

Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad

Carlos Cuevas Yust

Ángel Gustavo López Pérez-Díaz*

Servicio Andaluz de Salud, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

ABSTRACT

Effective Psychological Therapies for the Treatment of Borderline Personality Disorder. Borderline personality disorder (BPD) is a serious psychiatric disorder in which people suffer from emotional instability, severe emotional distress and behavioral difficulties regarding both the relationship they have with themselves and with others. Attempted suicides are common. There is a lot of research about the effectiveness of therapies for this mental disorder. The aim of this review is to show the main empirical studies about psychological interventions for the treatment of BPD. Systematic reviews and clinical trials point to the dialectical-behavior therapy as being the best psychotherapeutic practice for the treatment of people with borderline personality disorder, due to the fact that it can reduce risk of suicide as well as substance abuse. It is thought that cognitive-behavioral therapy might also be an useful approach, although there is less evidence for this; cognitive treatments have not yet shown their effectiveness. Finally, there is evidence that some drugs could significantly improve the therapeutic effects of the psychological treatments used on patients suffering from this disorder.

Key words: borderline personality disorder, cognitive-behavioral therapy, dialectical behavioral therapy, randomized controlled trial, systematic review.

RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por la inestabilidad emocional y las dificultades en la relación con uno mismo y con los demás, siendo habituales los intentos serios de suicidio. El objetivo del presente trabajo es ofrecer una revisión actualizada sobre las intervenciones psicológicas con mayor evidencia científica en el tratamiento del TLP. Se consideraron los trabajos procedentes de revisiones sistemáticas y de ensayos clínicos aleatorizados recientes. La evidencia científica sugiere la terapia dialéctico-conductual como la opción terapéutica con mayor apoyo empírico, especialmente por su eficacia sobre la reducción de los intentos de autolisis y el consumo de sustancias. Existe también apoyo empírico, aunque con menor grado de evidencia, para la terapia cognitivo-conductual. Las intervenciones de tipo cognitivo no han demostrado aun su efectividad. Por último, algunas intervenciones farmacológicas podrían mejorar significativamente los efectos terapéuticos de las intervenciones psicológicas en este grupo de pacientes.

Palabras claves: trastorno límite de personalidad, terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctico-conductual, ensayo clínico aleatorizado, revisión sistemática.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental y del comportamiento cuya característica principal es la inestabilidad emocional, además del deterioro de la imagen de uno mismo y la alteración de las relaciones con los demás

* Dirigir la correspondencia a: Ángel G. López Pérez-Díaz, Unidad de Gestión Clínica Salud Mental, Hospital Universitario Virgen del Rocío. c/ Avda. Manuel Siurot s/n, 41013 Sevilla, España. Email: angellpd@gmail.com.

(Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004). Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1999), constituye una condición de sufrimiento psicológico en la que a menudo los objetivos y las preferencias (incluidas las sexuales) son confusos o están alteradas. Existen serias dificultades para controlar las propias emociones, las relaciones son intensas e inestables y el descontrol de impulsos puede llevar a la persona a reaccionar de manera explosiva, produciéndose un elevado riesgo de comportamientos autolesivos (los más frecuentes, cortes superficiales en los antebrazos, aunque pueden producirse en otras zonas del cuerpo) o incluso serios intentos de suicidio (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011). Estas personas encuentran serias dificultades para tolerar el sentimiento de soledad y el miedo que sienten al abandono, y cuando lo hacen, tienden a experimentar un gran vacío emocional que en ocasiones desencadenan intentos de autolisis potencialmente letales. Estas conductas generan un dilema y una dificultad importante para el mantenimiento de las relaciones con los otros, al contemplar éstos que cualquier intento de separación puede suponer una situación de riesgo para los pacientes (Gunderson, (2008).

Hasta ahora la OMS (1999) ha diferenciado dos subtipos de TLP. Por un lado, describe el tipo impulsivo, en el que además de los criterios generales para el diagnóstico de un trastorno de personalidad, deben cumplirse al menos dos criterios de entre los siguientes: predisposición a actuar de manera impulsiva sin tener en cuenta las consecuencias de los actos, frecuentes conflictos con los demás, especialmente cuando se oponen a los deseos personales, arrebatos de ira y violencia y dificultad para el autocontrol, dificultades para implicarse en actividades duraderas sin obtener recompensas inmediatas y estado de ánimo inestable y caprichoso; por otro lado, describe el tipo límite, para el que se requieren al menos tres de las siguientes características: alteraciones o dudas acerca de los objetivos o de la imagen de uno mismo, implicación en relaciones tormentosas e inestables, esfuerzos excesivos para evitar ser abandonado, amenazas o actos de agresión hacia uno mismo y por último sensaciones crónicas de vacío. La OMS establece por tanto una descripción categorial. Sin embargo, la próxima edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) prevista para el año 2013, supone un cambio significativo respecto a otras descripciones previas (APA, 2010). Se plantea entonces el TLP como un trastorno dimensional, en el que el diagnóstico es cuestión de grado, dependiendo de la intensidad del sufrimiento y del nivel de dificultad que tiene la persona para relacionarse consigo mismo y con los otros.

No existe un acuerdo unánime respecto a la tasa de prevalencia del TLP. Así, mientras que el DSM-IV-TR (APA, 2000) señala que el TLP afecta aproximadamente al 2% de la población general y al 10% de los individuos que acuden a las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) (Leichsenring, Leibing, Cruse, New y Leweke, 2011), otros estudios indican que el TLP afecta al 4% de la población general y hasta al 20% de los pacientes que acuden a las USMC (Kernberg y Mischels, 2009). En cualquier caso, en la actualidad se contemplan como factores asociados a la aparición de este trastorno, además de supuestas variables de tipo biológico (García, Martín y Otín, 2010), las experiencias de separación y la pérdida parental en la infancia (Caballo, 2004), la implicación parental disfuncional en el cuidado de los niños (Blizard, 2008) o el haber sufrido abusos físicos o sexuales en la infancia (Schewecke, 2009).

