

### 3. Psicoterapia en el trastorno límite de la personalidad: nuevos avances

#### PSYCHOTHERAPY IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: NEW DEVELOPMENTS

M<sup>a</sup> Isabel Gutiérrez López

Doctora en psicología por la Universidad de Oviedo.

#### RESUMEN

Los trastornos límite de personalidad son considerados un problema de primera magnitud dentro de la salud mental dada la gravedad de los mismos así como su elevada epidemiología. La alta disfuncionalidad en su comportamiento derivada de su grave dificultad de regulación emocional es una característica central del trastorno y se hace patente en numerosas ocasiones en forma de conductas autodestructivas, siendo su máximo exponente los intentos de suicidio.

Los trastornos límite de personalidad suponen un elevado coste para los sistemas sanitarios así como para los propios pacientes y sus familias, sobretudo si tenemos en cuenta que se trata de un trastorno en el que se habitualmente se realizan tratamientos prolongados e ingresos hospitalarios cuando las crisis lo requieren. Asimismo, se ha referenciado que estos pacientes suelen ser hiperfrecuentadores de los servicios de salud.

Debido a sus características, los trastornos límite de personalidad suponen un importante desafío terapéutico. La complejidad de su expresión clínica, la elevada frecuencia de trastornos comórbidos así como la presencia de otros elementos que impiden un adecuado desarrollo de la terapia, como el abandono prematuro del tratamiento, hacen que sean considerados a menudo como pacientes difíciles y la terapia sea vista por los clínicos y terapeutas como compleja y frustrante.

En la actualidad, la psicoterapia se sitúa como el tratamiento de primera línea para los trastornos límite de la personalidad complementada con farmacoterapia orientada a la reducción de síntomas(1,2). Varios son los modelos psicoterapéuticos que han adaptado su forma de intervención a los trastornos límite de personalidad. La terapia dialéctico conductual es, sin duda, el tratamiento que ha tenido una mayor expansión, encontrándose en la literatura actual frecuentes referencias a la misma. Otras formas de tratamiento como la terapia basada en la mentalización o la psicoterapia

centrada en la transferencia ha recibido una importante atención por los distintos autores.

Respecto a la eficacia de la psicoterapia en los trastornos límite de la personalidad nos encontramos con una situación alentadora que muestra los beneficios que las distintas terapias ejercen sobre la mejora en la reducción de síntomas, la reducción de las conductas autolesivas o el incremento de la funcionalidad y el ajuste interpersonal.

La evidencia actual sugiere que la terapia dialéctico-conductual es el tratamiento de elección para los trastornos límite de la personalidad, mostrando su eficacia tanto en la mejora de la sintomatología propia de los trastornos límites(3) como en la reducción de conductas autolesivas e intentos de suicidio(4).

Otros modelos terapéuticos como la psicoterapia centrada en la transferencia, la terapia basada en la mentalización o la psicoterapia interpersonal, a pesar de contar con un importante lugar en el tratamiento de los trastornos límite de personalidad han sido notablemente menos estudiadas en comparación con la terapia dialéctico-conductual.

A pesar de que los distintos autores encuentran resultados prometedores en la psicoterapia se ha señalado que la potencia de los estudios disponibles hasta la actualidad es débil(3,5,6), por lo que se recomienda un mayor análisis y estudio.

El presente trabajo tiene como objetivo realizar un análisis de los nuevos avances en torno a la eficacia de la psicoterapia en los trastornos límite de la personalidad a través de una revisión sistemática de los estudios publicados en los últimos 5 años. Asimismo, se persigue conocer los factores predictores de éxito terapéutico así como aquellos que entorpecen en la terapia.

Para ello se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios publicados en los últimos 5 años mediante la búsqueda de ensayos clínicos presentes en las bases de datos PubMed, PsycINFO y The Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Tras la realización de esta revisión se encuentra una mayor prevalencia de estudios enfocados en el análisis de la eficacia de la terapia dialéctico-conductual, siendo los otros modelos terapéuticos objeto de una menor producción investigadora. En general, se encuentra un beneficio de la psicoterapia en el tratamiento de los trastornos límite de personalidad. También se descubren algunos factores predictores del cambio terapéutico y de abandono del tratamiento.

**Palabras clave:** Trastorno límite de personalidad, psicoterapia, efectividad del tratamiento.

#### ABSTRACT

*Borderline personality disorders are considered a major problem within mental health given their severity and their high*

epidemiology. The high dysfunctionality in their behavior derived from their severe difficulty of emotional regulation is a central feature of the disorder and is evidenced on numerous occasions in the form of self-destructive behaviors, being its maximum exponent suicide attempts.

Borderline personality disorders involve high costs for health systems as well as for patients and their families themselves, especially if we consider that it is a disorder in which prolonged treatments and hospital admissions are usually performed when crises require it. It has also been reported that these patients are often hyperfrequenters of health services.

Due to their characteristics, borderline personality disorders pose a significant therapeutic challenge. The complexity of its clinical expression, the high frequency of comorbid disorders and the presence of other elements that prevent the proper development of therapy, such as premature abandonment of treatment, make them often considered difficult patients and the therapy is seen by clinicians and therapists as complex and frustrating.

Currently, psychotherapy is positioned as the first-line treatment for borderline personality disorders supplemented with pharmacotherapy aimed at reducing symptoms (1,2). Several psychotherapeutic models have adapted their intervention to limit personality disorders. Dialectical behavioral therapy is undoubtedly the treatment that has had the greatest expansion, being in the current literature frequent references to it. Other forms of treatment such as mentalization-based therapy or transfer-focused psychotherapy have received significant attention from the various authors.

Regarding the effectiveness of psychotherapy in borderline personality disorders we find an encouraging situation that shows the benefits that the different therapies exert on improving the reduction of symptoms, reducing self-injurious behaviour or increasing functionality and interpersonal adjustment.

Current evidence suggests that dialectical-behavioral therapy is the treatment of choice for borderline personality disorders, showing its effectiveness in both improving the symptomatology of boundary disorders(3) as in the reduction of self-injury and suicide attempts(4).

Other therapeutic models such as transfer-focused psychotherapy, mentalization-based therapy or interpersonal psychotherapy, despite having an important place in the treatment of borderline personality disorders have been noticeably less studied compared to dialectical-behavioral therapy.

Although the different authors find promising results in psychotherapy, it has been noted that the potency of the studies available to date is weak (3,5,6), so further analysis and study is recommended.

The aim of this paper is to analyse new developments in the efficacy of psychotherapy in borderline personality disorders through a systematic review of the studies published in the last 5 years. It also seeks to know the predictors of therapeutic success as well as those that hinder therapy.

A systematic review of the studies published in the last 5 years was carried out by searching for clinical trials present in Pub-

Med, PsycINFO and The Crochrane Central Registrar of Controlled Trials databases.

Following this review, there is a greater prevalence of studies focused on the analysis of the efficacy of dialectical-behavioral therapy, with the other therapeutic models being the object of less research production. In general, a benefit of psychotherapy is found in the treatment of borderline personality disorders. Some predictors of therapeutic change and abandonment of treatment were also discovered.

**Keywords:** Borderline personality disorder, psychotherapy, treatment effectiveness.

## JUSTIFICACIÓN

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno mental y del comportamiento que se caracteriza principalmente por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la imagen de uno mismo y la afectividad, así como una marcada impulsividad(7,8). Las emociones están muy polarizadas y es habitual la presencia de graves episodios de descontrol afectivo e impulsivo que dan lugar a conductas autolesivas e intentos de suicidio. Las relaciones interpersonales, intensas y caóticas, suelen estar notablemente deterioradas.

Por otro lado, los trastornos límite de la personalidad se han asociado con una alta comorbilidad con otros trastornos mentales(9), lo que hace más compleja esta entidad clínica.

Las complejas características propias del trastorno límite de personalidad hacen que sean considerados como un verdadero desafío terapéutico. A esto es un hecho de que estos pacientes suelen tener un menor índice de cumplimiento terapéutico y una mayor tasa de abandonos.

