201–214.

Soloff, P., Lynch, K., Kelly, T., Malone, K. y Mann, J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with mayor depressive episode and border line personality disorder: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 601-608.

Soloff, P. H., Meltzer, C. C., Greer, P. J., Constantine, D. y Kelly, T. M. (2000). A fenfluramine-activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 47, 540-47.

Sneed, J. R., Balestri, M., y Belfi, B. J. (2003). The use of dialectical behavior therapy strategies in the psychiatric emergency room. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 265 -277.

Sperry, L. (1995). *Handbook of diagnosis and treatment of the DSM-IV personality disorders*. New York: Brunner/Mazel.

Spielberger, C.D. (1996). *State-trait anger expression inventory-2 (professional manual)*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Spielberger, C. D., Goursch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo, STAI*. Madrid. TEA Ediciones

Stanley, B., y Siever, L. J. (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: Toward a neuropeptide model. *American Journal of Psychiatry*, 167, 24–39.

Steiger, H., y Stotland, S. (1996). Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II comorbidity: Long-term responses on eating and psychiatric symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 149–161.

Steinberg B. J., Trestman, R. L. y Siever, L. J. (1994). The cholinergic and noradrenergic neurotransmitter systems and affective instability in borderline personality disorder. En, Silk, K. R. (Ed.), *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder* (pp. 41–62). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Stepp, S.D. y Pilkonis, P.A. (2008). Age-Related Differences in Individual DSM Criteria for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorder*, 22, 427-432.

Stevenson, J. y Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.

Stevenson, J., Meares, R. y Comerford, A. (2003). Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 165-166.

Stevenson, J., Meares, R. y D'Angelo, R. (2005) Five-year outcome of outpatient psychotherapy with borderline patients. *Psychological Medicine*, 35, 79–87.

Stice, E. y Fairburn, C.G. (2003). Dietary and dietary depressive subtypes of bulimia nervosa show differential symptompresentation, social impairment, comorbidity, and course of illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7, 1090-1094.

Stiglmayr, C. E., Ebner-Priemer, U. W., Bretz, J., Behm, R., Mohse, M., Lammers, C. H.,... Bohus, M. (2008). Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 139–147.

Stiglmayr, C. E., Grathwoll, T., Linehan, M., Ihorst, G., Fahrenberg, J. y Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 3, 372–379.

Stiglmayr, C., Shapiro, D. A., Stieglitz, R. D., Limberger, M., y Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder-A controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 111–118.

Stone, M. H. (1989). The course of borderline personality disorder. En Tasman, A., Hales, R.F., Frances, A.J. (Ed.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (pp. 103–122). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Strober, M., Freeman, R. y Morrell, W. (1999). Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 135-142.

Swartz, M., Blazer, D., George, I. y Winfeld, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4, 257-272.

## T

Tajima, K., Diaz-Marsa, M., Montes, A., Fernandez Garcia-Andrade, R., Casado, A.,... Carrasco, J. (2009). Neuroimaging studies in borderline personality disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 123-127.

Tebartz van Elst, L., Hesslinger, B., Thiel, T., Geiger, E. Haegele, K., Lemieux, L.,... Ebert, D. (2003). Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*, 54, 163-71.

Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A. y McGreenery, C. E.. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American Journal of Psychiatry*, 163, 993–1000.

Telch, C. F., Agras, W. S. y Linehan, M. M. (2000). Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31, 569-582.

Telch, C. F., Agras, W. S. y Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.

Telch, C. F., y Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a nontreatment seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 768–776.

Thompson-Brenner, H. y Westen, D. (2005). Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a naturalistic sample. *British Journal of Psychiatry*, 186, 516–524.

Thornton, C. y Russell, J. (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 83-87.

Tobias, G., Haslam-Hopwood, G., Allen, J.G., Stein, A. y Bleiberg, E. (2006). Enhancing mentalization through psychoeducation. En Allen, J. G., Fonagy, P. (Ed.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 249-267). Chichester, England: Wiley.

Torgersen S (1984): Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders: a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 41, 546-554.



Torgersen, S. (1994). Genetics in borderline conditions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 379, 19-25.

Torgersen, S. (2000). Genetics of patients with borderline personality disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 23, 1–8.

Torgersen, S., Czajkowski, N., Jacobson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Roysamb, E., Neale, M. C.,... Kendler, K. S. (2008). Dimensional representation of DSM-IV cluster B personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: A multivariate study. *Psychological Medicine*, 11, 1617–1625.

Torgersen, S., Kringle, E. y Cramer, V. (2001). The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.

Treasure, J.L. y Schmidt, U. (2002). Anorexia nervosa. *Clinical Evidence*, 8, 903–913.

Treasure, J. y Schmidt, U. (2004). Anorexia nervosa. *Clinical Evidence*, 12, 1294-305.

Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., y Watson, D. (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 647-661.

Turner, R.M. (1989). Case study evaluation of a bio-cognitive-behavioral approach for the treatment of borderline personality disorders. *Behavior Therapy*, 20, 477-489.

Turner, R.M. (1994). Borderline, narcissistic and histrionic personality disorders. En M., Hersen y R.T., Ammerman (Ed.), *Handbook of prescriptive treatments for adults*. Nueva York: Plenum.

Turner, R. M. (2000a). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practices*, 7, 413–19.

Turkat, I.D. (1990). The personality disorders: A psychological approach to clinical management. Nueva York: Pergamon.

Tyrer, P. (2002) Practice guideline for the treatment of borderline personality disorder: a bridge too far. *Journal of Personality Disorders*, 16, 113–118.

Tyrer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., Knapp, M., Davidson, K.,...Wessely, S. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychological Medicine*, 33-969-976.

## U

Unoka, Z., Seres, I., Aspan, N., Bodi, N., y Keri, S. (2009). Trust game reveals restricted interpersonal transactions in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23, 399–409.

## V

Van den Bosch, L., Verheul, R., Schippers, G.M. y van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 2, 911–23.

Van den Bosch, L., Koeter, M., Stijnen, T., Verheul, R. y Van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231–1241.

van der Kolk, B. A., Perry, J. C., y Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1671.

van Elst, L. T., Thiel, T. y Hesslinger, B., Lieb, K., Bohus, M., Hennig, J. y Ebert, D. (2001). Subtle prefrontal neuropathology in a pilot magnetic resonance spectroscopy study in patients with borderline personality disorder. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 13, 511-514.

van Hanswijck de Jonge, P., van Furth, E. F., Lacey, J. H., y Waller, G. (2003). The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Psychological Medicine*, 33, 1311–1317.

van Reekum, R., Conway, C.A., Gansler, D., White, R. y Bachman, D.L. (1993). Neurobehavioral study of borderline personality disorder. *Journal of psychiatry and neuroscience*, 18, 121-129.

van Wel, B., Kockmann, I., Blum, N., Pfohl, B., Black, D. W., y Heesterman, W. (2006). STEPPS group treatment for borderline personality disorder in the Netherlands. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18, 63–67.

Verheul, R. (2001). Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282.

Verheul, R. y Herbrink, M. (2007). The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry*, 19, 25-38.

Verheul, R., van den Bosch, L., Koeter, M., De Ridder, M.A., Stijnen, T. y van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 135–140.

Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137–147.

Vitousek, K. M. y Stumpf, R. E. (2005). Difficulties in the assessment of personality traits and disorders in eating-disordered individuals. *Eat. Disord. J. Treat. Prevent.*, 13, 37–60.

## W

Wagner, A. W. y Linehan, M. M. (1999). Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: Implications for emotion regulation. *Journal of Personality Disorders*, 13, 329–344.

Waller, N. G., y Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 99–110.

Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-70.

Westen, D. (1990). Towards a revised theory of borderline object relations: contributions of empirical research. *The International journal of psycho-analysis*, 71, 661-693.