A menudo, los pacientes diagnosticados de TLP padecen un deterioro severo en su funcionamiento cotidiano, con un elevado riesgo de morbilidad: comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo, consumo de sustancias y riesgo elevado de suicidio), alta incidencia de las conductas de autolisis, utilización excesiva de los recursos sanitarios disponibles y un coste socio-sanitario elevado (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011). Además, se trata de un trastorno mental cuyo tratamiento es difícil, y lo es, por un lado, porque los tratamientos farmacológicos no siempre son eficaces, y en el mejor de los casos consiguen disminuir la impulsividad y la inestabilidad emocional asociada (Binks, Fenton, McCarthy, Lee, Adams y Duggan, 2006a); y por el otro, porque los tratamientos psicológicos disponibles tampoco han conseguido unos resultados satisfactorios, apareciendo frecuentemente una alta tasa de abandono (Binks, Fenton, McCarthy, Lee, Adams y Duggan, 2006b). Por tanto, teniendo en cuenta tanto las consecuencias de este trastorno como las dificultades que tiene su abordaje, se hace necesario emplear los tratamientos que cuentan con mayor nivel de evidencia en la actualidad, a fin de poder mitigar o disminuir el sufrimiento y la amplia variedad de problemas de los pacientes. Es por ello por lo que se presenta aquí una revisión actualizada sobre los niveles de eficacia de los principales tratamientos psicológicos disponibles, tratamientos con un marco común caracterizado por la administración de intervenciones estructuradas y basadas en modelos teóricos sobre el trastorno, su adaptación a la problemática de cada persona y por estar orientadas a la toma de conciencia y a la resolución de problemas personales e interpersonales. Son pues, intervenciones flexibles (Brazier, Tumor, Holmes, Ferriter, Parry, Dent-Brown y Paisley, 2006).

A continuación, se describen brevemente los distintos programas de tratamiento con mayor evidencia para el abordaje del TLP.

PRINCIPALES PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

Terapia dialéctico-conductual (DBT)

La DBT es una modalidad de tratamiento psicológico descrita por primera vez como tratamiento estructurado para el TLP por la psicóloga Marsha Linehan en 1993 (Linehan, 1993). Se trata de una modalidad de tratamiento que incluye sesiones individuales y sesiones grupales para el entrenamiento de diversas habilidades. Se trata de un enfoque de origen cognitivo-conductual que incorpora la filosofía dialéctica y la práctica del Zen. Para este enfoque, las alteraciones emocionales y conductuales propias del TLP son mantenidas por un ambiente invalidante que refuerza unas conductas claramente disfuncionales. A partir de aquí, el tratamiento se dirige en primer lugar al abordaje de conductas que pueden suponer una situación de riesgo vital para el paciente (conductas de autolisis e intentos de suicidio). Típicamente, los pacientes tienen la posibilidad de contactar con el terapeuta para el afrontamiento de situaciones de crisis (por teléfono), previo acuerdo con el terapeuta. El fin de la terapia es básicamente entrenar al paciente para la puesta en práctica de otras conductas más adaptativas para

la resolución de las relaciones intra e interpersonales, mitigando al mismo tiempo otras conductas que interfieren negativamente con el éxito de la terapia (conductas de riesgo, abandono e inasistencia a las citas...), para conseguir después la validación y la aceptación de las propias experiencias personales. El programa de tratamiento pasa por diversas fases, habitualmente de manera lineal (aunque no necesariamente). Así, por ejemplo, no se abordan conflictos emocionales hasta que el paciente no es capaz de manejar conductas que suponen una seria amenaza para sí mismo o para los demás. Las diversas fases contemplan, como se ha dicho antes, el manejo de las conductas de autolisis, el afrontamiento de conductas que repercuten negativamente en el éxito de la terapia, la validación de los conflictos emocionales, el aumento de la capacidad para regular las propias emociones y para mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias (principalmente en formato grupal), elaboración de situaciones traumáticas anteriores, entrenamiento para la resolución de los problemas de la vida diaria y para la promoción del auto-respeto y finalmente entrenar al paciente para mantener la alegría y para disfrutar de sus experiencias personales.

El encuadre de la DBT puede ser variable. Aunque se trabaja también con la familia, para poder llevarla a cabo se requiere un compromiso firme por parte del paciente, que deberá permanecer en tratamiento no menos de 6 meses. Éste es quizás el componente clave para el avance y el éxito de la terapia. Para una revisión más detallada, véase Lynch, Trost, Salsman y Linehan (2007).

Psicoterapias de orientación dinámica

Casi todas las terapias de corte psicoanalítico parte del supuesto de que el TLP es un trastorno evolutivo del yo que afecta a la propia integración del yo y de las relaciones objetales, y por tanto, a las relaciones con los demás (Rodríguez y Murias, 2006). La *psicoterapia focalizada en la transferencia* (PFT) está manualizada, se aplica en dos sesiones individuales por semana, y está dirigida a la contención y el análisis de los intentos de separación de los demás ante el temor de que terminen en el abandono, y que tiene su origen en los intentos de separación de la madre en la infancia. Supone que ante esta circunstancia, los demás son percibidos como personas maliciosas al tiempo que el paciente puede sentirse despreciable. Esta terapia intenta abordar los conflictos, las emociones y las conductas derivadas de estas distorsiones y errores.

Por su parte, la *psicoterapia basada en la mentalización* (MBT) constituye otra modalidad de tratamiento de origen psicodinámico (Bateman y Fonagy, 2009). En esencia, consiste en entrenar al paciente para lograr un mejor conocimiento respecto a sí mismo y a los demás en un contexto seguro que permita manejar los impulsos, las disregulaciones afectivas y las relaciones con los demás, que en última instancia subyacen a las conductas autodestructivas de los pacientes.

Terapias cognitivas

Las terapias cognitivas se utilizaron inicialmente para el tratamiento de los trastornos psicopatológicos del eje I del DSM-IV. Sin embargo, progresivamente se han ido extendiendo para el abordaje también de los trastornos de la personalidad, y entre

ellos el TLP. Entre las terapias cognitivas, podemos destacar la *Terapia Cognitiva de Beck*, la *Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas* de Young y la *Terapia de Valoración Cognitiva* de Wessler. Por su especial relevancia en ensayos clínicos aleatorizados, describiremos brevemente las dos primeras (para una descripción más exhaustiva, véase Rodríguez y Muria, 2006). La terapia cognitiva de Beck parte de la asunción de que los pacientes con TLP tienen serias dificultades para identificar creencias y esquemas cognitivos erróneos y disfuncionales, tanto para sí mismos como para con los demás. Por tanto, esta terapia pretende entrenar a los pacientes para que aprendan a identificar estas creencias para posteriormente modificarlas de una manera más ajustada a la realidad; en cuanto a la Terapia centrada en esquemas de Young (SFT), destacar que ésta se centra en identificar y modificar los “esquemas desadaptativos tempranos” que estarían en la base de las alteraciones del TLP (Young, Klosko y Weishaar, 2003): vergüenza, aislamiento social y soledad, dependencia e incompetencia e indeseabilidad. Sólo a partir de la modificación de tales creencias el paciente podría manejar las alteraciones propias del TLP.