Desde hace años los clínicos e investigadores realizan trabajos encaminados al desarrollo de formas de intervención que resulten eficaces en el tratamiento de estos pacientes, permitiendo la reducción de síntomas, la mejora en el funcionamiento interpersonal, el cese de las conductas autodestructivas e intentos de suicidio y la mejora en la calidad de vida, entre otras cuestiones. La literatura actual cuenta con numerosas referencias al estudio de la mejora de estos pacientes.

A pesar de la amplia bibliografía actual todavía no se encuentra un consenso robusto en torno a esta cuestión. En general, se considera que la psicoterapia es el tratamiento de elección en los trastornos límite de la personalidad(1,2). Dentro de las psicoterapias, parece que la terapia dialéctico-conductual es la que cuenta con un mayor aval científico a través de ensayos clínicos aleatorizados que evalúan su eficacia. Sin embargo, los datos disponibles hasta la fecha no son lo suficientemente robustos por lo que se hace necesario un mayor número de estudios de replicación(2,6).

A partir de esta situación se plantea el presente estudio cuyo objetivo es realizar un análisis de los nuevos avances en torno a la eficacia de la psicoterapia en los trastornos límite de la personalidad. Para ello se ha realizado una revi-

sión sistemática de los estudios publicados en los últimos 5 años. Asimismo, se han tenido en cuenta los factores predictores de éxito terapéutico así como aquellos que entorpecen en la terapia con el objetivo de conocer mejor aquellas formas y componentes terapéuticos que puedan contribuir en mayor medida al beneficio de estos pacientes.

Una vez introducido y justificado el presente trabajo, se pasa a exponer los contenidos del mismo, el cual se ha estructurado en dos partes, una teórica y otra empírica.

En la *parte teórica* se realiza un acercamiento teórico al concepto de trastorno límite de personalidad. Comenzaremos con una introducción para pasar a analizar los aspectos clínicos y diagnósticos. Posteriormente se desarrollan aspectos relacionados con la epidemiología, el desarrollo y el curso, el diagnóstico diferencial y la comorbilidad así como la etiopatogenia y los factores de riesgo. Se finaliza la parte teórica con un análisis de los tratamientos disponibles para el trastorno límite de personalidad, centrándonos en la psicoterapia.

La *parte empírica* muestra el trabajo investigador realizado. Comenzaremos con el objetivo del estudio y el método utilizado. Seguidamente se presentan los resultados obtenidos para pasar a su discusión. Finalizaremos esta parte con las conclusiones extraídas.

Por último, se recogen las referencias bibliográficas consultadas.

Una vez expuestos los motivos que han guiado el presente trabajo de investigación así como la estructura que se ofrece, se inicia el desarrollo del mismo.

## PARTE TEÓRICA

### TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

#### Introducción

Los trastornos de la personalidad son considerados un problema de primera línea dentro de la salud mental dada la gravedad de los mismos así como su alta epidemiología. A

**Tabla 1.** Criterios CIE-10 para el diagnóstico de F60.30. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Tipo impulsivo.

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de la personalidad (F60).
- B. Tienen que estar presentes al menos tres de los siguientes, de los cuales uno de ellos ha de ser el 2:
  1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
  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.
  3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
  4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
  5. Humor inestable y caprichoso.

pesar de su amplio estudio, las dificultades y controversias en torno a los mismos son numerosas, lo que le hace un tema de continua revisión.

Dentro de los trastornos de la personalidad, el trastorno de la personalidad límite es frecuentemente considerado como el más complejo y de mayor gravedad, ocasionando un fuerte impacto y sufrimiento tanto a nivel personal como familiar y social. Asimismo, producen un elevado consumo de los recursos sanitarios debido tanto a lo prolongado de los tratamientos requeridos como a la hiperfrecuentación que suelen realizar estos pacientes.

Por todo ello, se hace necesario el continuar con su estudio en aras de ampliar el conocimiento actual sobre este trastorno así como proporcionar mejoras terapéuticas que permitan paliar su disfuncionalidad.

#### Aspectos clínicos y diagnósticos

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno mental y del comportamiento que se caracteriza principalmente por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la imagen de uno mismo y la afectividad, así como una marcada impulsividad. La Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) (7) distingue dos tipos dentro de los trastornos límite de la personalidad, el de tipo impulsivo, cuya característica central está marcada por el descontrol de impulsos y la inestabilidad emocional, y el de tipo límite, al que además de lo señalado se añaden otras características disfuncionales tales como la distorsión de la imagen corporal, de los propios objetivos y la imagen íntima, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables y la tendencia al comportamiento autodestructivo. Los criterios incluidos en la CIE-10 para el trastorno de la inestabilidad emocional se exponen en la tabla 1 para el tipo impulsivo y en la tabla 2 para el tipo límite.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)(8), por su parte, sostiene una visión muy similar a la descrita en cuanto a la CIE-10 y señala como patrón fundamental en el trastorno límite de la personalidad la inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos así como una impulsividad inten-

**Tabla 2.** Criterios CIE-10 para el diagnóstico de F60.31. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Tipo límite.

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de la personalidad (F60).
- B. Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el criterio B de F60.30, a lo que se han de añadir al menos dos de los siguientes:
  1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales).
  2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.
  3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
  4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
  5. Sentimientos crónicos de vacío.

**Tabla 3.** Criterios DSM-5 para el diagnóstico de F60.3. Trastorno de la personalidad límite (301.83).

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

sa. Los criterios incluidos en el DSM-5 para el trastorno de límite de la personalidad se exponen en la tabla 3.

Además de este diagnóstico categorial comúnmente utilizado, en la nueva versión del manual de la APA, el DMS-5 en su sección III ("*Modelo alternativo del DMS-5 para los trastornos de la personalidad*") presenta también una alternativa dimensional que considera a los trastornos de la personalidad como variaciones desadaptativas de los rasgos de personalidad, de manera que se conciben como un continuum entre la normalidad y la psicopatología. En esta aproximación se incluyen 7 trastornos: trastorno antisocial de la personalidad, trastorno evitativo de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno esquizotípico de la personalidad y trastorno de la personalidad especificado por rasgos.

En este modelo alternativo, el funcionamiento de la personalidad (entendido desde los desajustes centrales en la personalidad patológica) constituye un criterio general para el trastorno de personalidad. Para poder diagnosticar un trastorno de la personalidad se debe de encontrar un nivel de desajuste del funcionamiento global de la personalidad moderado o mayor que moderado. Tras este hallazgo, se requiere la evaluación de los rasgos patológicos de la personalidad conforme a 5 dominios: emocionalidad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo.

Por otro lado, también se acepta la comorbilidad con otros trastornos mentales y se resalta la importancia de valorar la presencia de trastornos o rasgos de personalidad en otros trastornos mentales debido a la capacidad que tienen estos de modular el curso de la psicopatología comórbida.

Si bien las características señaladas como esenciales en los manuales CIE-10 y DSM-V (la inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos así como la impulsividad intensa) son consideradas por la comunidad científica como elementos definitorios de los trastorno límite de la personalidad, algunos autores consideran que, además de estos, deben añadirse los síntomas disociativos y las con-

ductas autolesivas como elementos centrales a la hora de realizar el diagnóstico(9) y no solo como elementos asociados.

La inestabilidad emocional y la dificultad para regular emociones ha sido uno de los aspectos más señalados en referencia a los trastornos límite de la personalidad(10), probablemente debido a los problemas funcionales que se derivan de los mismos. Las personas con un alto nivel de disregulación emocional presentan un peor funcionamiento psicosocial(11) y mayores problemas físicos y psicológicos(12). El estado de ánimo continuamente cambiante unido al elevado grado de hipersensibilidad emocional, sobretodo en lo referente a las emociones negativas, frecuentemente desencadena conductas o acciones ampliamente desproporcionadas. La pérdida de control emocional deriva en la pérdida de control conductual por lo que es frecuente la realización de conductas impulsivas y explosiones de ira. Las conductas autodestructivas suponen otra característica frecuente derivada de su frágil control emocional.