- Westen, D., y Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547–562.
- Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R. y Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: when depression is not just depression. *Journal of Personality Disorder*, 6, 382-393.
- Westen, D., Thompson-Brenner, H. y Peart, J. (2006). Personality and eating disorders. En Wonderlich S, Mitchell J, de Zwaan M, Steiger H. (Ed.), *Annual Review of Eating Disorders, Part 2* (pp. 84-95). Oxford, UK: Radcliffe.
- Weinberg, I., Gunderson, J.G., Hennen, J. y Cutter, C. J. (2006). Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *Journal of Personality Disorders*, 20-482-492.
- Weissman, M. M. y Markowitz, J. C. (1998). An Overview of Interpersonal Psychotherapy. En J., Markowitz, *Interpersonal Psychotherapy* (pp. 1-33). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- White, C. N., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., y Hudson, J. I. (2003). Family studies of borderline personality disorder: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11, 8–19.
- Whittington, C. J., Kendall, T., Fonagy, P., Cottrell, D., Cotgrove, A. y Boddington, E. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*, 363, 1341–1345.
- Widiger, T. A. y Frances, A. J. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. En Tasman, A., Hales, R.E., Frances, A.J. (Eds.), *Review of Psychiatry* (pp. 8-24). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Widiger, T.A. y Simonsen, E. (2005). The American Psychiatric Association's research agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19, 103-109.
- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (1993). Borderline and narcissistic personality disorders. En P. B. Sutker y H. E. Adams (Ed.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 371-394). New York: Plenum.
- Wilberg, T., Friis, S., Karterud, S., Mehlum, L., Urnes, W., Vaglum, P. (1998). Outpatient group psychotherapy: a valuable continuation treatment for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital? A 3-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 213–222.
- Wilkinson-Ryan, T. y Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 528-541.
- Wilson, T. G., Fairburn, C. G., y Agras, S. (1997). Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. En D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 67–93). New York: Guilford Press.
- Wilson, K., Gullone, E. y Moss, S. (1998). The youth version of positive and negative affect schedule: A psychometric validation. *Behavior change*, 15, 187-193.
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- Wisniewski, L. y Kelly, E. (2003). The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 131-138.

Wonderlich, S. A. (1995). Personality and eating disorders. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guilford.

Wonderlich, S. A. (1995). Personality and eating disorders. En Brownell, K.D., Fairburn, C.G. (Ed.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Textbook* (pp. 171–176). New York: Guilford.

Wonderlich, S. A. y Mitchell, J. E. (1992). Eating disorders and personality disorders. En Yager, J., Gwirtsman, H.E., Edelstein, C.K. (Ed.), *Special Problems in Managing Eating Disorders* (pp. 51–86). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slotnick, H. B., y Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating-disorders subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607–616.

Wyszynski, D. F., Nambisan, M., Surve, T., Alsdorf, R. M., Smith, C. R. y Holmes, L. B. (2005) Increased rate of major malformations in offspring exposed to valproate during pregnancy. *Neurology*, 64, 961–965.

## Y

Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., y Spitzer, R. L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472–1479.

Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., y Kernberg., O. F. (2002). A primer of transference focused psychotherapy for the borderline patient. New York: Jason Aronson.

Yehuda, R., Giller, E. L., Southwick, S. M., Lowy, M. T. y Mason, J. W. (1991). Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 30, 1031–1048.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused Therapy approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Young, J. E. (2002). Schema-focused therapy for personality disorder. En G. Simos (Ed.), *Cognitive behaviour therapy: A guide for the practicing clinician* (pp. 201–222). Sussex: Brunner-Routledge.

Young, J. E., Klosko, J., Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioners guide*. New York: Guilford Press.

## Z

Zanarini, M.C. (1993). BPD as an impulsive spectrum disorder. En J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder: etiology and treatment*, 67-85. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89–101.

Zanarini, M. C. (2003). Zanarini rating scale for borderline personality disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorder*, 17, 233–242.

Zanarini, M. C. (2004). Update on pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 6, 55–70.

Zanarini, M. C. y Frankenburg, F. R (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 93-104.

Zanarini M. C., Frankenburg, F. R., Duvo E, Sickel A, Trickha A., Levin, A. y Reynolds, V. (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J. y Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 5-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-83.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J. y Silk, K. R (2004). Axis I Comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2108-2114.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S. y Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 42, 144–50.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., y Gunderson, J. G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 177-184.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. L., y McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow nonpatient sample. *American Journal of Psychiatry*, 164, 920–935.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Sickel, A. E. y Yong, L. (1996). *The Diagnostic Interview for DSM IV Personality Disorders*. Belmont, McLean Hospital, Laboratory for the Study of Adult Development.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Yong, L., Raviola, G., Reich, D. B., Hennen, J., Hudson, J. I., y Gunderson, J. G. (2004). Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands. *Journal of Personality Disorders*, 18, 439–447.

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O. y Frankenburg, F. R. (1988). DSM-III disorders in the families of borderline out-patients. *Journal of Personality Disorder*, 2, 292–302.

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R. y Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorder*, 3, 10–18.

Zanarini, M. C., Williams, A., Lewis, R., Reich, R., Vera, S., Marino, M. F.,... Frankenburg, F. R (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101–1106.

Ziegler-Hill, V., y Abraham, J. (2006). Borderline personality features: Instability of self-esteem and affect. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 668–687.

Zimmerman, M. y Mattia, J.I. (1999): Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252.

Zimmerman, M., Ruggero, C. J., Chelminski, I., y Young, D. (2010). Psychiatric diagnoses in patients previously diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 26–31.

Zlotnick, C., Rothschild, L. y Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorder*, 16, 277-282.

Zuckerman, M., Ballenger, J. C., Jimerson, D. C., Murphy, D. L. y Post, R. M. (1983). A correlational test in humans of the biological models of sensation seeking, impulsivity, and anxiety. En Zuckerman, M. (Ed.), *Biological Basis of Sensation Seeking, Impulsivity, and Anxiety* (pp. 229-248). Hillside, NJ: Erlbaum.

## Bibliografía adicional

- Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2010). *Tratado de Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. (2004). *Manual de Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Cervera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad: Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Dimeff, L. A. y Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications Across Disorders and Settings*. New York: Guilford Press.
- Fernández Guerrero, M. J. (2007). *Trastorno Límite de la personalidad: Estudio de un concepto controvertido*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Guía de Práctica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2006). AATRM, 2006-05/01. Generalitat de Catalunya Departament de Salut.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.
- Gunderson, J. G. (2008). *Borderline Personality Disorder: A clinical Guide*. London: American Psychiatric Publishing.
- Livesley, J. W. (2001). *Handbook of Personality disorders: Theory, Research, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Marra, T. (2005). *Dialectical Behavior Therapy in Private Practice*. Oakland, Calif: New Harbinger Publications.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna (2ª edición)*. Barcelona: MASSON.
- Mosquera, D. (2004). *Diamante en Bruto (1): Un acercamiento al Trastorno Límite de la Personalidad: Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares*. Madrid: Pleyades.
- Safer, D. L., Telch, C. F. y Chen, E. Y. (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. New York: Guilford Press.
- Sansone, R. A. y Levitt, J. L. (2006). *Personality Disorders and Eating Disorders: Exploring the Frontier*. New York: Taylor & Francis.
- Semerari, A. y Dimaggio, G. (2008). *Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento*. Bilbao: Descleé de Brouwer.





## V. ANEXOS



## Anexo 1. Consentimiento informado



### HOJA DE CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos:

.....  
.....

El objetivo de este proyecto de investigación es avanzar en el estudio y el tratamiento de los trastornos psicológicos.

Para conseguir los objetivos de este proyecto pedimos la colaboración voluntaria y anónima de todas aquellas personas interesadas en rellenar los cuestionarios del protocolo de evaluación con el fin de determinar la eficacia del tratamiento recibido.

El/La abajo firmante acepta que, salvaguardando siempre su derecho a la intimidad y al anonimato, los datos que se puedan derivar de la evaluación puedan ser utilizados para la investigación científica.

Asimismo, el/la abajo firmante podrá cambiar de opinión respecto a la utilización de estos datos para la investigación en cualquier momento del proceso de evaluación o tratamiento.