Hasta aquí una descripción somera de los diversos tratamientos disponibles. Pero desde el punto de vista de una atención sanitaria basada en la evidencia, ¿qué tratamientos psicológicos resultan eficaces para las personas con diagnóstico de TLP? A partir de una búsqueda en el portal del Grupo de Gestión del Conocimiento del Programa de Salud Mental de Andalucía (<http://www.psicoevidencias.es>), accedimos a la información proporcionada por metabuscadores (*Tripdatabase*), revisiones sistemáticas (*Cochrane*), guías de práctica clínica (NICE, *Catsalut*) y fuentes primarias (*PubMed*) de evidencia. Se presentan ahora las principales revisiones sistemáticas basadas en la metodología de meta-análisis.

PRINCIPALES REVISIONES SISTEMÁTICAS

Binks, Fenton, McCarthy, Lee, Adams y Duggan (2006b) revisaron siete estudios de ensayos clínicos aleatorizados que abarcaban a 262 personas. Compararon la eficacia diferencial de cinco intervenciones: 1) hospitalización parcial de orientación psicoanalítica: psicoterapia analítica grupal, psicoterapia inspirada en el psicodrama y tratamiento farmacológico (Bateman, 1999); 2) la terapia dialéctico conductual (DBT), con los siguientes componentes principales: entrenamiento en habilidades, apoyo telefónico, manejo de contingencias, modificación cognitiva, exposición, validación y aceptación de las emociones y de los acontecimientos elicítadores, y potenciación del funcionamiento personal (Linehan, Cochran y Kehrer, 2001); 3) el “tratamiento de validación integral” (Linehan, 2002): estrategias no directivas para lograr una mayor aceptación por parte de pacientes con patología dual (abuso de sustancias); 4) la terapia centrada en el paciente *-patient focalized therapy*, PFT- (Turner, 2000): apoyo, no directivo, ante situaciones estresantes y prevención de recaídas; y 5) el tratamiento rutinariamente administrado en los centros sanitarios (TAU), diferente según los contextos estudiados (Koons, 2001; Linehan, 1991, 1999).

Los resultados principales sugirieron que frente a los tratamientos habituales (TAU), la terapia dialéctica conductual fue eficaz en la reducción del número de ingresos

hospitalarios y en prisión. Redujo las conductas suicidas (NNT 12, IC: 7 a 108) y se mostró eficaz con relación al malestar psicológico, disminuyendo los sentimientos de desesperanza (NNT 3; IC: 2 a 116), la ansiedad y las ideas de autolisis. Por su parte, la comparación entre la DBT y la terapia de validación integral no arrojó resultados contundentes, lo cual fue atribuido al tamaño reducido de las muestras. En cambio, la comparación de la terapia dialéctica conductual con la terapia focalizada en el paciente -PFT- (Turner, 2000), mostró que con la DBT se reducían considerablemente las hospitalizaciones, los intentos de suicidio (NNT 2; IC: 2-11), la depresión y la ansiedad, evaluadas con el *Beck Depression Inventory* y con el *Beck Anxiety Inventory* respectivamente, así como la psicopatología general (NNT 3; IC: 2 a 17) y la frecuencia de la ideación suicida (NNT 2; IC: 2 a 11). No obstante, este ensayo, junto con los anteriores, necesitaría repetirse en las mismas condiciones para garantizar una mayor validez en los resultados.

Por último, esta revisión mostró los resultados de un estudio que comparaba la hospitalización parcial de corte psicoanalítico con la atención psiquiátrica habitualmente ofertada a personas con diagnóstico de TLP en un servicio de urgencias (Bateman, 1999). Los pacientes en régimen de hospitalización parcial presentaban una menor probabilidad de tener ingresos hospitalarios a los 18, 24 y 30 meses desde el inicio de la intervención, usaban menos fármacos prescritos y tendían a presentar menos ansiedad que los pacientes que recibieron una atención psiquiátrica más rutinaria, aunque estas diferencias solo aparecían a partir de los 18 meses desde el inicio del tratamiento. Donde sí pareció haber diferencias más claras fue en las relaciones sociales de los pacientes, mostrando los de hospitalización parcial menos problemas interpersonales.

Los autores de esta revisión concluyeron finalmente que si bien los resultados apuntaban a que algunos de los problemas frecuentes en las personas con trastorno límite de la personalidad eran abordables con tratamientos de corte conductual, éstos se encontraban en una fase experimental. Así mismo, el pequeño tamaño de las muestras de los estudios incluidos limitaba la confianza en los resultados, recomendándose su replicación en muestras de mayor tamaño.

En otra revisión sistemática Brazier *et al.* (2006) se propusieron resumir la evidencia disponible de la efectividad y coste-efectividad de las terapias psicológicas para el tratamiento del trastorno límite de personalidad. De manera específica, su objetivo fue evaluar si las terapias psicológicas eran eficaces para el TLP de cara a la reducción de las conductas autolesivas y de suicidio, mejora del funcionamiento psicológico (disociación y ánimo) y del funcionamiento social e interpersonal, así como en la calidad de vida y en el uso de los servicios de salud mental, urgencias y admisiones hospitalarias. Con relación a la efectividad clínica, la revisión comprendió diez estudios que incluían las terapias DBT, hospitalización parcial con ejercicios de mentalización (MBT), terapia cognitivo conductual estructurada y sistematizada (MACT), terapia de validación comprensiva (CVT) y terapia centrada en el cliente (CT), comparados en todos los casos con el tratamiento psiquiátrico habitual. Nueve de los estudios eran aleatorizados, mientras que uno no usó la aleatorización para la asignación de los sujetos a los distintos grupos de tratamiento. Respecto al trabajo previo de Binks *et al.* (2005) se incluían tres nuevos ensayos clínicos. Así, Munroe-Blum y Marziali (1995)

tras comparar la eficacia de un tratamiento psicodinámico limitado en el tiempo con otra intervención individual, observaron que ambas intervenciones fueron eficaces en reducir los intentos de autolisis y el nivel de depresión de los pacientes (evaluado con el *Beck Depression Inventory*). Ambos mejoraron además el funcionamiento social y global (evaluado con la *Social Adjustment Scale -SAS-* y con el *Hopkins Symptom Checklist, HSC-90*, respectivamente). Tyrer *et al.* (2003) compararon un tratamiento cognitivo-conductual, siguiendo un manual estructurado -MACT-, con el tratamiento habitual (TAU). Ambos tratamientos fueron eficaces para la reducción de la sintomatología depresiva y de conductas auto-agresivas. Y por último, se incluyó el ensayo clínico de van den Bosch, Verheul, Schippers y van den Brink (2002), quienes informaron que la terapia dialéctico-conductual fue más eficaz que el TAU en la reducción de intentos de suicidio, aunque dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas (7% de los pacientes en DBT frente al 26% de los pacientes que recibieron el tratamiento ambulatorio habitual, $p = .064$). No obstante, sí hubo diferencias significativas en cuanto a la adherencia a los tratamientos, siendo ésta mayor en el grupo en tratamiento con DBT (63% en DBT y 23% en tratamiento habitual, $p = .002$).