Otro de los aspectos centrales en el trastorno límite de la personalidad es la distorsión de la identidad(9,13), lo cual provoca una marcada inestabilidad en la autoimagen y el sentido de sí mismo así como la búsqueda de relaciones interpersonales que restauren el autocuidado que no son capaces de realizar por sí mismos. La sensación de vacío existencial derivada de la débil imagen propia desemboca en la realización de conductas disfuncionales con importantes consecuencias negativas a medio-largo plazo. Es frecuente que los trastornos límite de la personalidad se embarquen en acciones autodestructivas como el consumo de tóxicos, conductas sexuales de riesgo u otras conductas que pretenden mitigar su sufrimiento emocional, siendo su máximo exponente las conductas autolesivas o los intentos de suicidio.

Se estima que tres cuartas partes de las personas con trastorno límite de la personalidad han realizado alguna vez conductas autolesivas sin intencionalidad suicida y dos tercios han realizado algún intento de suicidio(14), siendo

los intentos de suicidio previos y los altos niveles de desesperanza importantes predictores de intentos suicidas posteriores(15).

Las relaciones interpersonales tienden a ser inestables, intensas y turbulentas. La capacidad de vinculación está gravemente afectada y el miedo a la separación (real o imaginada) lleva a esfuerzos desesperados para evitar el abandono que incluyen ira inapropiada o comportamientos impulsivos como las autolesiones. La opinión sobre los demás tiende a variar de manera repentina y dramática, alternándose entre los extremos de idealización y devaluación(9). Los temores de abandono se relacionan con el miedo a la soledad y la intensa dependencia interpersonal que muestran estos pacientes.

En momentos de alto estrés pueden aparecer síntomas paranoides transitorios que suelen durar entre unos minutos a horas, no necesitando normalmente la presencia de un diagnóstico adicional. Generalmente estos episodios tienen lugar como respuesta a un abandono real o imaginado y suelen remitir si retorna esa persona significativa(8).

El funcionamiento psicosocial suele estar deteriorado. Los problemas laborales y pérdida de empleo son habituales así como la separación o el divorcio. Además es frecuente que abandonen metas adecuadas justo antes de conseguirlas (abandono de estudios en último año...).

### **Epidemiología**

En cuanto a su estimación epidemiológica, es de destacar que resulta especialmente complicada en lo que se refiere a los trastornos de personalidad en general, en parte debido a la alta complejidad en su evaluación diagnóstica así como a su alta comorbilidad (tanto entre ellos como con otros trastornos mentales). La prevalencia estimada de los trastornos de la personalidad varía ampliamente en función de los estudios consultados, oscilando entre un 4,4% y un 22,3%, con una tasa media en torno al 11,3% de la población(16). Dentro de ellos, el trastorno límite de la personalidad es considerado como el más frecuente, con tasas de entre el 30 y el 60% de las personas con trastornos de personalidad(17). En lo que se refiere a muestras clínicas, el trastorno límite de la personalidad emerge como el trastorno de personalidad más frecuente. Se encuentra un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en torno al 20% de los pacientes ingresados en unidades psiquiátricas(18) y en alrededor del 10% de los pacientes ambulatorios de los servicios de salud mental(19).

La alta prevalencia epidemiológica unida a la gravedad de sus características clínicas hacen que los trastornos límite de personalidad supongan un elevado coste para los sistemas sanitarios, sobretodo si tenemos en cuenta que se trata de un trastorno en el que se habitualmente se realizan tratamientos prolongados e ingresos hospitalarios cuando las crisis lo requieren. Asimismo, se ha referenciado que estos pacientes suelen ser hiperfrecuentadores de los servicios de salud. De los pacientes atendidos en los servicios de urgencias por intentos autolíticos, alrededor de un 56% tienen un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, y de los pacientes atendidos en Atención Primaria un 6% también recibe este diagnóstico. Dados estos datos, algunos autores

subrayan la importancia de realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de estos pacientes en todas las circunstancias clínicas(20).

Con respecto a la distribución por sexos, el trastorno límite de la personalidad aparece más frecuentemente en mujeres, encontrándose cifras de hasta el 75%. A pesar de que esta distribución aparece de manera consistente en distintos estudios, también se ha señalado la posibilidad de que sean producto de algún sesgo. Por un lado se encuentra que un lugar frecuente de obtención de muestra son los sistemas sanitarios y los varones muestran una menor tendencia de uso de los sistemas sanitarios. Otra cuestión referida son los efectos de los estereotipos sexuales que hacen que algunos rasgos del trastorno límite sean considerados más patológicos en mujeres que en hombres.

### **3.4. Desarrollo y curso**

El trastorno límite de la personalidad aparece generalmente durante la adolescencia o principio de la edad adulta, sin embargo, existen ciertas características que pueden aparecer ya durante la infancia para posteriormente consolidarse.

A pesar de la variabilidad interpersonal, el curso más común es una inestabilidad crónica en los adultos jóvenes con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo que se van reduciendo con la edad(8).

La psicopatología habitualmente presenta un patrón global de cambio positivo que se traduce tanto en la reducción de síntomas como en el no cumplimiento de criterios diagnósticos(21). Sin embargo, parece que el curso en cuanto al funcionamiento social no es tan alentador y se observa que el deterioro en el funcionamiento social se mantiene tras largos periodos de seguimiento(20).

Se ha señalado que existe una alta variabilidad dentro del curso de los trastornos límite de personalidad y que esta variabilidad puede tener que ver con la presencia de situaciones estresantes debido a la alta reactividad y baja tolerancia que tienen estos pacientes a estas situaciones. Otros factores que se han identificado como predictores del curso son los antecedentes de abuso sexual en la infancia, el nivel de actividad, la edad o los antecedentes familiares de abuso de sustancias.

### **3.5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad**

La diversidad de síntomas presentes en el trastorno límite de personalidad es un aspecto que dificulta sustancialmente el diagnóstico y que incrementa las probabilidades de solapamiento con otros trastornos mentales. Es por ello que se resalta la necesidad de una evaluación psicopatológica exhaustiva que permita un correcto diagnóstico diferencial.

La evaluación de los trastornos de la personalidad es una tarea compleja y que presenta notables dificultades. Algunos autores(22) han señalado algunas de estas dificultades en los distintos niveles implicados:

- En el paciente:
  - Resistencia a ser diagnosticado como trastorno de personalidad.
- En el clínico:
  - Carencia de formación específica.
  - Aceptar sin crítica diagnósticos previos.
  - Confundir psicopatología del eje I y II.
  - Utilizar métodos de evaluación inadecuados.
  - Basar el diagnóstico en la contratransferencia.
  - Aplicar las categorías diagnósticas sin un análisis profundo.
  - No aceptar la existencia de los trastornos de personalidad como categoría nosológica independiente.
  - Considerar los trastornos de personalidad desde el punto de vista moral.
- En la conceptualización del trastorno:
  - Falta de un consenso definitorio del concepto.
  - Presencia de otro trastorno en el eje I.
- En la evaluación:
  - Dificultad para diferenciar entre la normalidad y patología.
  - Ausencia de una prueba diagnóstica universalmente aceptada.

Como se ha señalado, el realizar una adecuada evaluación es enormemente necesario para llegar a un correcto diagnóstico, más si cabe cuando las características clínicas del trastorno se solapan frecuentemente con otras entidades que se pueden confundir con él.

La comorbilidad dentro de los trastornos de la personalidad es un problema descrito ampliamente. Dentro del eje II, la mayoría de las personas a las que se les diagnostica un trastorno de la personalidad cumple criterios para más de uno(23) y resulta bastante común que aquellos pacientes diagnosticados de trastorno límite de personalidad tengan asociado a su vez otro diagnóstico de otro trastorno de personalidad. Es especialmente coocurrente con el trastorno histriónico, dependiente, antisocial y esquizotípico.

Con respecto al eje I, los trastornos límite de la personalidad también se han asociado con una alta comorbilidad con otros trastornos mentales(9), tales como el trastorno depresivo mayor (35-85%), el trastorno de estrés postraumático (35-55%), los trastornos de la alimentación (30-50%), el trastorno de pánico (30-50%), la fobia social (25-50%), el abuso de sustancias (20-65%), el trastorno distímico (25-65%) o la ansiedad generalizada (10%).