El interesado/a

La investigadora principal del proyecto

Profesora Azucena García  
Universitat Jaume I

En ....., a ..... de ..... de




## Anexo 2. Instrumentos diagnósticos

# ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL EJE II DEL DSM-IV

# SCID-II

Michael B. First  
Miriam Gibbon  
Robert L. Spitzer  
Janet B. W. Williams  
Lorna Smith Benjamin

 MASSON

## ENTREVISTA DE TA.

(Perpiñá et al, 2006)

Nombre:

Fecha:

### HISTORIA DEL PESO.

1.- ¿Alguno de tus familiares ha tenido problemas con el peso?

(Especificar tanto por exceso como por defecto)

SI	NO
----	----

EXCESO	INFRA
--------	-------

2.- ¿Cómo era tu peso en la infancia?. Eras una niña gordita/delgaducha/normal

2.1. ¿Y en la adolescencia?

3.- ¿Peso/Altura/edad en la primera regla?

4.- Actualmente, ¿Tus períodos menstruales son regulares?. Si no es así, ¿Cuándo dejaste de tener la regla? (Explorar si toma anticonceptivos)

5.- Con la altura actual ¿Cuánto ha sido lo que más has pesado?

¿Cuándo?

¿A raíz de qué? ¿Hay alguna razón para ello? -Explorar estilo de vida-

5.1.- ¿Intentaste adelgazar en ese momento? ¿Cómo?

5.2.- Después de ello ¿ganaste peso? Cuánto (periodo de tiempo) Por qué

¿Ha habido más oscilaciones?

6.- Con la altura actual ¿Cuánto ha sido lo que menos has pesado?

¿Cuándo?

¿Cómo?

6.1. ¿Recuerdas algún acontecimiento clave en tu vida en ese momento? ¿Porque decidiste perder peso?

7.- ¿Cuál sería tu reacción si perdieras:?

1 kilo

2 kilos

5 kilos

7.1 - ¿Cuál si ganaras?

1 kilo

2 kilos

5 kilos

8.- Tal y como estás ahora, ¿Te gusta tu cuerpo? ¿Por qué?



8.1.- ¿Qué piensas, qué sientes sobre el hecho de estar gorda?  
¿Piensas que ahora estas gorda (explorar si se "siente gorda")?

9.- ¿En qué zonas de tu cuerpo te gustaría estar más delgada?

10.- ¿En qué medida estas satisfecha con tu peso actual? (Si el peso no les importa, retomar pregunta 8, o cambiar peso por cuerpo)

11.- ¿Crees que has perdido mucho peso? (o en su caso has ganado mucho peso)

12.- ¿Cuál sería tu peso ideal?

12.1 ¿En qué te basas para decir que ese sería tu peso ideal?

¿Crees que con ese peso te encontrarías mejor (física, estéticamente)?

13.- ¿Cuáles serían tus pesos límites?

lo mínimo que estarías dispuesta a pesar

lo máximo que estarías dispuesta a pesar

14.- ¿Qué actitud tiene tu familia con el peso y la apariencia corporal? Los más próximos (Matizar antes/después de empezar a perder peso)

15.- ¿Qué comentarios te molestan que hagan los demás sobre tu cuerpo?

15.1. ¿Hay gente que diga que estas gorda? ¿Quiénes son? ¿Han dicho eso en el pasado? ¿quiénes eran?

16.- ¿Te pesas? ¿Con qué frecuencia? (Matizar pasado/presente, si es que ya no se pesa o no se pesaba antes).

¿Cuándo sentiste la necesidad de pesarte?

17.- ¿Qué es lo que piensas cuando te pesas? (Matizar antes/después del acto de pesarse)

18.- ¿Te gusta mirarte al espejo (explorar si utiliza marcadores: costillas, rodillas, tripa...)

19.- ¿Te gusta que tu ropa te quede ceñida? (Explorar si utiliza la ropa como marcador. Dar ejemplos)

20.- ¿Llevas una vida muy activa? Cuéntame qué haces un día normal

¿Y antes? (de empezar a preocuparte tanto por tu peso)

21.- ¿Practicar algún ejercicio? (incluido andar o bailar) ¿Cuál, con qué frecuencia, durante cuánto tiempo?

22.- Cuando haces ejercicio, ¿piensas en las calorías que estás quemando?

23.- ¿Te sientes cansada después del ejercicio?

24.- ¿Te notas más débil después de tu pérdida de peso?

25.- ¿Sientes que has perdido control sobre tu cuerpo? ¿Cómo vives esa pérdida de control, en qué lo notas?

-¿Cuándo te diste cuenta de que habías perdido el control?

## HISTORIA DE HABITOS ALIMENTARIOS

1.- ¿Como describirías tu apetito antes de ahora? (Escaso, normal, exagerado?)

2.- ¿Eras una niña remilgada, delicada para comer?

3.- Habitualmente cuántas comidas al día hacías?

desayuno/almuerzo/comida/sobremesa/merienda/cena/antes de dormir/durante la noche

4.- ¿Cuántas veces te has puesto a régimen o has intentado restringir tus comidas para controlar tu peso?

En qué consistían?

5.- Hay alguna situación o factor en el que parecía incrementarse o decrecer tus períodos de restricción? (Poner ejemplos: exámenes, enfados...)

6.- Dirías que tu apetito es escaso, normal, exagerado (Antes/ahora).

7.- Descríbeme las comidas de un día normal antes de ir al centro de salud (antes de iniciar intervención) (En su caso, qué comiste ayer)

- Sabes cuántas calorías ingerías por día?

8.- Dirías que tu patrón de alimentación ha cambiado en cantidad o CALIDAD

8.1 Qué alimentos evitas en tus comidas. Formas de preparación (poner ejemplos)

8.2 Qué reacción emocional tienes cuando comes esos alimentos "prohibidos" (culpable, nerviosa...)

9.- Temes perder el control sobre lo que comes, por ejemplo comer dos pastelitos en vez de uno o comer más de lo que pensabas? - atracones subjetivos-

¿Alguna vez lo has perdido. Descripción (preguntar por pensamientos, sentimientos, situación. Ejemplo de un episodio

Antes:

Durante:

Después:

Con qué frecuencia te pasa?

10.- ¿Te has "atracado" de comida alguna vez? -comer bastante cantidad de comida en poco tiempo-.

10.1 Con qué tipo de alimentos

10.2 Dónde ocurre

10.3 Qué ocurre

10.4 Qué emociones -estado de ánimo antes- /factores le preceden

10.5 Qué es lo que hace que pares de comer

10.6 Cuándo comenzaron los atracones

10.7 Frecuencia a la semana/mes

10.7 Qué hace que aumente/disminuyan su frecuencia

10.8 Cómo te sientes después

10.9 Qué haces después (purgas/ejercicio/ayuno posteriores)

11.- Si consideras que tienes control sobre la comida. Crees que es un logro. Te sientes orgullosa o feliz por ello ¿por qué?

12.- Has intentado alguna vez vomitar (cuándo, ingesta normal o atracón). Frecuencia.

¿El hecho de vomitar es un problema para ti?

¿Has usado alguna vez fármacos que te ayuden a vomitar?

¿Te has metido los dedos para poder vomitar?

¿Qué sientes antes de vomitar? ¿Y después de vomitar?

¿Qué sentimientos o acontecimientos te provocan que vomites?

¿Cuándo comenzaste a vomitar?

¿Con qué frecuencia vomitas?

¿Por qué vomitas?



¿Vomitas después de las comidas o de los atracones o sólo después de comer ciertos tipos de alimentos?

¿Cuándo fue la última vez que te provocaste el vómito?

¿Hay algún método que hayas descubierto para no vomitar aunque tengas ganas de hacerlo?

13.- Has tomado diuréticos (herbolarios), laxantes o supresores del apetito? Cuándo. Cantidad. Frecuencia.

14.- Has hecho ejercicio para quemar calorías? Cuándo. Duración. Frecuencia.

15.- (En caso de que ya esté en tratamiento) Descríbeme las comidas de un día normal de ahora ¿Qué comiste ayer?

- Sabes cuántas calorías ingieres por día?

16.- ¿Te sientes hinchada después de comer? -cualquier ingesta, ingesta particular

17.- Has tenido historia de estreñimiento

Lo estás ahora

18.- ¿Prefieres comer con o sin compañía? ¿Por qué?