Algunas de las conclusiones principales de esta revisión sistemática se refirieron a la existencia de alguna evidencia a favor de la DBT, que podría ser más efectiva que el TAU y que la “terapia centrada en el paciente” para mujeres con conductas crónicas de tipo parasuicida y de drogodependencia. Por otra parte, la hospitalización parcial resultaba más efectiva que el TAU. No obstante, Brazier *et al.* (2006) concluían que, en general, los datos de su revisión habrían que tomarlos con precaución pues no todos los estudios se dirigieron principalmente a síntomas característicos del TLP. Además, en los diferentes estudios se observaban diferencias considerables en cuanto a características de los participantes, grupos de comparación y variables dependientes, siendo necesario por tanto realizar más investigaciones en este área y con ensayos clínicos aleatorizados adecuados que comparen las diversas terapias psicológicas analizadas.

Para finalizar con las principales revisiones sistemáticas, cabe considerar también brevemente las conclusiones aportadas en los meta-análisis de Kroger y Kosfelder (2007, 2010) centrados en la terapia dialéctico-conductual, y en los que plantearon dos preguntas principales: ¿cuál es la evidencia empírica global de la DBT en los trastornos de personalidad límite? ¿Existen diferencias en la efectividad entre el modelo original para pacientes ambulatorios y su adaptación a pacientes hospitalizados? Para ello revisaron distintas investigaciones y estudiaron los tamaños del efecto en medidas de impulsividad, ajuste social y psicopatología general. Como conclusión señalaron que, en general, la DBT parece ser el tratamiento de elección para el TLP, siendo eficaz para la reducción de los intentos de suicidio y de las conductas de autolisis, además de mejorar el ajuste social de los pacientes. No encontraron diferencias significativas entre la DBT en contextos ambulatorios y hospitalarios. No obstante, recomendaban realizar más estudios controlados, especialmente para la DBT aplicada a pacientes hospitalizados.

Así pues, las principales revisiones sistemáticas y los estudios de meta-análisis avalan la eficacia diferencial de la DBT sobre otro tipo de terapias. Es por ello por lo que describimos brevemente las principales características de esta modalidad de tratamiento.

ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

A continuación presentamos estudios sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas (fundamentalmente de la DBT) en el tratamiento del TLP y cuyas publicaciones han sido posteriores a las revisiones sistemáticas comentadas. Se trata de estudios que cumplen los requisitos básicos para ser considerados ensayos clínicos aleatorizados (ECA). En concreto, se describen catorce estudios diferentes (ver tablas 1 y 2): seis sobre terapia dialéctica conductual (Linehan *et al.*, 2006; Harned, Chapman, Dexter-Mazza, Murray, Comtois y Linehan, 2008; Linehan, McDavid, Brown, Sayrs y Gallop, 2008; van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul y van den Brink, 2005; Soler *et al.*, 2005; Soler *et al.*, 2009), un estudio que comparó la terapia centrada en la transferencia con la terapia dinámica de apoyo y con la terapia dialéctica conductual (Clarkin, Levy, Lenzenwegwe y Kernberg, 2007), otro que comparaba la terapia centrada en esquemas y la psicoterapia basada en la transferencia (van Asselt *et al.*, 2008), uno sobre terapia cognitivo-conductual (Davidson *et al.*, 2006), uno que comparaba la psicoterapia interpersonal con terapia cognitiva (Bellino, Zizza., Rinaldi y Bogetto, 2007), uno de intervención temprana mediante terapia cognitivo-analítica (Chanen, Jackson, McCutcheon, Jovev *et al.*, 2008), un estudio sobre entrenamiento en resolución de problemas -STEPPS- (Blum *et al.*, 2008), y por último, otro sobre terapia centrada en esquemas (Farrell, Shwa y Webber, 2009) Todos los estudios se llevaron a cabo en contextos de atención ambulatoria, los participantes eran fundamentalmente mujeres, tenían diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y eran asignadas de manera aleatorizada a las distintas condiciones de tratamiento.

La terapia dialéctica conductual puede considerarse una terapia bien establecida, pues ha sido la terapia psicológica que más estudios ha generado, puesto que se han llevado a cabo repeticiones de sus resultados con una metodología seria, evaluando el posible mantenimiento de los beneficios en el tiempo y la posible influencia sobre los resultados de otras variables comúnmente implicadas en cualquier proceso psicoterapéutico.

En algunos estudios se ha intentado estudiar en mayor profundidad qué componentes de la DBT son más eficaces en el tratamiento de este trastorno. Así, por ejemplo, Soler *et al.* (2009) se han ocupado de investigar la eficacia diferencial de la fase de entrenamiento en una serie de habilidades de la DBT frente a un grupo psicoterapéutico estándar para pacientes ambulatorios con diagnóstico de TLP. Concretamente, Soler y su grupo pusieron a prueba la eficacia diferencial del aprendizaje de habilidades para el manejo de los conflictos emocionales, el manejo de las relaciones interpersonales, el *mindfulness* para mejorar el autocontrol emocional y el aprendizaje de estrategias para aumentar la tolerancia a la frustración. En general, los resultados mostraron que el aprendizaje de habilidades específicamente entrenadas en DBT estuvo relacionado con un menor número de abandonos entre los pacientes (34,5% en la DBT frente al 63,4% en el grupo psicoterapéutico estándar), y que fue superior a la terapia de grupo estándar en la disminución de la sintomatología ansioso-depresiva y de la impulsividad. Se observó además una reducción significativa en el grupo que recibió DBT en la sintomatología psiquiátrica evaluada con el SCL-90-R. En general, estos resultados corroboran los hallazgos obtenidos en otras investigaciones anteriores, en las que la

Tabla 1. Ensayos clínicos aleatorizados con tratamientos psicológicos eficaces.