Dada la alta comorbilidad, tanto con trastornos del eje I como del eje II, no resulta extraño que se insista en la importancia de un buen diagnóstico diferencial.

Las características propias del trastorno límite de personalidad pueden darse en un amplio número de trastornos mentales por lo que la facilidad de confusión diagnóstica es elevada. Así, se hace necesario un análisis minucioso que permita determinar si existe uno o más diagnósticos y cual de ellos es el principal.

La inestabilidad en las emociones presentes en los trastornos límite ha llevado a algunos autores a considerar a estos como una variante atípica de los trastornos afectivos. Sin embargo, la expresión fenomenológica de ambos trastornos ha ido descartando esta cuestión y acercándose más a una postura de comorbilidad diagnóstica. Como ya se ha comentado, muchos de los pacientes con trastorno límite presentan además un trastorno depresivo mayor o distimia. En este punto se hace necesario determinar si los sentimientos de vacío, las conductas suicidas o la ira se expresan sólo durante los episodios depresivos. Asimismo, la forma conductual y las interacciones interpersonales pueden permitir distinguir entre ambos trastornos.

Con respecto al trastorno bipolar, la disregulación emocional y conductual hacen que a veces se puedan superponer los diagnósticos, sobretodo en lo referente al trastorno bipolar tipo II. Sin embargo, en el trastorno bipolar las alteraciones afectivas suelen tener un curso más independiente de las circunstancias ambientales mientras que en el trastorno límite de personalidad los cambios en el estado de ánimo suelen estar desencadenados por un estrés interpersonal.

Otro de los posibles diagnósticos a tener en cuenta es el trastorno de estrés postraumático. Dado que la presencia de una historia pasada de trauma es bastante frecuente en las personas con trastorno límite de la personalidad, algunos autores sugirieron que podía tratarse de una variante atípica y grave del trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, en la literatura actual nos encontramos trabajos que muestran que un número muy significativo de personas con trastorno límite de personalidad no cuentan con ese tipo de traumas y que las características de aparición y curso del trastorno suelen diferir.

### **Etiopatogenia y factores de riesgo**

En lo que respecta a la etiología, la génesis del trastorno límite de la personalidad obedece a causas multifactoriales que incluyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En general, se asume que son varios los aspectos que actúan de forma conjunta en la causa del trastorno límite de la personalidad. Factores genéticos, el temperamento, situaciones de maltrato o abuso infantil o entornos invalidantes, han sido señalados como factores contribuyentes al desarrollo de un trastorno límite de la personalidad(6,24).

### **Aspectos genéticos**

Para establecer una base genética del trastorno límite de la personalidad se han realizado varios estudios con familias con algún miembro afectado. De estos se desprende la existencia de un mayor porcentaje de trastornos límite de personalidad entre familiares de primer grado (11,5%)

comparado con la población general(20). Sin embargo, se han realizado críticas a estos supuestos debido a la no diferenciación de varianza explicada por el ambiente.

A pesar de que la literatura actual a través del estudio con gemelos mono y dicigóticos sugiere una moderada heredabilidad del trastorno límite, la mayor parte de los estudios están realizados con muestras reducidas y limitaciones considerables lo que hace considerar a algunos autores que la investigación genética en estos trastornos se encuentra en sus primeras etapas, sobretodo si es comparado con el abundante desarrollo que ha tenido en otros trastornos mentales, lo que hace necesario un mayor estudio para lograr una mayor base empírica(25).

### **Neurobiología**

Desde la investigación neurobiológica se ha intentado elucidar la existencia de características cerebrales y neurohormonales que puedan explicar la sintomatología propia del trastorno límite de personalidad. Los estudios realizados hasta la fecha indican que estos pacientes presentan alteraciones cerebrales estructurales y funcionales sobretodo en áreas relacionadas con la regulación afectiva y cognitiva y el control de impulsos.

Estudios realizados mediante resonancia magnética funcional y no funcional encuentran que las personas con trastorno límite de personalidad presentan un lóbulo frontal más pequeño así como alteraciones en el hipocampo y la amígdala. Asimismo, los estudios con SPECT muestran una reducción en el flujo cerebral regional en la corteza temporal lateral derecha y la corteza prefrontal polar y ventrolateral derecha(26). Estos hallazgos pueden relacionarse con alteraciones en la regulación afectiva y cognitiva así como con el descontrol en la impulsividad.

### **Factores psicosociales**

La alta prevalencia de experiencias traumáticas en la infancia de los individuos con trastorno límite de personalidad llevó a considerar a éstas como un factor causal del trastorno. El abuso sexual en particular, y las experiencias traumáticas en general, fueron vistas como el factor etiológico principal para algunos autores que llegan a considerar el trastorno límite como una variante grave y crónica del trastorno de estrés posttraumático. Sin embargo, diversos estudios longitudinales han aclarado que, si bien la presencia de eventos traumáticos es significativamente más alta en estas personas, esto no se da en todos los individuos y existen otros factores relacionados con el entorno y la biología que también contribuyen de manera significativa al desarrollo del trastorno(20).

La forma de apego, sobretodo en relación con el apego inseguro desorganizado, también ha sido señalado como un elemento causal relevante. En el apego inseguro desorganizado las necesidades del niño no son satisfechas y la conductas de los padres son vistas por el niño con desorientación y/o miedo. Al contrario de lo que ocurre con un apego seguro donde los padres son vistos como una fuente de protección, los niños con apegos inseguros ven a sus padres como una fuente de alarma y confusión, colocándoles ante una para-

dójica existencial. Esta forma de relación desadaptada con sus figuras de apego es la que configurará más tarde las características de la interacción interpersonal que tendrá lugar con los otros, su forma de ver el mundo y a los demás.

### **Factores precursores**

Algunos estudios longitudinales han mostrado la existencia de una serie de signos y síntomas asociados con el posterior desarrollo de un trastorno límite de personalidad. Entre estos factores se sitúan la presencia de trastornos relacionados con el uso de sustancias durante la adolescencia (sobretodo en relación al alcohol), trastornos de conducta en la infancia o la adolescencia, depresión en la infancia o adolescencia y conductas autolesivas reiteradas en la infancia(6).

## **TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Las características propias de estos pacientes hacen que sean considerados por los clínicos como un importante reto terapéutico. La terapia es a menudo considerada como compleja y frustrante, lo que provoca reticencias en algunos terapeutas. Frecuentemente son considerados negativamente por el personal sanitario y descritos como difíciles, manipuladores, con un bajo grado de empatía y un alto grado de ira y hostilidad(27) aunque estas consideraciones varían dentro los distintas especialidades sanitarias(28). Algunos modelos de tratamiento incluyen programas de psicoeducación y entrenamiento en habilidades para el personal sanitario con el objetivo de contribuir a salvar estas dificultades. Estos programas se han encontrado eficaces a la hora de modificar las actitudes negativas hacia los trastornos límite de personalidad(29) lo que contribuye a mejorar la calidad de la atención a estos pacientes con el consiguiente beneficio terapéutico.

### **La psicoterapia en los trastornos límite de la personalidad**

Tal y como se ha señalado, los trastornos límite de la personalidad suponen un gran desafío terapéutico. La dificultad de sus características clínicas o el abandono prematuro del tratamiento son algunas de las razones para ello. Asimismo, y como ya se ha señalado previamente, los trastornos límite de personalidad presentan un alto índice de comorbilidad(9). Esta circunstancia incrementa sustancialmente la complejidad del tratamiento así como el riesgo de resultados negativos en el mismo, incluso cuando se siguen tratamientos de acuerdo con guías clínicas basadas en la evidencia(23).