19.- ¿Con quién comes habitualmente?

19.1 Conocen ellos tus problemas de comida

20.-¿Qué comentarios te molestan?

21.- En qué piensas, qué sientes cuando estás comiendo? (explorar culpa/disgusto aunque sea una comida normal)

22.- ¿Cómo comes? ¿Cuánto tiempo inviertes en comer?:

Deprisa/despacio

Masticas mucho/poco las porciones

Tomas bocados grandes/pequeños

Hay poco/mucho tiempo entre bocado y bocado

Cortas tu comida en trozos pequeños

Escondes alimentos con algún propósito

23.- Piensas en la comida a lo largo del día (Ptos intrusivos). Le dedicas demasiado tiempo a pensar en la comida?

24.- Picas entre comidas ¿te gustaría hacerlo?

25.- ¿Te gusta hacer la compra?

26.- Te gusta guisar para otros?

### **AREA SOCIAL**

1.- ¿Cómo calificarías tu vida social (frecuencia de contactos sociales):nula/moderada/intensa

2.- ¿Tienes dificultades en tus relaciones sociales?

3.- ¿Evitas salir con tus amigos para no ponerte en evidencia, para que no te observen? ¿Por qué?

4.- ¿Tienes más o menos amigos que antes?

5.- ¿Sales más o menos que antes?

6.- ¿Qué actividad haces durante el fin de semana? Casa, fuera de casa.

7.- ¿En qué empleas tu tiempo libre?

## **AUTOESTIMA**

1.- Coméntame aspectos positivos sobre ti

2.- Coméntame aspectos negativos sobre ti

3.- Coméntame aspectos que te gustaría tener (y no tienes)



## **Anexo 3. Medidas clínicas relevantes**

### **DATOS DEMOGRÁFICOS**

NOMBRE EVALUADOR:

NOMBRE PACIENTE:

CÓDIGO:

EDAD: SEXO: OCUPACIÓN:

NIVEL DE ESTUDIOS:

ESTADO CIVIL:

### **DIAGNÓSTICO DSM-IV**

EJE I:

EJE II:

EJE III:

EJE IV:

EJE V:

DURACIÓN APROXIMADA DEL TRASTORNO/S EN AÑOS:

### **ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE**

Tratamientos psicológicos anteriores y duración:

.....

.....

.....

.....

....

Tratamiento farmacológico actual y duración:

.....  
.....  
.....  
.....

Nº de ingresos hospitalarios totales: .....En los últimos seis meses: .....

Nº de intentos de suicidio totales: .....En los últimos seis meses: .....

Nº de conductas parasuicidas en los últimos 6 meses: ..... En el último año:

Uso de tóxicos: SI NO Tipo: ..... Frecuencia de uso: .....

Conductas desadaptativas de regulación del afecto (enumerar y frecuencia de cada conducta):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**GRAVEDAD PERCIBIDA POR EL CLÍNICO**

Teniendo en cuenta la información recabada en la evaluación, evaluaría la gravedad de este paciente como:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sin		Leve		Moderada		Grave		Muy
síntomas								grave

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE**

.....

.....

.....

.....

.....



## Anexo 4. Medidas de autoinforme

<b>BDI-II</b>	FECHA:
---------------	--------

Nombre:.....Edad:.....Sexo:.....  
 Estado Civil:.....Profesión:.....Estudios:.....

**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste habitualmente.          1 Me siento triste gran parte del tiempo.          2 Me siento triste continuamente.          3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro.          1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.          2 No espero que las cosas mejoren.          3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p><b>3. Sentimientos de Fracaso</b></p> <p>0 No me siento fracasado.          1 He fracasado más de lo que debería.          2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.          3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.          1 No disfruto de las cosas tanto como antes.          2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.          3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>0 No me siento especialmente culpable.          1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.          2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.          3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p><b>6. Sentimientos de castigo</b></p> <p>0 No siento que esté siendo castigado.          1 Siento que puedo ser castigado.          2 Espero ser castigado.          3 Siento que estoy siendo castigado</p> <p><b>7. Insatisfacción con uno mismo.</b></p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.          1 He perdido confianza en mí mismo.          2 Estoy decepcionado conmigo mismo.          3 No me gusta.</p> <p><b>8. Auto-Críticas</b></p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes.          1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.          2 Critico todos mis defectos.          3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</b></p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.          1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.          2 Me gustaría suicidarme.          3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.          1 Lloro más de lo que solía hacerlo.          2 Lloro por cualquier cosa.          3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
--	---

\_\_\_\_\_ Puntuación Página 1

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE⇒**

Copyright © por Aaron Beck y The Psychological Corporation. Adaptación española: J. Sanz, M.E. Navarro y C. Vázquez. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

<p><b>11. Agitación</b></p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.                      1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.                      2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.                      3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p><b>12. Pérdida de Interés</b></p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.                      1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.                      2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.                      3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre.                      1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.                      2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.                      3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Inutilidad</b></p> <p>0 No me siento inútil.                      1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.                      2 Me siento inútil en comparación con otras personas.                      3 Me siento completamente inútil.</p> <p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.                      1 Tengo menos energía de la que solía tener.                      2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.                      3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambios en el Patrón de Sueño.</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.                      1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.                      2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.                      3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual.                      1 Estoy más irritable de lo habitual.                      2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.                      3 Estoy irritable continuamente.</p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.                      1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.                      2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a He perdido completamente el apetito.                      3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.                      1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.                      2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.                      3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.                      1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.                      2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.                      3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p><b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b></p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.                      1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.                      2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.                      3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
--	---

\_\_\_\_\_ Puntuación Página 1

\_\_\_\_\_ Puntuación Página 2

\_\_\_\_\_ PUNTUACIÓN TOTAL (Págs. 1+2)

## CUESTIONARIO DE ANSIEDAD

### RASGO

Spielberger, Gorusch y Lushene (1970)

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO ..... MESES

Código: .....	Fecha: .....
Edad:.....	Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Entrevistador .....	

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	<i>CASI</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>CASI</i>
	<i>NUNCA</i>	<i>VECES</i>	<i>MENUDO</i>	<i>SIEMPRE</i>
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansado	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13. Me siento seguro	0	1	2	3
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades.	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
16. Estoy satisfecho	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

**CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA**  
(Rosenberg, 1965)

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO ..... MESES

Código: ..... Fecha: ..... Edad: .....

Género  Mujer  Hombre      Entrevistador: .....

La siguiente lista consiste en una serie de frases que se refieren a Ud. y a su forma de pensar. Para cada frase existen cuatro alternativas de respuesta. Elija, por favor, aquella con la que esté sinceramente de acuerdo y rodéela con un círculo.

1. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.
  1. estoy muy de acuerdo
  2. estoy de acuerdo
  3. no estoy de acuerdo
  4. estoy muy en desacuerdo
  
2. Creo tener varias cualidades buenas
  1. estoy muy de acuerdo
  2. estoy de acuerdo
  3. no estoy de acuerdo
  4. estoy muy en desacuerdo
  
3. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso.
  1. estoy muy de acuerdo
  2. estoy de acuerdo
  3. no estoy de acuerdo
  4. estoy muy en desacuerdo
  
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas.
  1. estoy muy de acuerdo
  2. estoy de acuerdo
  3. no estoy de acuerdo
  4. estoy muy en desacuerdo
  
5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme.
  1. estoy muy de acuerdo
  2. estoy de acuerdo
  3. no estoy de acuerdo
  4. estoy muy en desacuerdo

6. Asumo una actitud positiva hacia mí mismo.
  1. estoy muy de acuerdo
  2. estoy de acuerdo
  3. no estoy de acuerdo
  4. estoy muy en desacuerdo
  
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.
  1. estoy muy de acuerdo
  2. estoy de acuerdo
  3. no estoy de acuerdo
  4. estoy muy en desacuerdo
  
8. Desearía sentir más aprecio por mí mismo.
  1. estoy muy de acuerdo
  2. estoy de acuerdo
  3. no estoy de acuerdo
  4. estoy muy en desacuerdo
  
9. A veces me siento realmente inútil.
  1. estoy muy de acuerdo
  2. estoy de acuerdo
  3. no estoy de acuerdo
  4. estoy muy en desacuerdo
  
10. A veces pienso que no sirvo para nada.
  1. estoy muy de acuerdo
  2. estoy de acuerdo
  3. no estoy de acuerdo
  4. estoy muy en desacuerdo

**ESCALA GENERAL DE AUTOEFICACIA**  
 Sherer, Maddux, Mercandante,  
 Prentice-Dunn, Jacobs y Rogers  
 (1982)

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO ..... MESES

Código: ..... Fecha: ..... Edad: .....  
 Género  Mujer  Hombre Entrevistador:  
 .....