Autores	Participantes y tratamientos	Resultados	Diseño	RCT	Seguimiento
Hamed <i>et al.</i> (2008).	DBT vs CTBE: N=101 mujeres. Asignación azar. 1 año cada intervención.	Reducción dependencia drogas/alcohol, remisiones y periodo abstinencia (en DBT). No diferencias en depresión mayor, ni en trastornos alimentarios ni de ansiedad	Evaluadores ciegos.	SI	1 año
Linehan <i>et al.</i> (2008)	DBT+Olanzapina vs DBT+ placebo. N=24, 6 meses de tratamiento.	Ambas condiciones consiguieron mejoras en irritabilidad, agresiones, auto-lesiones y depresión. Tendencia no significativa a reducirse más rápido la irritabilidad y agresiones en grupo olanzapina. Tendencia no significativa a mayor reducción en auto-lesiones en grupo placebo.	Doble ciego.	SI	No lo hay
Linehan, Connois, Brown, Heard y Wagner (2006)	DBT vs CTBE. N=101 mujeres (52 DBT-49 CTBE). Asignación azar. 1 año cada intervención	No suicidios en DBT ni CTBE. En DBT, probabilidad de intento de suicidio menor que en CTBE. Riesgo asociado a conductas suicidas, autolesivas más bajo en DBT. DBT y CTBE mejoras significativas en ideación suicida y razones para vivir, sin diferencias entre ambos. DBT menos urgencias e ingresos. CTBE mayor tasa de abandonos. Ambos tratamientos reducciones significativas en depresión sin diferencias.	Evaluadores ciegos.	SI	1 año
Soler <i>et al.</i> (2005)	DBT + Olanzapina (DBT+O) versus DBT + placebo (DBT+P) N=60 (52 mujeres y 8 hombres) 12 semanas cada intervención.	Ambas condiciones mostraron mejoras en reducción de ansiedad, depresión, conductas impulsivas y agresiones, aunque la DBT+O se mostró superior a la DBT+P. Sin diferencias en intentos de suicidio ni abandonos. En DBT+O aumentos significativos en colesterol y peso	Doble ciego.	SI	No
van den Bosch, Koeter, Sluiter, Verheul y van den Brink (2005)	DBT vs TAU. N=58 mujeres (27 DBT y 31 TAU). Tratamiento ambulatorio. Asignación azar. 1 año cada intervención	Conductas impulsivas, auto-mutilaciones y consumo de alcohol. Reducción al final (12 meses) significativamente mejor en la DBT. Los resultados se mantuvieron a los 6 m. Sin diferencias entre DBT/TAU en consumo de drogas. Sin diferencias significativas en intentos de suicidio, en DBT inferiores a TAU (12 meses 7% vs 26%, 18 meses 4% vs 19%)	No se dice.	SI	6 meses
Davidson, Norrie, Tyler, Giamley, Tata, Murray y Palmer (2006)	CBT+TAU vs TAU N=106 (54 CBT+TAU y 52 TAU). 1 año de intervención (30 sesiones de 1 hora de duración).	Disminuyen significativamente intentos de suicidio y número de ingresos en grupo CBT+TAU comparado con la condición TAU. Disminuye la ansiedad situacional al final seguimiento en grupo CBT+TAU. Menor número de síntomas en el grupo que recibe CBT+TAU. Disminución creencias disfuncionales características (YSQ) del TLP en condición CBT+TAU.	Evaluadores ciegos.	SI	1 año
McKain <i>et al.</i> (2009)	DBT vs GPM. N=180 (90 DBT vs. 90 GPM). DBT: sesiones individuales (1h./sem), grupales (2h./sem), más contacto telefónico. GPM: basado en guía APA para tratamiento TLP	Al finalizar el tratamiento no suicidios en ninguno de los dos grupos. Sin diferencias entre grupos en conductas suicidas ni autolesión. Sin diferencias entre grupos en número de síntomas del TLP tras el tratamiento, ni en depresión (BDI), funcionamiento interpersonal (IP-64), sufrimiento ocasionado por los síntomas (SCL-90-R), ira (STAE-1), ni calidad de vida de los pacientes (EQ-5D).	Ciego.	SI	No
Pasczyn y Connor (2010)	DBT vs. TAU. N=84 mujeres (43 DBT vs. 41 TAU). Ensayo controlado. Sin asignación aleatoria.	Tras 6 meses de tratamiento, grupo DBT mayor reducción intentos de suicidio y autolesión, consultas de urgencias, número hospitalizaciones y tiempo de estancia en hospitalización. Grupo DBT puntuaciones más bajas en depresión, ansiedad y severidad de la psicopatología. Costes derivados del tratamiento menores en el grupo DBT.	No se dice	No	No
Soler <i>et al.</i> (2009)	DBT-SI vs. UGT (exploración, interpretación, clarificación y confrontación), N (DBT-SI)=19; N (UGT)=11) Hombres y mujeres con TLP (18-45 a), sin consumo de tóxicos ni tratamiento previo. Asignación aleatoria. 13 sesiones cada grupo de 120', grupos 9-11 pacientes.	Menor número de abandonos en los pacientes de la condición DBT-SI. Mejoría de la sintomatología ansioso-depresiva y disminución significativa de la impulsividad en los sujetos de la condición DBT-SI en comparación con el grupo de pacientes del UGT. Menor puntuación en el índice de amplitud sintomatológica porcionado por el SCL-90-R en los pacientes del grupo de tratamiento con DBT-SI. Las diferencias significativas se hallaron tras tres meses de tratamiento intensivo con sesiones semanales de 2 horas de duración.	Ciego	SI	No

Notas: BDI: Beck Depression Inventory; CBT: Terapia Cognitivo-Conductual; CTBE: Community Treatment by Expert; DBT: Terapia Dialéctico-Conductual; DBT+O: Terapia Dialéctico-Conductual más olanzapina; DBT-SI: Entrenamiento en Aprendizaje de Habilidades de la Terapia Dialéctico-Conductual; EQ-5D: Escala EuroQoL de calidad de vida; GPM: General Psychiatric Management; IP-64: Inventory of Interpersonal Problems-64 Item version; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R; STAE-1: State Trait Anger Expression Inventory; TAU: Tratamiento Habitual; UGT: Psicoterapia estándar en formato grupal; YSQ: Young's Schema Questionnaire.

DBT generalmente se muestra superior en eficacia terapéutica a otras intervenciones “habituales” (Koons *et al.*, 2001; Verheul *et al.*, 2003), y lo que es más importante, aporta evidencia empírica respecto a qué técnicas o intervenciones podrían ser más eficaces para el tratamiento del TLP.