En la actualidad, la psicoterapia se sitúa como el tratamiento de primera línea para los trastornos límite de la personalidad complementada con farmacoterapia orientada a la reducción de síntomas(1,2). La literatura actual respalda el papel sustancial de la psicoterapia dentro del tratamiento de estos pacientes. Dentro de las psicoterapias, parece que la terapia dialéctico-conductual de Linehan(30) es la que cuenta con un mayor aval terapéutico a través de

ensayos clínicos aleatorizados que evalúan su eficacia. Sin embargo, los datos disponibles hasta la fecha no son lo suficientemente robustos por lo que se hace necesario un mayor número de estudios de replicación(2,6).

Los factores comunes encontrados en las psicoterapias eficaces incluyen características tales como(6,31):

- la terapia debe estar basada en un enfoque teórico explícito e integrado al que se adhiere el terapeuta y compartido por el paciente,
- el terapeuta debe ser un profesional experimentado que preste atención a las emociones del paciente,
- la terapia debe estar enfocada al cambio y a los aspectos relacionales que se crean en la terapia entre el paciente y el terapeuta,
- priorizar el suicidio como un tema activo que debe abordarse cada vez que surge.

Además del estudio de la eficacia de la psicoterapia en el trastorno límite de personalidad, también se ha evaluado la eficiencia de la misma. En la literatura actual existen gran variedad de estudios que evalúan los costes y/o beneficios económicos de esta forma de tratamiento. Las personas con trastorno límite muestran patrones de alta utilización de los servicios sanitarios generando importantes costes tanto a los sistemas sanitarios públicos como a las personas afectadas y sus familiares. Esto ha ocasionado que se inviertan esfuerzos en encontrar formas de tratamiento más coste-efectivas que permitan racionalizar los recursos y mejorar la calidad económica de los pacientes y sus familias.

En una revisión realizada recientemente(32) se muestra cómo, a pesar de las diferencias existentes entre los distintos países, la psicoterapia produce una reducción de coste en comparación con el tratamiento habitual. Esta reducción se encuentra en las distintas psicoterapias evaluadas independientemente del tipo de tratamiento seguido aunque también se observa que las terapias que resultan más efectivas muestran asimismo un mayor ahorro económico.

Dentro de las psicoterapias que se han adaptado para el abordaje del trastorno límite de personalidad se sitúan distintas escuelas y modelos. Probablemente la que ha logrado una mayor repercusión y difusión sea la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan (TDC). Además de la TDC, algunas de las psicoterapias más estudiadas y con mayor apoyo empírico son la Terapia Basada en la Mentalización (TBM) de Bateman y Fonagy(33), la Terapia Centrada en la Transferencia (TFP) de Clarkin, Kernberg y Yeomans(34) o la Terapia Interpersonal de Klerman en su adaptación al trastorno límite de personalidad(35), algunas de ellas se pasan a revisar a continuación.

### **Terapia dialéctico-conductual (DBT)**

La terapia dialéctico-conductual es una modalidad de tratamiento psicológico descrita por primera vez en los años 90 por Marsha Linehan(30) y que se encuadra dentro de un tratamiento específico para las personas con trastorno límite de personalidad. Como su propio nombre indica, la terapia dialéctico-conductual se basa en una visión dialéctica del

mundo en dos vertientes: como definición de la naturaleza de la realidad, y como diálogo y relación persuasiva para llevar a cabo el cambio.

Desde la perspectiva biopsicosocial de la terapia dialéctico-conductual el trastorno límite de personalidad se sostiene sobre una disfunción principal, la desregulación de emociones, y esta desregulación tiene lugar debido a la conjunción entre la vulnerabilidad emocional y el uso de estrategias de modulación de emociones inadecuadas y no adaptativas. Así, el objetivo terapéutico que se persigue desde este modelo es la adquisición de habilidades que permitan conductas funcionales y adaptadas.

La terapia dialéctico-conductual aplica un amplio abanico de técnicas cognitivas y conductuales (centradas en el cambio conductual) en combinación con prácticas provenientes de la filosofía Zen (centradas en la aceptación y la validación).

El programa de tratamiento está estructurado y manualizado, y se organiza en torno a cuatro modos de intervención: terapia individual, entrenamiento en habilidades, llamadas telefónicas y grupo de apoyo y supervisión para terapeutas. Los objetivos de tratamiento están jerarquizados y son comunes a las modalidades individual y grupal.

La terapia individual es la encargada de articular el resto de componentes de la terapia dialéctico-conductual. Los objetivos principales se dirigen a mantener al paciente a salvo y asegurar su implicación en el tratamiento: reducir las conductas autolesivas, reducir las conductas que entorpecen en la terapia, reducir las conductas que interfieren con la calidad de vida, e incrementar las estrategias de afrontamiento destinadas a la regulación emocional. Se realiza con una frecuencia semanal en sesiones de una hora aproximadamente y el contenido de la sesión vendrá determinado por la progresión del paciente en los objetivos terapéuticos marcados así como la aparición (o no) de crisis entre sesiones.

El entrenamiento en habilidades es un aspecto central de la terapia dialéctico-conductual que es llevado a cabo en formato grupal con una periodicidad semanal. Los objetivos son (organizados jerárquicamente): detener las conductas que probablemente destruirán la terapia, adquirir habilidades para después reforzarlas y generalizarlas, y reducir las conductas que interfieren en la terapia. Se compone de cuatro módulos de habilidades dirigidos a mejorar las áreas disfuncionales en el trastorno límite de personalidad y sus consecuencias: habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar.

Las llamadas telefónicas suponen otra parte importante de la terapia. Mediante ellas se permite la generalización de las habilidades aprendidas a través de entrenamientos en vivo, dar respuesta a situaciones de crisis sin necesidad de esperar a la próxima consulta o aumentar el número de las mismas, y enseñar como pedir ayuda de una manera adecuada. Las llamadas telefónicas se realizan siguiendo una reglas claras y marcadas, y la realización de las mismas fuera de este encuadre se considera como un mal uso que interfiere con la terapia.

Por último, el equipo de consulta y supervisión ayuda y apoya al terapeuta responsable del caso además de evaluar el progreso de la terapia. Las reuniones de equipo son semanales con una duración de una o dos horas.

La evidencia actual sugiere que la terapia dialéctico-conductual es el tratamiento de elección para los trastornos límite de la personalidad, mostrando su eficacia tanto en la mejora de la sintomatología propia de los trastornos límites(3) como en la reducción de conductas autolesivas e intentos de suicidio(4). Sin embargo, algunos autores han señalado que un considerable número de trabajos han sido realizados en los años 90, por lo que se hace necesario proveer de una mayor evidencia científica actualizada en esta misma línea(36). A esto se une lo destacado por otros revisores que, a pesar de encontrar resultados prometedores para la terapia dialéctico-conductual, destacan que la fuerza de estos estudios es débil y subrayan la necesidad de conclusiones más robustas(2).

### **Psicoterapias de orientación psicodinámica**

#### *Terapia basada en la mentalización*

Una de las psicoterapias de orientación psicodinámica que más calado a tenido en el abordaje de los trastornos límite de la personalidad es la terapia basada en la mentalización (MBT)(33).

La terapia basada en la mentalización es una terapia de corte psicodinámico que se sustenta en las bases de la teoría del apego. Ha sido desarrollada principalmente por los autores Anthony Bateman y Peter Fonagy.

La mentalización se concibe desde esta perspectiva como la compleja capacidad para entender a los demás y entenderse a uno mismo infiriendo los estados mentales que subyacen a la conducta manifiesta. La capacidad para entenderse a uno mismo y a los otros en términos psicológicos se supone un elemento crucial para la autorregulación y para las relaciones íntimas constructivas. En el otro lado, el deterioro en la mentalización puede dar lugar a problemas interpersonales y sociales, inestabilidad emocional, impulsividad, conductas autodestructivas y violencia. Aunque este déficit no es exclusivo de los trastornos límite de la personalidad, si es característico en ellos mostrando una supresión parcial y específica de la mentalización que se exacerba notablemente en momentos de ansiedad y estrés en el apego.