INICIATIVA=
ESFUERZO=
PERSISTENCIA=

Conteste rodeando con un círculo la alternativa (0, 1, 2, 3, 4) que mejor refleje la frecuencia con la que se dan en usted cada una de las siguientes formas de afrontar problemas, teniendo en cuenta la siguiente gradación:

0	1	2	3	4
Nunca me ocurre	Me ocurre alguna vez	Me ocurre bastantes veces	Me ocurre muchas veces	Siempre me ocurre

1. Si algo parece muy complicado ni siquiera me molesto en intentarlo	0	1	2	3	4
2. Evito tratar de aprender cosas nuevas cuando parecen demasiado difíciles	0	1	2	3	4
3. Cuando intento aprender algo nuevo, enseguida desisto si no tengo éxito pronto	0	1	2	3	4
4. Cuando hago planes estoy seguro de que puedo cumplirlos	0	1	2	3	4
5. Si no puedo hacer un trabajo a la primera, sigo intentándolo hasta que lo consigo	0	1	2	3	4
6. Cuando tengo que hacer algo desagradable me dedico a ello hasta que lo acabo	0	1	2	3	4
7. Cuando decido hacer algo enseguida me pongo a ello	0	1	2	3	4
8. El fracaso hace que lo intente con más fuerza	0	1	2	3	4
9. Cuando me marco metas importantes para mí raramente las consigo	0	1	2	3	4
10. No me siento capaz de enfrentarme a la mayoría de los problemas que acontecen en mi vida	0	1	2	3	4
11. Cuando aparecen problemas inesperados, no los manejo muy bien	0	1	2	3	4
12. Me siento inseguro acerca de mi capacidad para hacer cosas	0	1	2	3	4



**DES II**

Carlson, Ph.D. y Putnam  
traducción de A. Martínez-Taboas,  
modificada a porcentajes y con  
correcciones por Etzel Cardeña,  
Ph.D., (1997)

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO .....  
MESES

Código: .....	Fecha .....	Edad .....
Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Entrevistador: .....	

En este cuestionario hay 28 preguntas sobre experiencias que pueden pasarle en la vida diaria. Estamos interesados en saber cuán a menudo tiene usted estas experiencias. Es importante, sin embargo, que con sus respuestas nos deje saber la frecuencia con que tiene estas experiencias cuando no está bajo el efecto del alcohol o las drogas.

Para contestar las preguntas por favor determine en qué medida la experiencia descrita en la pregunta le ocurre a usted y marque el porcentaje apropiado, como muestra el siguiente ejemplo. Por ejemplo:

0%   10%   20%   30%   40%   50%   60%   70%   80%   90%

100%

1- Algunas personas tienen la experiencia de estar conduciendo un automóvil y de repente se dan cuenta de que no recuerdan lo que ha sucedido durante todo o parte del viaje. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0%   10%   20%   30%   40%   50%   60%   70%   80%   90%

100%

2- Algunas personas encuentran que hay veces que escuchan a alguien hablar y de repente se dan cuenta de que no escucharon parte o nada de lo que se dijo, o que no oyeron la conversación completa. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0%   10%   20%   30%   40%   50%   60%   70%   80%   90%

100%

3- Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse en un lugar y no tener idea alguna de cómo llegaron hasta allí. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

4- Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse vestidas con ropa que no recuerdan haberse puesto. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

5- Algunas personas tienen la experiencia de encontrar objetos nuevos entre sus pertenencias que no recuerdan haber comprado. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

6- Algunas personas tienen la experiencia de que se les acercan personas que no conocen y que los llaman por otro nombre o insisten en conocerlos anteriormente. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

7- Algunas personas tienen la experiencia de sentir como si se encontraran al lado de sí mismas o se miraran a sí mismas, del mismo modo que si otra persona las estuviera mirando. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

8- A algunas personas se les dice que a veces no reconocen a sus amigos o familiares. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

9- Algunas personas se dan cuenta de que no recuerdan algunos eventos importantes en su vida (por ejemplo, su boda, graduación, o nacimiento del primer bebé). Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

10- Algunas personas tienen la experiencia de haber sido acusadas de mentir cuando están convencidas de que no han mentido. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

11- Algunas personas tienen la experiencia de mirarse al espejo y no poder reconocerse. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

12- Algunas personas tienen la experiencia de sentir que las personas, los objetos y el mundo que las rodea no son reales. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

13- Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su propio cuerpo no les pertenece. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

14- Algunas personas tienen la experiencia de recordar un evento pasado tan intensa y vívidamente que sienten como si lo estuvieran viviendo otra vez. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

15- Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguras si cosas que recuerdan haberles pasado les sucedieron en realidad o si tal vez solamente las soñaron. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

16- Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar conocido y sin embargo encuentran el lugar como extraño y desconocido. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

17- Algunas personas tienen la experiencia de que cuando están viendo la televisión o una película en el cine, se absorben tanto en la historia que no se dan cuenta de otras cosas que pasan a su alrededor. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

18- Algunas personas encuentran que se pueden embeber tanto en una fantasía o en un soñar despierto que sienten como si lo que se imaginan les estuviera sucediendo en realidad. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

19- Algunas personas se dan cuenta de que hay veces que pueden ignorar el dolor físico. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

20- Algunas personas se dan cuenta de que hay veces que se encuentran sentadas contemplando el vacío, pensando en nada, y sin darse cuenta del tiempo que pasa. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

21- Algunas personas en ocasiones se dan cuenta que cuando se encuentran solas, se hablan a sí mismas en voz alta. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

22- Algunas personas se dan cuenta de que en ciertas situaciones actúan de una manera tan distinta a como actúan en otras situaciones que se sienten casi como si fueran dos personas distintas. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

23- Algunas personas a veces se dan cuenta de que en ciertas situaciones pueden hacer cosas con sorprendente facilidad y naturalidad, cosas que en condiciones

normales les serían difíciles de realizar (por ejemplo, en el deporte, en el trabajo, en situaciones sociales). Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

24- Algunas personas a veces se percatan de que no recuerdan si han hecho algo o si simplemente pensaron en hacerlo (por ejemplo, no saben si enviaron una carta o simplemente pensaron en mandarla). Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

25- Algunas personas encuentran evidencia de que hicieron cosas que no recuerdan haber hecho. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

26- Algunas personas a veces encuentran escritos, dibujos o notas dentro de sus pertenencias que hicieron ellas mismas pero no recuerdan haberlas hecho. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

27- Algunas personas a veces se percatan de que escuchan voces dentro de su cabeza que les dicen que hagan cosas o comentan sobre lo que la persona está haciendo. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

28- Algunas personas a veces se sienten como si estuvieran mirando al mundo a través de una neblina, de tal manera que las personas y los objetos parecen lejanos o poco claros. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

## STAXI – 2

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO: ..... MESES

Código: ..... Fecha: ..... Edad: ..... Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre      Entrevistador: .....
---

A continuación se presentan unas afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Marque la opción que mejor indique **COMO SE SIENTE AHORA MISMO**

		No, en absoluto	Algo	Moderadamente	Mucho
1	Estoy furioso	A	B	C	D
2	Me siento irritado	A	B	C	D
3	Me siento enfadado	A	B	C	D
4	Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5	Estoy quemado	A	B	C	D
6	Me gustaría decir tacos	A	B	C	D
7	Estoy cabreado	A	B	C	D
8	Daría puñetazos a la pared	A	B	C	D
9	Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10	Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11	Quiero romper algo	A	B	C	D
12	Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13	Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14	Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15	Me gustaría echarle la bronca a alguien	A	B	C	D