Las recomendaciones derivadas de los ensayos clínicos sobre la DBT podrían resumirse de la manera siguiente: la terapia dialéctico conductual es una terapia indicada en contextos de atención comunitaria, es una terapia recomendada para mujeres con diagnóstico TLP, especialmente si presentan tendencias suicidas y auto-lesivas, trastornos crónicos del Eje 1, (de manera específica los trastornos por abuso de sustancias que además son un factor de riesgo asociado a suicidio consumado), conductas de ira, impulsividad y agresiones, situaciones en las que su combinación con el psicofármaco olanzapina pueden incrementar los efectos terapéuticos del tratamiento.

Independientemente de la eficacia ampliamente documentada de la terapia dialéctico-conductual para el tratamiento del TLP, existe otro grupo de investigaciones que presentan evidencias sobre la bondad de otros tratamientos psicológicos en el tratamiento de este trastorno mental y del comportamiento. Pueden considerarse intervenciones *probablemente eficaces* porque o bien se basan en estudios que todavía no han sido replicados, o bien porque dichas intervenciones no han sido probadas por investigadores diferentes. Cabe también la posibilidad de que el número de sujetos incluidos en los grupos experimentales no supere el mínimo de rigor exigido. Estos tres criterios son fundamentales de cara a considerar un tratamiento como intervención basada en la evidencia (Chambless *et al.*, 1993; Chambless *et al.*, 1998; Chambless y Ollendick, 2001). En la tabla 2 se muestran los principales hallazgos de estos estudios.

Por ejemplo, Davidson *et al.* (2006) pusieron a prueba si la terapia cognitivo-conductual (TCC) junto con el tratamiento habitual (TAU) resultaba más eficaz que este último por sí solo a la hora de reducir el número de hospitalizaciones, asistencias a urgencias hospitalarias y conductas de tipo auto-lítico en personas con TLP. La TCC se centró en las creencias disfuncionales y en las conductas que resultaban disfuncionales en el contexto de cada participante. El análisis de los resultados mostró que el grupo que recibió TCC disminuyó significativamente los intentos de suicidio, si bien no se observaron diferencias ni en el número de ingresos de los participantes ni en la frecuencia en el uso de los dispositivos sanitarios de emergencias (salud mental). Este grupo presentó asimismo un menor número de síntomas psicopatológicos y una disminución de las creencias disfuncionales características en el TLP. Además, transcurrido un año de seguimiento desde la finalización de las intervenciones, en el grupo TCC disminuyó, también significativamente, la variable ansiedad situacional. En nuestra opinión, la TCC guarda algunas similitudes con la DBT en cuanto a que en ambos enfoques se abordan conductas disfuncionales. Sin embargo, mientras que bajo la TCC se someten a prueba esquemas cognitivos y conductas de afrontamiento cuyos resultados son desadaptativos, en la DBT se hace más énfasis en el aprendizaje de habilidades específicas para la resolución del malestar emocional y de los conflictos interpersonales. Pero a pesar de estas diferencias, quizás la TCC sea más eficaz que el tratamiento habitual o que otro tipo de intervenciones por cuanto que trata de abordar determinados objetivos terapéuticos comunes a los establecidos en la DBT.

Tabla 2. Ensayos clínicos aleatorizados con tratamientos probablemente eficaces.

Estudio	Participantes y tratamientos	Resultados		
		Diseño	RCT	Seguimiento
Feischbacher (2006)	DBT-A (no datos). N=12. Mujeres adolescentes.	No se dice	No	No
Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kenberg. (2007)	DBT vs TFP vs terapia dinámica de apoyo (TDA). N= 90; DBT=17, TDA=22, TFP=17. Asignación azar. 1 año cada intervención.	Ciego	Si	No
van Asselt et al. (2008)	SFT vs. TFP. N= 86 (44 SFT y 42 TFP). Tratamiento ambulatorio. 3 años de intervención. 2 sesiones semanales de 50 min.	No se dice	Si	4 años
Belino, Zizza, Rinaldi y Bogeto (2007)	PT + fluoxetina vs TC + fluoxetina N= 26 (7 hombres y 19 mujeres) 24 semanas de intervención.	Ciego	Si	No
Chen et al. (2008)	Pacientes ambulatorios adolescentes (15-18 a). CAT vs. GCC. N= 78 (CAT, 41; GCC, 37). 1 año de intervención. 24 sesiones en cada condición.	No se dice	Si	1 año
Blum et al. (2008)	STEPS + TAU vs TAU. N = 124 (103 mujeres y 21 hombres). BDP (DSM-IV) ambulatorios. STEPS 20 sesiones de grupo.	No se dice	Si	1 año.

Abreviaturas: BDI: Beck Depression Scale; BPD: Borderline Personality Disorder Severity Index, 4ª edición; BPD-47: Borderline Personality Disorder Checklist-47; CISSB: Cornell Interview for Suicidal and Self-Harming Behavior-Self Report; CGI: Clinical Global Impression; DBT-A: Dialectical-Behavioral Therapy for Adolescent; ECP: Tratamiento con psicoterapeutas expertos en los equipos comunitarios; EQ-5D: Escala EuroQol de calidad de vida; GAI: Global Assessment of Functioning Scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; IP-64: Inventory of Interpersonal Problems; MBT: Mindfulness-Based Treatment; SAS-SR: Social Adjustment Scale-Self Report; SAT-P: Satisfaction Profile for Quality of Life; SCM: Structured Clinical Management; SFT: Terapia centrada en esquemas; SOEAS: Social and Occupational Functional Assessment Scale; STEPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving; WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Questionnaire.

En base a los tratamientos probablemente eficaces incluidos en este epígrafe podemos concluir lo siguiente: primero, que la terapia dialéctico-conductual cuenta con mayor apoyo empírico que los diversos tratamientos cuya eficacia no ha sido completamente demostrada (terapia cognitivo-conductual, terapia centrada en esquemas, atención plena o *mindfulness*, terapia basada en el entrenamiento para la resolución de problemas, terapia cognitivo-analítica y terapia basada en la transferencia); segundo, que entre los tratamientos probablemente eficaces, la terapia cognitivo-conductual y la terapia basada en la transferencia parecen ser mejores opciones de tratamiento en comparación con el resto de terapias alternativas; y por último, que determinados tratamientos farmacológicos como la olanzapina y la fluoxetina pueden contribuir a la mejora de la eficacia de la DBT frente a otro tipo de intervenciones.

LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS ANALIZADOS

Los resultados que muestran los distintos estudios incluidos en el presente trabajo, aunque son cuanto menos esperanzadores, deben ser tenidos en cuenta con cautela, y ello es debido entre otras cosas a diversas dificultades metodológicas. Por ejemplo, una de ellas es el reducido número de pacientes de algunos ensayos controlados. En algunos casos se ha trabajado con menos de 30 pacientes en las distintas condiciones experimentales. En ensayos como el de Farrel, Shaw y Webber (2009) incluso solo se han incluido a mujeres, mientras que Chanen et al. (2008) trabajaron con una muestra de adolescentes que a priori pensamos no representa la entidad nosológica que aparece característicamente en los adultos. Por tanto, por el momento, es difícil generalizar con contundencia los resultados de las intervenciones al resto de la población con TLP.

A lo anterior hay que añadir otra dificultad adicional, y es que a la hora de comparar estudios, aparecen dificultades relacionadas con los criterios diagnósticos establecidos y los criterios exigidos para definir la muestra de participantes con TLP, lo cual es especialmente relevante cuando se piensa en señalar cuáles son las variables dependientes y si éstas son comparables en los diferentes trabajos de investigación. En la misma línea, surgen algunas dificultades cuando nos preguntamos por los instrumentos empleados para medir dichas variables dependientes. En general existe una heterogeneidad importante. Planteamientos similares se pueden realizar con las características propias de las diferentes formas de intervención y procedimientos empleados en las investigaciones.

Otra cuestión importante que hace complejo llegar a conclusiones definitivas es que las intervenciones administradas en los estudios se presentan a modo de “paquetes” de tratamiento, integrados por ingredientes en parte desconocidos. Esto no permite delimitar cuáles pudieran ser los elementos activos o los elementos comunes a distintos tratamientos. No obstante, Soler *et al.* (2009) sí han mostrado de alguna manera la eficacia del entrenamiento en habilidades como componente específico de la DBT para el tratamiento de los problemas emocionales y relacionales propios de los pacientes con diagnóstico de TLP.

Otra limitación que encontramos habitualmente en este tipo de ensayos tiene que ver con el intervalo de seguimiento de las medidas de resultado empleadas en los estudios.

Así, por ejemplo, un seguimiento de 1 año puede no ser suficiente para comprobar la efectividad a más largo plazo de las intervenciones. Es de esperar que cuanto mayor sea el intervalo de seguimiento, mayor será la potencia de comprobarse el mantenimiento de los resultados de las intervenciones psicológicas para el tratamiento del TLP.

Es conveniente señalar que el trabajo con adolescentes es todavía escaso, con lo que debería considerarse a modo de experiencia piloto. Además, pensamos que en esta franja de edad posiblemente no queda debidamente representada la entidad nosológica que aparece característicamente en los adultos.

Por último, otra limitación importante tiene que ver con los criterios alternativos para la validación de los tratamientos psicológicos propuestos por Carrascoso y Valdivia (2007). Casi todas las investigaciones realizadas se han basado en criterios de eficacia de los tratamientos, en situaciones de difícil replicación en nuestro contexto clínico, que es claramente heterogéneo y variable, tanto por las diversas peculiaridades del paciente y de su entorno como del profesional que lo atiende. Introducir estas variables, sin duda ayudaría a generalizar los hallazgos disponibles no solo a nivel de eficacia sino también a nivel de efectividad y de eficiencia de las terapias, lo cual es si cabe más necesario en nuestro contexto asistencial actual.

CONCLUSIONES

La terapia dialéctico-conductual parece ser la primera opción terapéutica para la atención comunitaria de las personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, especialmente si se trata de mujeres con tendencias suicidas y auto-lesivas, con trastornos crónicos del Eje 1, con trastornos comórbidos por abuso de sustancias (lo que constituye un factor de riesgo asociado a suicidio consumado) y con conductas de ira, impulsividad y agresiones. Probablemente, su combinación con Olanzapina podría incrementar los efectos terapéuticos del tratamiento.

En cuanto al resto de terapias, aunque con menor grado de evidencia, parece ser que la terapia basada en la transferencia y la terapia cognitivo-conductual contribuyen de manera significativa a la reducción de conductas que suponen un riesgo para la vida de estos pacientes, aunque todavía existen datos contradictorios. Y aunque hay datos que apuntan a la eficacia de la terapia cognitiva y de la terapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor en personas con TLP, son necesarios nuevos estudios que con muestras mayores confirmen la eficacia clínica de estas modalidades terapéuticas. Hay algún dato que sugiere que es más probable que la terapia centrada en esquemas cognitivos sea más efectiva y menos costosa para el tratamiento que la terapia basada en la transferencia. De hecho, en formato grupal, la terapia centrada en esquemas se ha mostrado eficaz en la reducción de síntomas y mejora del funcionamiento global. Finalmente, el STEPPS añadido a tratamientos habituales parece contribuir significativamente en la mejora de la impulsividad y el pobre ajuste social, dos características de los pacientes con TLP.

Independientemente del modelo terapéutico de trabajo, el abordaje del TLP requiere un tiempo de tratamiento largo, basado en el establecimiento de una buena

relación terapéutica o *rapport* con el paciente, puesto que solo así se puede obtener el compromiso necesario del paciente para continuar avanzando en la terapia. El marco terapéutico debería basarse en el establecimiento de unos límites claros. E independientemente del origen psicógeno del trastorno (diferente según el marco psicoterapéutico de trabajo), lo prioritario es disminuir las conductas de riesgo para entrenar después a los pacientes en la adquisición de habilidades (cognitivas y conductuales) que les permitan resolver los conflictos del *aquí y ahora*, abordar los sentimientos de soledad o abandono y desplegar otras conductas más funcionales para la aceptación de sí mismos y para el mantenimiento de las relaciones con los demás. Y para eso, es importante *validar* sus propias experiencias y decisiones, como alternativa a lo que siempre le ha supuesto un ambiente invalidante.