Desde este modelo los trastornos límite de personalidad se caracterizan por una frágil capacidad para mentalizar producida como consecuencia de la carencia de una representación del self coherente e integrada. Los autores relacionan esta carencia con la ausencia de un apego seguro. El carecer de una figura de apego seguro dificulta cuando no impide un aprendizaje funcional de la relación entre sus estados mentales y la realidad que observan. Así, el niño sin apego seguro (y frecuentemente con apego desorganizado) no cuenta con un reflejo adecuado de su propia experiencia por lo que no puede desarrollar una representación de su self, viéndose obligado a internalizar como parte de su self representaciones incongruentes provenientes de su figura de apego ("self ajeno" o "alien self").

La terapia basada en la mentalización tiene como objetivo la mejora de los problemas de los trastornos límite de personalidad mediante el fortalecimiento de la capacidad de mentalización. El tratamiento original se lleva a cabo de manera individual y grupal de forma combinada y se estructura en tres fases. En una primera fase se persigue la adherencia al tratamiento y la creación de la alianza terapéutica así como la evaluación de la capacidad de mentalización del paciente. En una segunda fase se realiza el tratamiento más profundo encaminado a favorecer la capacidad de mentalización mediante estrategias específicas. Por último se sitúa la tercera fase en la que se prepara al paciente para el fin de la terapia y el mantenimiento de los logros adquiridos.

A pesar de que se han realizado varios estudios en torno a esta práctica terapéutica que sugieren un beneficio terapéutico de este modelo también se destacan debilidades que alientan a continuar estudiando en esta línea(5).

#### *Psicoterapia centrada en la transferencia (TFP)*

La psicoterapia centrada en la transferencia es una psicoterapia de raíz psicoanalítica desarrollada por Kernberg y colaboradores e indicada para pacientes con graves trastornos de la personalidad. Los autores encuentran que la psicoterapia psicoanalítica clásica no era efectiva por lo que se hacía necesario una nueva forma de intervención basada en una interpretación sistemática de la transferencia en las sesiones y la provisión del apoyo externo necesario para el paciente.

Posteriormente desarrollan un manual de tratamiento específico para pacientes con una organización limítrofe de la personalidad(34) basado en la teoría de las relaciones objetales. El trastorno límite de la personalidad es concebido como un trastorno evolutivo del yo el cual afecta a las relaciones con los demás a través de la afectación de la propia integración del yo y de las relaciones objetales.

En la misma línea que otros modelos sobre el trastorno límite de personalidad, la conceptualización etiológica que sigue incluye la interacción entre factores de constitución biológica, de temperamento y ambientales que dan como resultado la organización o estructura de la personalidad.

El supuesto base de este modelo parte de una organización de la personalidad límite afectada por el síndrome de la difusión de la identidad, una falta crónica y estable de la integración psicológica del concepto de sí mismo y de sus seres significativos la cual resulta de un predominio de relaciones de objeto internalizadas agresivas sobre las idealizadas. El yo de estas personas se fija a un nivel de disociación primaria o mecanismos de escisión. Las operaciones defensivas primitivas provocan un inadecuado manejo de las emociones negativas y las situaciones interpersonales, creando un caos en el funcionamiento de la persona.

La psicoterapia centrada en la transferencia tiene como objetivo la organización de la personalidad, de la estructura psíquica, así como la reducción de los síntomas y con-

ductas autodestructivas. Para ello se valen de estrategias de observación e interpretación en la transferencia que permiten facilitar la (re)activación de las relaciones de objeto internalizadas escindidas de naturaleza opuesta, persecutoria e idealizada.

Se aplica con una frecuencia de dos sesiones por semana como mínimo y tres como máximo. Asimismo, se instruye al paciente para llevar a cabo la asociación libre.

La psicoterapia centrada en la transferencia ha sido notablemente menos estudiada que otras psicoterapias como la terapia dialéctico-conductual. A pesar de que los autores encuentran resultados prometedores de esta forma de tratamiento, los estudios son escasos y la potencia de los mismos es débil(3,5,6), por lo que se recomienda un mayor análisis y estudio.

### **Psicoterapia interpersonal**

Partiendo de la psicoterapia interpersonal propuesta por Klerman en 1984(37) para la depresión unipolar, se diseña una forma de tratamiento que se adapte a las características particulares de los trastornos límite de la personalidad.

La psicoterapia interpersonal adaptada al trastorno límite de la personalidad(35) considera una serie de cambios respecto a la terapia original: la conceptualización del trastorno, su cronicidad, las dificultades para formar y mantener la alianza terapéutica, la duración del tratamiento, el riesgo de suicidio y el fin del tratamiento.

Desde este modelo se considera al trastorno límite de personalidad como una enfermedad crónica (aunque tratable) con un estado de ánimo similar al de un trastorno distímico pero agravada por estallidos ineficaces de ira e impulsividad que afectan al funcionamiento interpersonal.

El objetivo del tratamiento es enseñar al paciente nuevas habilidades interpersonales que resulten más adaptativas y funcionales de manera que el paciente logre un mejor funcionamiento que desemboque en un mayor bienestar personal.

La terapia tiene en cuenta como elemento esencial en el tratamiento las dificultades en la relación terapéutica con los pacientes límites y determina algunas estrategias para afrontar las rupturas en el caso de que se produzcan: validar los sentimientos, alentar a la comunicación activa de los puntos en desacuerdo centrados en el aquí y el ahora, y la conceptualización de los problemas interpersonales en la terapia como un síntoma más del trastorno.

El tratamiento se lleva a cabo en dos etapas. Una fase inicial de unas 18 sesiones repartidas en 16 semanas de duración en las que se persigue crear una adecuada alianza terapéutica, limitar las conductas autodestructivas, educar en el modelo interpersonal y lograr una mejora inicial. Tras esta primera fase los pacientes reciben otras 34 sesiones de tratamiento repartidas en ocho meses de duración en las que se pretende mantener las ganancias conseguidas en la etapa anterior, se trabaja con los pacientes en el desarrollo de habilidades interpersonales más adaptativas y se afianza la relación terapéutica con vistas al fin del tratamiento.

La finalización del tratamiento es un punto de especial importancia dentro de la terapia debido al potencial riesgo que supone ya que la separación y el abandono son preocupaciones centrales en las personas con trastorno de la personalidad límite. Para minimizar riesgos y beneficiar a la transición, el fin de la terapia se anuncia con mucha antelación y se le recuerda al paciente de forma periódica.

Además de las sesiones presenciales, la terapia interpersonal incorpora la posibilidad de realizar llamadas telefónicas una vez por semana, de manera similar a la terapia dialéctico-conductual pero con una intensidad menor, con el objetivo de manejar las crisis y mantener la continuidad terapéutica.

Por otro lado, y además de los aspectos particulares inherentes a esta forma de tratamiento, los terapeutas hacen uso de estrategias comunes a las psicoterapias que han demostrado su eficacia en la práctica clínica: escucha activa y empática, optimismo y aliento terapéutico.

En contraposición con la terapia dialéctica, la terapia interpersonal para el trastorno límite de personalidad no cuenta con gran cantidad de estudios dirigidos a evaluar su eficacia(38). Los buenos resultados obtenidos en su aplicación con otros trastornos mentales, como la depresión unipolar, alientan a investigar los beneficios de su adaptación a otras problemáticas.

### **Programa STEEPS**

El programa STEEPS es un programa terapéutico desarrollado originalmente en 1992 por Bartels y Crotty y posteriormente adaptado y revisado por Blum y cols.(39) que enfatiza la terapia cognitivo conductual y el entrenamiento en habilidades como forma de tratamiento para los trastornos límite de la personalidad.

Desde este modelo se entiende que el déficit central de los trastornos límite es el déficit de habilidades para la regulación de la intensidad emocional que da como resultado las alteraciones en el estado emocional y conductual.

Se trata de un programa protocolarizado de 20 semanas de duración y que se realiza de manera ambulatoria. Incluye sesiones para los familiares en las que se trabaja la psicoeducación así como la adquisición de habilidades que permitan apoyar las destrezas que los pacientes entrenen en el programa de tratamiento.