A continuación se presentan unas afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Marque la opción que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE**

		No, en absoluto	Algo	Moderadamente	Mucho
16	Me caliento rápidamente	A	B	C	D
17	Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
18	Soy una persona exaltada	A	B	C	D
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20	Tiendo a perder los nervios	A	B	C	D
21	ME pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22	Me pongo furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23	Me cabreo con facilidad	A	B	C	D
24	Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D
25	Me enfado cuando me tratan injustamente	A	B	C	D

A continuación se presentan unas afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Marque la opción que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO**

		No, en absoluto	Algo	Moderadamente	Mucho
26	Controlo mi temperamento	A	B	C	D
27	Espreso mi ira	A	B	C	D
28	Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29	Hago comentarios irónicos de los demás	A	B	C	D
30	Mantengo la calma	A	B	C	D
31	Hago cosas como dar portazos	A	B	C	D
32	Ardo por dentro aunque no lo demuestro	A	B	C	D
33	Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34	Discuto con los demás	A	B	C	D
35	Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36	Puedo controlarme y no perder los estribos	A	B	C	D
37	Estoy más enfadado de lo que queiro admitir	A	B	C	D
38	Digo barbaridades	A	B	C	D
39	Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40	Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41	Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42	Rehuyo encararme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43	Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	A	B	C	D
44	Respiro profundo y me relajo	A	B	C	D
45	Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46	Trato de relajarme	A	B	C	D
47	Hago algo sosegado para calmarme	A	B	C	D
48	Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49	Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D



**ESCALA DE  
AFECTO NEGATIVO  
Y POSITIVO**

(Watson, Clark y  
Tellegen, 1988)

- EVALUACIÓN INICIA
- SEGUNDA EVALUAC
- FINAL DE TRATAMIE
- SEGUIMIENTO
- ..... MESES

Código: .....		Fecha: .....		Edad: .....	
Género		<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Hombre
Entrevistador:.....					
				Positivo=	
				Negativo=	

A continuación se indican una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas y conteste hasta qué punto Ud. suele sentirse HABITUALMENTE de la forma que indica cada expresión.

Generalmente **me siento**:

	NADA				
	O UN		BASTANTE MUCHO MUCHÍSIMO		
	CASI	POCO			
	NADA				
21. Interesado/a	1	2	3	4	5
22. Tenso/a o estresado/a	1	2	3	4	5
23. Animado/a, emocionado/a	1	2	3	4	5
24. Disgustado/a o molesto/a	1	2	3	4	5
25. Enérgico/a, con vitalidad	1	2	3	4	5
26. Culpable	1	2	3	4	5
27. Asustado/a	1	2	3	4	5
28. Enojado/a	1	2	3	4	5
29. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
30. Orgullosa/a de algo, satisfecho/a	1	2	3	4	5
31. Irritable o malhumorado/a	1	2	3	4	5
32. Dispuesto/a, despejado/a	1	2	3	4	5
33. Avergonzado/a	1	2	3	4	5
34. Inspirado/a	1	2	3	4	5
35. Nervioso/a	1	2	3	4	5
36. Decidido/a o atrevido/a	1	2	3	4	5
37. Atento/a, esmerado/a	1	2	3	4	5
38. Intranquilo/a o preocupado/a	1	2	3	4	5
39. Activo/a	1	2	3	4	5
40. Temeroso/a, con miedo	1	2	3	4	5

**ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA**

Mezzich, Cohen y Ruipérez (1999)

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO  
..... MESES

Código: ..... Fecha: ..... Edad: .....

Género  Mujer  Hombre Entrevistador: .....

Puntuación media= \_\_\_\_.

**Instrucciones:** Por favor, indique cuál es su nivel de salud y calidad de vida en la actualidad, de "mala" a "excelente", marcando con una X uno de los diez puntos que aparecen en cada una de las siguientes escalas:

1. **Bienestar físico** (sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos)
 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo	Regular			Bueno			Excelente		
  
2. **Bienestar psicológico/emocional** (sentirse bien consigo mismo)
 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo	Regular			Bueno			Excelente		
  
3. **Autocuidado y funcionamiento independiente** (desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones)
 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo	Regular			Bueno			Excelente		
  
4. **Funcionamiento ocupacional** (desempeñar su trabajo, tareas escolares y tareas domésticas)
 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo	Regular			Bueno			Excelente		
  
5. **Funcionamiento interpersonal** (relacionarse bien con la familia, amigos y grupos)
 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo	Regular			Bueno			Excelente		

6. **Apoyo social-emocional** (disponer de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno		Excelente	

7. **Apoyo comunitario y de servicios** (vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno		Excelente	

8. **Plenitud personal** (sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad, disfrute sexual, de las artes, etc.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno		Excelente	

9. **Plenitud espiritual** (sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia más allá de la vida material ordinaria).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno		Excelente	

10. **Percepción global de calidad de vida** (sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno		Excelente	



## Emotion Regulation Questionnaire

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO .....  
MESES

NOMBRE.....

FECHA.....

Nos gustaría hacerte algunas preguntas acerca de tu vida emocional, en particular, acerca de cómo controlas (es decir, de cómo regulas y manejas) tus emociones. Las frases que te presentamos hacen referencia a dos aspectos distintos de tu vida emocional. Uno es tu experiencia emocional, es decir cómo te sientes interiormente. El otro aspecto es tu expresión emocional, es decir cómo se demuestran tus emociones en tu manera de hablar, de gesticular o de comportarte. Aunque algunas de las frases pueden parecer muy similares entre sí, se diferencian en aspectos importantes. Responde a cada una de ellas utilizando la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6 7
Totalmente en desacuerdo			Neutro		Totalmente de acuerdo

- \_\_ 1. Cuando quiero sentir más intensamente una emoción *positiva* (como alegría o felicidad) *cambio lo que estoy pensando*.
- \_\_ 2. Me reservo mis emociones para mi mismo.
- \_\_ 3. Cuando quiero sentir menos intensamente una emoción *negativa* (como tristeza o enfado) *cambio lo que estoy pensando*.
- \_\_ 4. Cuando tengo emociones *positivas*, pongo mucho cuidado en no expresarlas.
- \_\_ 5. Cuando me enfrento a una situación estresante, intento *pensar sobre esa situación* de una forma que me ayude a mantener la calma.
- \_\_ 6. Controlo mis emociones, *no expresándolas*.
- \_\_ 7. Cuando quiero sentir más intensamente una emoción *positiva*, *cambio mi manera de pensar* acerca de la situación.
- \_\_ 8. Controlo mis emociones *cambiando mi manera de pensar* acerca de la situación en la que estoy.
- \_\_ 9. Cuando siento emociones *negativas*, me aseguro de no expresarlas.
- \_\_ 10. Cuando quiero sentir con menor intensidad una emoción *negativa*, *cambio mi manera de pensar* acerca de esa situación.

# Anexo 5. Programa de entrenamiento en habilidades

## 1. Orientación al entrenamiento en habilidades

### Sesión 1

#### 1. Objetivos:

- Presentación de los terapeutas y de los pacientes.
- Orientación sobre la estructura de la terapia: Formato, normas, horarios, etc.
- Orientación hacia la terapia dialéctico-comportamental y hacia las metas del entrenamiento en habilidades.

#### 2. Contenidos de la sesión:

- Revisar hojas de consentimiento.
- Presentación de los miembros del grupo.
- Metas generales de la terapia: aprender y poner en práctica habilidades que nos permitan funcionar mejor, es decir, sentir, comportarnos y pensar de forma que no nos cause problemas y sufrimiento.
- Metas del entrenamiento en habilidades.

#### Disminuir:

- Problemas interpersonales
- Problemas emocionales
- Inhibición/Impulsividad
- Confusión sobre uno mismo, problemas de pensamiento

#### Aumentar:

- Habilidades de efectividad interpersonal
- Habilidades de regulación emocional
- Habilidades de tolerancia al malestar
- Habilidades de atención plena
- Formato del entrenamiento en habilidades.