Asimismo, la investigación tendría que responder a las preguntas de los clínicos sobre cuál es el abordaje recomendable para los múltiples y variados tipos de síntomas y problemas propios de las personas con TLP. En este sentido, apostamos por estudios realizados no desde perspectivas categoriales, si no desde una visión dimensional y funcional del síntoma, y en un contexto más centrado en la persona.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2010). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-V (en revisión)*. Disponible en www.dsm5.org.
- Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Alvarez E, Zanarini MC y Pérez V (2004). Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 293-298.
- Bateman A y Fonagy P (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- 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.
- Beck AT (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia, Philadelphia Center for Cognitive Therapy.
- Beck AT, Steer RA y Brown GK (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*, 22nd ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bellino S, Zazza M, Rinaldi C y Bogetto F (2007). Combined therapy of mayor depression with concomitant borderline personality disorder: comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(11), 718-725.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE y Duggan C (2006a). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 25(1), CD005653.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE y Duggan C (2006b). Terapias psicológicas para personas con trastorno de la personalidad borderline. En: *Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Blizard RA (2008). The role of double binds, reality-testing and chronic relational trauma in the genesis and treatment of borderline personality disorder. En A Moskowitz, I Schäfer y MJ Dorahy (Eds.), *Psychosis, Trauma and Dissociation* (pp. 295-306). New York: John Wiley & Sons.
- Blum N, John DS, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, Arndt S y Black DW (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.
- Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Lieb K y Linehan MM (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Brazier J, Tumur I, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K y Paisley S. (2006). Psychological therapies including dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 10, 1-138.
- Caballo VE, Gracia A, López-Gollonet C y Bautista R (2004). El trastorno límite de la personalidad. En: VE Caballo (Coord.), *Manual de Trastornos de la Personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 137-160). Madrid: Síntesis.
- Carrascoso FJ y Valdivia S (2007). Towards alternative criteria for the validation of psychological treatments. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 3, 347-363.
- Chambless DL, Babich K, Crits-Christoph P, Frank E, Gilson M, Montgomery R, Rich R, Steinberg J y Weinberger J (1993). Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. *American Psychological Association*. En: <http://www.apa.org/divisions/div12/est/chamble2.pdf>
- Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, Crits Christoph P, et al. (1998). Update on empirically validated-therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless DL y Ollendick TH (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, et al. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomize controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 477-484.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF y Kernberg OF (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922 - 928.
- Coccaro EF, Harvey PD, Kupsw-Lawrence E, Herbert JC y Bernstein DP (1991). Development of neuropharmacologically based behavioral assessment of impulsive aggressive behavior. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 3, S44-S51.
- Coccaro EF y Kavoussi RJ (1997). Fluoxetine and impulsive-aggressive behavior in personality disordered subjects. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1081-1088.
- Conte HR, Plutchik R, Karasu TB y Jerrett I (1980). A self-report borderline scale: Discriminative validity and preliminary norms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 100, 428-435.
- Davidson KM, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H y Palmer S (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results for the borderline personality disorder study of cognitive therapy (Boscot) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20, 450-465.
- Derogatis LR (1994). *The SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual (3rd ed.)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Derogatis LR y Melisaratos N (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P y Buchheim P (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395.
- Farrel JM y Shaw IA (1994). Emotional awareness training: A prerequisite to effective-cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 71-91.

- Farrel JM, Shaw IA y Webber MA (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, 317-128.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL y Williams JBW (1996). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Research Version (SCID-I)*, version 2.0. New York: State Psychiatric Institute, Biometrics Research.
- García MT, Martín MF y Otín R (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30, 263-278.
- Giesen-Bloo J, van Dick R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen T, van Asselt T, Kremers I, Nadort M y Arntz A (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gunderson JG (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Guy W (1976). ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology: *Publication ADM 76-338*. Washington, DC: US Department of Health, Education, and Welfare.
- Hamilton MA (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton MA (1960). A rating scale for depression. *The Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Harned ML, Chapman AL, Dexter-Mazza ET, Murray A, Comtois KA y Linehan M (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068-1075.
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G y Villasenor VS (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and Clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Kernberg O (1996). A Psychoanalytic theory of personality disorders. En J Clarkin y M Lezenweger (eds.), *Major Theories of Personality Disorders* (pp. 106-140). New York: Guilford Press.
- Kernberg OF y Mischels R (2009). Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 505-508.
- Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, Bishop K, Butterfield MI y Bastian LA (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy women veterans with borderline personality disorder. *Behavioral Therapy*, 32, 371-390.
- Kröger C y Kosfelder J (2007). Meta-analysis on the effectiveness of the dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 3, 11-17.
- Kröger C y Kosfelder J (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936-951.
- Leichsenring F, Leibing E, Cruse J, New AS y Leweke F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM y Bohus M (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D y Heard HL (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan MM (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan MM, Cochran BN y Kehrer CA (2001). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality

- Disorder. En: DH Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 470-522). New York: The Guilford Press.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK y Lindemboin N (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch S, Heagarty P y Kivlahan DR (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for BPD. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL y Chiles JA (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.
- Linehan M, McDavid JD, Brown MZ, Sayers HR y Gallop RJ (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 Clinical of Psychiatry*, 69, 999-1005
- Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addictions*, 8, 279-292.
- Loranger AW (1988). *Personality Disorder Examination (PDE) Manual*. New York: DV Communications.
- Loranger AW (1995). *International Personality Disorders Examination (IPDE)*. Geneve: World Health Organization.
- Lynch TR, Trost WT, Salsman N y Linehan MM (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.
- McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L y Streiner DL (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.
- Munroe-Blum H y Marziali E (1995). A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 190-198.
- Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, van Asselt T, Wensing M y van Dyck R (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behavior Research and Therapy*, 47, 961-973.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1999). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Ginebra.
- Overall JE y Gorham DR (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Patton JH, Stanford MS y Barrat ES (1995). Factor structure of thr Barratt Impulsiviness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Rodríguez C y Murias E (2006). Situación actual de los tratamientos en el trastorno límite de la personalidad. *Psiquiatría.com*, 10, 1-27.
- Schwecke LH (2009). Childhood sexual abuse, PTSD, and borderline personality disorder. Understanding the connections. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47, 4-6.
- Soler J, Pascual JC, Campyngs 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 JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campyngs MF, Gich I, Álvarez E y 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.
- Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Turner RM (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 413-419.
- Tyrer P, Nur U, Crawford M, Karlsson S, McLean C, Rao B y Johnson T (2005). Social Functioning Questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 265-275.
- Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, Jones V, Knapp M, Davidson K *et al.* (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.
- van Asselt A, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Kremers IP, Nadort M y Severens JL (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: Cost-effectiveness of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 450-457.
- van den Bosch LMC, Koeter WJ, Sijnen 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 den Bosch LMC, Verheul R, Schippers GM, 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*, 27, 911-923.
- Verheul R, van den Bosch LMC, De Ridder MA, Stijnen T y van den Brink W (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12 month, randomized clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Verheul R, Van den Bosch L, Koeter M, De Ridder M, Stijnen T & Van den Brink W (2003). Dialectical behavior therapy with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 182, 135-140.
- Young JE y Brown E (1990). Young Schema Questionnaire. En JE Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (pp. 63-76). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young JE, Klosko JS y Weishaar ME (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini MC, Gunderson AA, Frankenburg JL y Chauncey DL (1990). Discriminating borderline personality disorder from other Axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 161-167.

Recibido, 29 Mayo, 2011

Aceptación final, 25 Noviembre, 2011