Se estructura en 3 niveles. En un primer lugar, se sustituyen las ideas erróneas que el paciente tiene sobre el trastorno límite de personalidad por una conciencia de los comportamientos y sentimientos que definen el trastorno. Se busca que el paciente acepte la noción del trastorno límite de personalidad como un trastorno legítimo en el que se pueden aprender habilidades para cambiar los comportamientos y manejar las emociones.

En un segundo paso se trabaja en el manejo de emociones mediante el entrenamiento en cinco habilidades básicas que permiten al paciente conocer cómo funciona la enfermedad, reconocer los esquemas que propician una determinada situación así como anticipar posibles desencade-

nantes estresantes para poder manejarlos adecuadamente con la consiguiente ganancia de confianza. El entrenamiento en habilidades emocionales incluye distanciamiento, comunicación, pensamientos desafiantes, distracción y manejo.

Por último, en un tercer paso se trabaja el entrenamiento en habilidades conductuales. En este punto se entrenan siete dominios de habilidades necesarios para que el paciente sea capaz de llevar a cabo un comportamiento funcional así como a dominar sus emociones durante los episodios de crisis. El entrenamiento en habilidades conductuales incluye la fijación de objetivos, conductas de comer/dormir, el ejercicio y la salud física, las conductas de relajación y ocio, las relaciones interpersonales y la prevención de conductas autolesivas.

### **Terapia centrada en esquemas**

La terapia centrada en esquemas es un tratamiento desarrollado por Young(40) que se plantea como alternativa al modelo cognitivo clásico de Beck. Se propone como un nuevo sistema de psicoterapia enfocado para pacientes considerados como "difíciles de tratar".

Combina elementos de las escuelas cognitivo-conductual, del apego, Gestalt, relaciones objetales, constructivista y psicoanalítica en un modelo conceptual y de tratamiento unificador.

El modelo tiene como uno de sus conceptos básicos los "*Esquemas Tempranos Inadaptados (ETI)*", esto es, patrones disfuncionales de pensamiento y emoción iniciados a edades tempranas y que se siguen manteniendo a lo largo de la vida. Para permitir la adaptación a estos ETIs las personas desarrollan estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas que provocan las conductas disfuncionales propias del trastorno límite de la personalidad y que dificultan una visión de la vida ajustada a la realidad.

Los estilos de afrontamiento desadaptativos surgen ante la frustración de las necesidades emocionales, siendo básicamente tres los estilos descritos por Young: la sobrecompensación, la evitación y la rendición.

El proceso terapéutico se compone de tres fases en las que se persigue identificar y modificar los ETIs que estarían en la base del trastorno para poder manejar las alteraciones propias del mismo. En una primera fase se realiza la evaluación y la psicoeducación en el modelo terapéutico. La segunda fase conforma la terapia propiamente dicha en la que se persigue el cambio a través de las distintas técnicas cognitivas, experienciales, conductuales e interpersonales, entre otras, y adaptándose a cada caso en particular. Por último se sitúa la tercera y última fase en la que se prepara al paciente para la finalización de la terapia.

### *Otras psicoterapias*

Cabe mencionar otros modelos de psicoterapia que también se han acercado a su aplicación al trastorno límite de la personalidad como son la Terapia Cognitivo Analítica (CAT) de Ryle, la Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler o la Psicoterapia Estructurada de Stevenson y Meares, entre otras.

### **Tratamiento farmacológico**

Comparado con la psicoterapia donde existe una base de evidencia creciente sobre su eficacia, los tratamientos farmacológicos siguen siendo menos estudiados. Hasta ahora no contamos con ningún fármaco que haya demostrado de manera robusta su eficacia sobre los síntomas nucleares del trastorno límite, las dificultades interpersonales y las deficiencias funcionales(41).

Como ya se ha comentado anteriormente, las guías clínicas actuales no recomiendan el uso de la farmacoterapia como tratamiento de primera línea en solitario ya que no ha demostrado su efecto en el núcleo de la naturaleza del trastorno, sino que alientan a su uso como complemento de la psicoterapia, enfocados al control y la reducción de síntomas.

Algunas guías recomiendan el uso de ISRS como tratamiento de elección, junto con los estabilizadores del estado de ánimo, para la mejora de la inestabilidad afectiva y la ira propia de estos trastornos. También se recomienda el uso de antipsicóticos por su beneficio sobre la impulsividad y la agresividad así como en los episodios de alteraciones de corte pseudopsicótico. Dentro de los antipsicóticos, se recomienda la introducción de los antipsicóticos atípicos por su mejor perfil de efectos secundarios. Las benzodiazepinas se reservan para situaciones de crisis y ansiedad elevadas debido al alto riesgo de abuso por parte de estos pacientes(42).

## **PARTE EMPÍRICA**

### **OBJETIVO**

El trabajo que se presenta a continuación tiene dos objetivos. Por una parte, un objetivo principal dedicado a realizar un análisis de los nuevos avances torno a la eficacia de la psicoterapia en los trastornos límite de la personalidad a través de una revisión sistemática de los estudios publicados en los últimos 5 años.

Asimismo, se tendrán en cuenta los factores predictores de éxito terapéutico así como aquellos que entorpecen en la terapia con el objetivo de conocer mejor aquellas formas y componentes terapéuticos que puedan contribuir en mayor medida al beneficio de estos pacientes.

### **MÉTODO**

Los estudios fueron identificados mediante la búsqueda de ensayos clínicos presentes en las bases de datos PubMed, PsycINFO y The Cochrane Central Register of Controlled Trials, introduciendo los términos clave: "*borderline personality disorder*", "*psychotherapy*", "*dialectical behavioural therapy*", "*mentalization-based therapy*", "*cognitive behavioural therapy*", "*schema-focused therapy*", "*interpersonal therapy*", "*psychoanalytic therapy*", combinados con operadores booleanos AND y OR. Las referencias recogidas en los artículos consultados también fueron utilizadas para localizar estudios que resultaran relevantes.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para la selección de los artículos a revisar:

- Solo fueron incluidos aquellos estudios publicados entre enero de 2012 y diciembre de 2017.
- Escritos en idioma inglés o castellano.
- Uso de métodos empíricos de investigación.
- Medida de variables mediante instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas demostradas.
- Muestra compuesta exclusivamente por pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite.

No se aplicaron limitaciones en cuanto al tipo de estudio ni a la edad de los participantes.

El análisis de la información se realizó a lo largo de varias etapas. Primeramente se definieron los criterios de inclusión y exclusión. De cara a garantizar la calidad de los estudios incluidos, sólo tuvieron en cuenta aquellos trabajos relevantes que usaran métodos empíricos de investigación con formas de medida basadas en instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas.

Completada esta fase se elaboró un listado con los títulos localizados y se procedió a la lectura del título y resumen de cada uno de ellos, extrayendo aquellos artículos potencialmente relevantes. Los estudios seleccionados fueron revisados para un análisis en profundidad a texto completo, teniendo en cuenta el objetivo del estudio, metodología, características de la muestra seleccionada, variables incluidas así como los instrumentos de evaluación utilizados.

## RESULTADOS

### Selección e inclusión de estudios

La búsqueda inicial sobre estudios de eficacia en las bases de datos arrojó 523 estudios, a los cuales se sumaron 7 extraídos de la bibliografía de los artículos consultados. De estos, tras un análisis de título y resumen se seleccionaron 32 trabajos para un análisis en mayor profundidad. Finalmente se obtuvieron 11 investigaciones que cumplían con los criterios de inclusión propuestos.

### Terapia dialéctico conductual (DBT)

Se encuentran un total de 6 trabajos realizados acerca de la efectividad de la DBT en el trastorno límite de la personalidad. Un resumen de los estudios analizados se muestra en la tabla 4, donde se recogen los estudios incluidos así como las medidas utilizadas y los resultados obtenidos.

Flynn y cols.(43) realizan un interesante estudio sobre la eficacia de la DBT en una muestra perteneciente a los servicios públicos de salud mental. Para ello evalúan a un total de 71 pacientes (61 mujeres y 10 varones) de entre 19 y 56 años, con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad realizado mediante los manuales DSM-IV o CIE-10. A todos ellos les aplican la DBT según manual durante un periodo de 12 meses.