## 2. Modulo Habilidades Toma Conciencia

### Sesión 2

1. Objetivo: Introducción al entrenamiento en habilidades de toma de conciencia.

2. Contenido de la sesión:

- Orientación hacia el entrenamiento en habilidades de atención plena
- Estados de la mente: racional, emocional y sabia.
- Técnicas Qué: a) Observar; b) Describir; c) Participar de la experiencia.

3. Tarea para casa:

- Entregar el Diario de Entrenamiento en habilidades de atención plena.
- Explicar diario y elegir ejercicios para que los pacientes os puedan realizar.
- Intentar elegir ejercicios que estén integrados en las actividades cotidianas de los pacientes (p. ej., ducharse, tomar café, etc.).

### Sesión 3

1. Objetivo: Introducción al entrenamiento en habilidades de atención plena (continuación).

2. Contenido de la sesión:

- Recordar brevemente la orientación hacia el entrenamiento en habilidades de atención plena y revisar práctica.
- Técnicas Cómo:
  - No juzgar
  - Hacer las cosas de una en una
  - Con eficacia
- Resumir técnicas de atención plena.

3. Tarea: Entregar hoja con resumen de técnicas CÓMO. Entregar diario de atención plena. Explicar diario y elegir ejercicios para que los pacientes los puedan realizar e integrar en su vida cotidiana (tomar café, ducharse, caminar, etc.).

### **Sesión 4**

1. Objetivos: Práctica de las habilidades de atención plena (continuación).

2. Contenido de la sesión:

- Recordar brevemente la orientación hacia el entrenamiento en habilidades de atención plena y revisar práctica.
- Realizar ejercicios de atención plena en sesión con el fin de practicar.

3. Tarea para casa: Atención plena en la vida cotidiana: Elegir alguno de los ejercicios realizados en sesión para que las pacientes los practiquen en su vida cotidiana. Se pueden elegir actividades que las pacientes realicen a diario para que sea más fácil incorporar la conciencia plena: ducharse, cocinar, escuchar música, etc.

### **3. Modulo Habilidades Regulación Emocional**

#### **Sesión 5**

1. Objetivo: Introducción al entrenamiento en habilidades de regulación emocional

2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena: recordar brevemente la orientación hacia el entrenamiento en habilidades de atención plena y revisar práctica.
- Introducir habilidades de REGULACIÓN EMOCIONAL: Base lógica:
  - Comprender las emociones propias.
  - Reducir la vulnerabilidad emocional.
  - Disminuir el sufrimiento emocional.
- Describir dos tipos de experiencia emocional.
- Describir el papel de las emociones en la vida de las personas.

3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.
- Leer hoja de objetivos del entrenamiento en regulación emocional.
- Leer hojas ¿Para qué sirven las emociones?

4. Realizar un ejercicio de atención plena.

### **Sesión 6**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional
2. Contenido de la sesión:
  - Revisar práctica de atención plena:
  - Recordar la base lógica de las habilidades de REGULACIÓN EMOCIONAL:
  - Comentar las hojas que se entregaron la semana pasada: ¿Para qué sirven las emociones?
  - Ejercicio: Mitos acerca de las emociones.
3. Tareas para casa:
  - Practicar atención plena.
  - Leer argumentos en contra de los mitos acerca de las emociones.

### **Sesión 7**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional
2. Contenido de la sesión:
  - Revisar práctica de atención plena.
  - Recordar la base lógica de las habilidades de regulación emocional
  - Presentar una teoría sobre las emociones:
    - Emociones primarias.
    - Las emociones van asociadas a conductas.
    - Las emociones son más complejas de lo que pensamos, experimentar una emoción supone un patrón de respuestas complejo con varios componentes.
    - Las emociones van y vienen. Son como olas en el mar. La mayoría de las emociones duran segundos o minutos.
    - Por otro lado, las emociones se pueden retroalimentar. Una vez se disparan, pueden “alimentarse” y durar más tiempo. Es lo que llamamos estado de ánimo.
  - Revisar y describir la hoja: modelo para describir emociones.



- Tareas para casa.

### **Sesión 8**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional

2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena.
- Recordar la base lógica de las habilidades de regulación emocional.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones.
- Revisar con más profundidad el modelo para describir emociones

3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.
- Leer argumentos en contra de los mitos acerca de las emociones.
- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones.

### **Sesión 9**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

Sesión de práctica

2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones.

3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena
- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones.

### **Sesión 10**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena
- Recordar psicoeducación del entrenamiento en regulación emocional:
  - Modelo para describir emociones.

- Papel de las emociones.
  - Revisar el ejercicio de observar y describir emociones.
3. Tareas para casa:
- Practicar atención plena
  - Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones.

### **Sesión 11**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones.
- Continuar con regulación emocional: Reducir la vulnerabilidad negativa:
  - Acumular emociones positivas
  - Construir sentimientos de autoeficacia
  - Prepararse para afrontar situaciones emocionales cuidar el cuerpo de la misma manera que cuidamos nuestro mente
- Incrementar la ocurrencia de emociones positivas:
  - Construir experiencias positivas.
  - Mindfulness de experiencias positivas: Toma conciencia de las experiencias positivas.
  - No te centres en las preocupaciones. No estropear una experiencia positiva.

3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.
- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones.
- Leer la hoja de incrementar la ocurrencia de emociones positivas
- Leer la hoja de acontecimientos placenteros y elegir uno para empezar a practicarlo.

### **Sesión 12**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional

## 2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones.
- Continuar con Incrementar la ocurrencia de emociones positivas:
  - Recordar la psicoeducación sobre este punto expuesta en la sesión anterior.
  - Introducir y comentar el tema de los valores.
  - Revisar la tarea: elección de acontecimientos positivos para empezar a hacer.

## 3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.
- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones.
- Realizar acontecimientos agradables.
- Realizar un listado de metas a largo plazo.

## **Sesión 13**

### 1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

### 2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena: Recordar brevemente la orientación hacia el entrenamiento en habilidades de atención plena y revisar práctica.  
Objetivo: Aprender a tener control sobre nuestra mente en vez de dejar que nuestra mente nos controle.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones. Pedir a cada paciente que describa lo que ha escrito.
- Continuar con Incrementar la ocurrencia de emociones positivas.

### 3. Tareas para casa

- Practicar atención plena.
- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones.
- Realizar acontecimientos agradables.
- Realizar un listado de metas a largo plazo (para aumentar la ocurrencia de emociones positivas).

### **Sesión 14**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones.
- Continuar con Incrementar la ocurrencia de emociones positivas.
- Recordar la psicoeducación sobre este punto expuesta en la sesión anterior.
- Continuar con el tema de los valores y el establecimiento de metas.
- Revisar la tarea: elección de acontecimientos positivos.

3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.
- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones.
- Realizar acontecimientos agradables.
- Realizar un listado de metas a largo plazo (para aumentar la ocurrencia de emociones positivas).

### **Sesión 15**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones.
- Continuar con Incrementar la ocurrencia de emociones positivas.
- Recordar la psicoeducación sobre este punto expuesta en la sesión anterior
- Continuar con el tema de los valores y el establecimiento de metas.
- Revisar la tarea.

3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.

- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones.
- Realizar acontecimientos agradables y realizar acciones que llevan a metas relacionadas con un valor específico.

### **Sesión 16**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

2. Contenido de la Sesión:

- Revisar práctica de atención plena.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones.
- Revisar la práctica de acontecimientos positivos y de acciones relacionadas con valores.
- Reducir la vulnerabilidad emocional.
- Introducir: Reducir el sufrimiento emocional.

3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.
- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones. Enfatizar la valoración de si la emoción está o no justificada.
- Realizar acontecimientos agradables y realizar acciones para conseguir metas asociadas a valores.

### **Sesión 17**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional:  
Reducir el sufrimiento emocional.

2. Contenido de la Sesión:

- Revisar práctica de atención plena
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones
- Revisar la práctica de acontecimientos positivos y de acciones relacionadas con valores
- Reducir el sufrimiento emocional.
- Practicar acción opuesta a la emoción/cambio de pensamientos/solución de problemas a partir de la hoja de observar y describir emociones.

3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.
- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones. Enfatizar la valoración de si la emoción está o no justificada.
- Realizar acontecimientos agradables y realizar acciones para conseguir metas asociadas a valores.

### **Sesión 18**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de regulación emocional: Reducir el sufrimiento emocional (acción opuesta a la emoción y solución de problemas)

2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena: Recordar brevemente la orientación hacia el entrenamiento en habilidades de atención plena y revisar práctica.
- A. Objetivo: Aprender a tener control sobre nuestra mente en vez de dejar que nuestra mente nos controle.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones.
- Revisar la práctica de acontecimientos positivos y de acciones relacionadas con valores.
- Reducir el sufrimiento emocional.
- Practicar acción opuesta a la emoción/cambio de pensamientos/solución de problemas a partir de las hojas de practicar acción opuesta a la emoción y solución de problemas.

3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.
- Elegir un acontecimiento emocional y practicar acción opuesta a la emoción o solución de problemas.
- Realizar acontecimientos agradables y realizar acciones para conseguir metas asociadas a valores.

## **4. Modulo Habilidades de Tolerancia al Malestar**

### **Sesión 19**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar

2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena.

- A. Objetivo: Aprender a tener control sobre nuestra mente en vez de dejar que nuestra mente nos controle.
- Revisar la práctica de acontecimientos positivos y de acciones relacionadas con valores.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones y de reducir el sufrimiento emocional.
- Entrenamiento en técnicas de tolerancia al malestar.
  - Dar una visión general de las estrategias
  - Revisar las habilidades específicas.

3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.
- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones y practicar acciones opuestas a la emoción/solución de problemas.
- Realizar acontecimientos agradables.
- Realizar primera meta listado de metas a corto plazo.
- Empezar a confeccionar “la caja de la tolerancia al malestar”: Incluir estrategias de tolerancia al malestar que puedan ser útiles a cada paciente. Entregar caja.

**Sesión 20**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar

2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena:  
Objetivo: Aprender a tener control sobre nuestra mente en vez de dejar que nuestra mente nos controle.
- Revisar la práctica de acontecimientos positivos y de acciones relacionadas con valores.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones y de reducir el sufrimiento emocional.
- Entrenamiento en técnicas de tolerancia al malestar.
- Revisar las habilidades de tolerancia al malestar específicas que quedan.

3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.

- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones y practicar acciones opuestas a la emoción/solución de problemas.
- Realizar acontecimientos agradables.
- Realizar primera meta listado de metas a corto plazo.
- Acabar de confeccionar “la caja de la tolerancia al malestar”: Incluir estrategias de tolerancia al malestar que puedan ser útiles a cada paciente.

## 5. Módulo Habilidades Eficacia Interpersonal

### Sesión 21

#### 1. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena: Recordar brevemente la orientación hacia el entrenamiento en habilidades de atención plena y revisar práctica.  
Objetivo: Aprender a tener control sobre nuestra mente en vez de dejar que nuestra mente nos controle.
- Revisar la práctica de acontecimientos positivos y de acciones relacionadas con valores.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones y de reducir el sufrimiento emocional.
- Revisar entrenamiento en técnicas de tolerancia al malestar.
- Introducción al entrenamiento en habilidades de eficacia interpersonal.
- Resumen y repaso de una manera integrada de los principios básicos trabajados en los módulos previos:
  - Objetivo Atención plena
  - Objetivo Tolerancia al malestar
  - Objetivo de la Regulación emocional
- Entrenamiento en HABILIDADES DE EFICACIA INTERPERSONAL
  - Orientar a las pacientes hacia el entrenamiento en eficacia interpersonal.
  - ¿En qué consiste la eficacia interpersonal?
  - Introducir el concepto de competencia social.



- Introducir la importancia de los siguientes aspectos:
  - a) Atender y cuidar las relaciones interpersonales.
  - b) Equilibrar deseos y obligaciones en la vida y en las relaciones interpersonales.
  - c) Construir competencia y respeto por uno mismo.

2. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.
- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones y practicar acciones opuestas a la emoción/solución de problemas.
- Realizar acontecimientos agradables.
- Realizar primera meta listado de metas a corto plazo.
- Utilizar “la caja de la tolerancia al malestar”.

**Sesión 22**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de eficacia interpersonal.

2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena: Recordar brevemente la orientación hacia el entrenamiento en habilidades de atención plena y revisar práctica.

Objetivo: Aprender a tener control sobre nuestra mente en vez de dejar que nuestra mente nos controle.

- Revisar la práctica de acontecimientos positivos y de acciones relacionadas con valores.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones y de reducir el sufrimiento emocional.
- Revisar entrenamiento en técnicas de tolerancia al malestar.
- Entrenamiento en HABILIDADES DE EFICACIA INTERPERSONAL:

- Revisar y comentar la lectura de la hoja de Metas del entrenamiento en eficacia interpersonal.
- Presentar los principios de la eficacia interpersonal:
  - Observar, identificar y describir las características de la situación.

- Analizar las alternativas disponibles de un modo realista en cada situación interpersonal (mente sabia).
- Evaluar cuáles son las dificultades que se me presentan (obstáculos) y cuáles son mis posibilidades para afrontarlas (recursos).
- Tomar conciencia de mis propios límites y de los límites de la situación/acontecimiento, teniendo en cuenta dos principios:
  - Que a veces ser eficaz significa tolerar lo que no puedo cambiar.
  - Que no siempre ser eficaz significa que los resultados sean los deseados.
- Distinguir y reforzar en todo momento las diferencias entre juicios de valor u opiniones vs. hechos.
- Se puede ejemplificar visualmente con imagen báscula o “torta”.
- Ejercicio de “desmantelamiento de la experiencia”.
- También podemos abordar el tema de la eficacia interpersonal en función de distintos componentes:
  1. EFICACIA RELACIONADA CON LOS OBJETIVOS  
Conseguir tus objetivos en una situación social
  2. EFICACIA RELACIONADA CON LA RELACIÓN SOCIAL.  
Se trata de conseguir o mantener una buena relación con el otro.
  3. EFICACIA RELACIONADA CON EL RESPETO POR UNO MISMO. Se trata de Mantener o mejorar el respeto por sí mismo

### 3. Tareas para casa

- Practicar atención plena.
- Elegir un acontecimiento emocional y registrarlo en la hoja de observar y describir emociones y practicar acciones opuestas a la emoción/solución de problemas.
- Realizar acontecimientos agradables.
- Realizar primera meta listado de metas a corto plazo.

- Utilizar “la caja de la tolerancia al malestar”.
- Tarea de observar y describir interacciones interpersonales.

### **Sesiones 23 y 24:**

1. Objetivo: Entrenamiento en habilidades de eficacia interpersonal.

2. Contenido de la sesión:

- Revisar práctica de atención plena: Recordar brevemente la orientación hacia el entrenamiento en habilidades de atención plena y revisar práctica.

A. Objetivo: Aprender a tener control sobre nuestra mente en vez de dejar que nuestra mente nos controle.

- Revisar la práctica de acontecimientos positivos y de acciones relacionadas con valores.
- Revisar el ejercicio de observar y describir emociones y de reducir el sufrimiento emocional.
- Revisar entrenamiento en técnicas de tolerancia al malestar.
- Entrenamiento en HABILIDADES DE EFICACIA INTERPERSONAL:

- Revisar y comentar la lectura de la hoja de Metas del entrenamiento en eficacia interpersonal y los principios de la eficacia interpersonal.
- Practicar observar y describir relaciones interpersonales y trabajar sobre las expectativas realizando role-playings si es necesario.

3. Tareas para casa:

- Practicar atención plena.
- Practicar acciones opuestas a la emoción/solución de problemas.
- Realizar acontecimientos agradables.
- Realizar primera meta listado de metas a corto plazo.
- Utilizar “la caja de la tolerancia al malestar”.
- Tarea de observar y describir interacciones interpersonales.

La segunda parte de la sesión 24 se dedicó a hacer un resumen de la terapia y a recabar información de las pacientes sobre su paso por el entrenamiento en habilidades.