Utilizan como medidas de resultados: la sintomatología, evaluada a través de las escalas *Borderline Symptom List (BSL-*

*23)*, *Beck Anxiety Inventory (BAI)*, *Beck Hopelessness Scale (BHS)*, *Beck Scale for Suicide Ideation (BSS)*, *Beck Depression Inventory (BDI-II)*; y la calidad de vida, medida mediante el *World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)*.

Los autores encuentran un significativo beneficio terapéutico de la DBT, con mejoras en la sintomatología propia del trastorno límite así como en ansiedad, desesperanza, ideación suicida y depresión. Asimismo, se observa un incremento en el nivel de calidad de vida percibido.

Sin embargo, los resultados de este estudio deben ser tomados con cautela dado que adolece de algunas limitaciones metodológicas como la ausencia de grupo control equivalente. A pesar de ello, la realización de estudios en contextos de sanidad pública resulta interesante de cara a extrapolar a otras estructuras organizativas similares.

Neacsu y cols. publican en 2014(44) una evaluación secundaria de un estudio previo(45) con el objetivo de evaluar la efectividad de la DBT en comparación con el tratamiento habitual ofrecido por terapeutas expertos en trastorno límite de personalidad y conducta suicida (CTBE), centrándose en este caso en los dominios de experiencia, expresión y aceptación de emociones negativas. El tratamiento se llevó a cabo durante un año de duración.

Evalúan un total de 101 mujeres de entre 18 y 45 años con diagnóstico de trastorno de personalidad límite realizado acorde con el manual DSM-IV(46). Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente a las dos condiciones de tratamiento: DBT y CTBE. Las evaluaciones se llevaron a cabo cada 4 meses en el año de tratamiento y tras el seguimiento a un año. Como medidas utilizaron: el *State-Trait Anger Expression Inventory (STAI-X)*, *Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)*, *Personal Feeling Questionnaire (PFQ2)* y *Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS)*.

Los autores encuentran que la DBT y CTBE se mostraron igualmente efectivas en la reducción de la intensidad de emociones negativas como la ira, la vergüenza, la culpa o la ansiedad. Sin embargo, la DBT obtuvo mejores resultados que CTBE en la mejora de la expresión de ira y la evitación experiencial así como en la aceptación de emociones negativas.

Posteriormente Linehan y cols.(49) publican un estudio en el que evalúan la importancia del componente "entrenamiento en habilidades" comparado con otros componentes de la DBT en el tratamiento de personas con alto riesgo de suicidio. Para ello cuentan con una muestra de 99 mujeres de 18 a 60 años con criterios de trastorno límite de la personalidad acorde con el DSM-IV(46). Para incluir el alto riesgo de suicidio seleccionan solo a aquellas participantes que contaban con al menos 2 intentos de suicidio o autolesiones en los últimos 5 años, al menos un intento u acto suicida en las 8 semanas previas al inicio del estudio y al menos un intento de suicidio en el año pasado.

Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a 3 condiciones de tratamiento: DBT estándar (33 mujeres de las que 25 finalizaron el estudio), DBT entrenamiento en habilidades sin terapia individual (33 mujeres de las cuales 17 finalizaron el estudio) y DBT terapia individual sin

**Tabla 4.** Estudios de efectividad de la terapia dialéctico conductual.

| Estudio                | Participantes                               | Intervención | Control        | Medidas   | Resultados  |
|------------------------|---|--------------|----------------|---|---|
| Andreasson y cols.(47) | N=108                                       | DBT          | CAMS           | ZAN-BPD, HDRS-17, BDI-II, BSS, BHS, RSE, nº autolesiones e intentos autolíticos | No diferencias significativas entre DBT y CAMS  |
| Flynn y cols.(43)      | N=71  | DBT          | -              | BSL-23, BAI, BHS, BSS, BDI-II, WHOQOL-BREF                                      | Reducción de síntomas propios del trastorno límite, ansiedad, desesperanza, ideación suicida y depresión  |
| Kramer y cols.(48)     | N=41  | DBT-ST       | TAU            | OQ-45.2   | DBT-ST más efectiva en la mejora en tolerancia al malestar, eficacia interpersonal y regulación emocional. DBT-ST menor tasa de abandonos.  |
| Linehan y cols.(49)    | N=99<br>Mujeres con alto riesgo de suicidio | DBT-ST       | DBT-S<br>DBT-I | SASII, SBQ, RLI, HRSD, HARS   | DBT-ST y DBT-S mayor mejora en depresión y ansiedad y menor tasa de autolesiones que DBT-I. DBT-S menos visitas a urgencias en el seguimiento.  |
| McMain y cols. (50)    | N=84<br>Alto riesgo de suicidio             | DBT-ST       | TAU            | LSASI, DSHI, BLS-23, STAXI, SCL-90, BIS-II, BDI-II, SAS-SR, DERS, DTS, KIMS     | DBT-ST mayor reducción de autolesiones y mejora en la expresión de la ira, tolerancia al estrés y regulación emocional. Menor frecuencia de uso de los servicios de urgencias.                |
| Neacsiu y cols. (44)   | N=101<br>Mujeres                            | DBT          | CTBE           | STAXI, AAQ, PFQ2, TMAS  | DBT y CTBE igualmente efectivas en reducción de la intensidad de emociones negativas. DBT superior a CTBE en expresión de la ira, evitación experiencial y aceptación de emociones negativas. |

DBT=Dialectical Behaviour Therapy; DBT-ST=Dialectical Behaviour Therapy Skills Training; DBT-I=Dialectical Behaviour Therapy Individual; DBT-S=Dialectical Behaviour Therapy Standar; TAU=tratamiento habitual; ZAN-BPD=Zanarini Rating Scale; HDRS=Hamilton Rating Scale for Depression; BDI-II=Beck Depression Inventory; BSS=Beck Suicide Ideation Scale; BHS=Beck Hopelessness Scale; RSE=Rosenberg Self-Esteem Scale; BSL-23=Borderline Symptom List ; BAI=Beck Anxiety Inventory; WHOQOL-BREF=World Health Organization Quality of Life Questionnaire; OQ-45.2=Outcome Questionnaire-45.2; SASII=The Suicide Attempt Self-Injury Interview; SBQ=The Suicidal Behaviors Questionnaire; RLI=Reasons for Living Inventory; HARS=Hamilton Rating Scale for Anxiety; LSASI=Lifetime Suicide Attempt Self-injury Interview; DSHI=Deliberate Self-harm; STAXI=State-trait Anger Expression Inventory; SCL-90=Symptom Checklist-90; BIS-11=Barlett Impulsiveness Scale; SAS-SR=Social Adjustment Scale-self Report; DERS=Difficulties in Emotion Regulation Scale; DTS= Distress Tolerance Scale; KIMS=Kentucky Inventory of Mindfulness Scale; AAQ=Acceptance and Action Questionnaire; PFQ2=Personal Feeling Questionnaire; TMAS=Taylor Manifest Anxiety Scale.

entrenamiento en habilidades (33 mujeres de las cuales 20 finalizaron el estudio). Los tratamientos estaban manualizados y protocolizados. Como medidas de resultados se tomaron: actos e ideación suicidas evaluados mediante el *The Suicide Attempt Self-Injury Interview* y *The Suicidal Behaviors Questionnaire*, razones para vivir medidos por el *Reasons for Living Inventory*, uso de servicios de urgencias y medicación contabilizados mediante la *Treatment History Interview*, y depresión y ansiedad evaluados vía *Hamilton Rating Scale for Depression* y *Hamilton Rating Scale for Anxiety*.

Los autores no encuentran diferencias entre las tres condiciones de tratamiento en actos e ideación suicida ni en razones para vivir. Tampoco encuentran superioridad de un tratamiento sobre otro en el número de visitas al servicio de urgencias durante el tiempo de tratamiento ni a su fin. Sin embargo, respecto a esta última variable, sí se encuentran diferencias en el seguimiento, donde el grupo de DBT estándar hacían menos visitas a urgencias e ingresos por motivos psiquiátricos que el grupo de terapia individual sin entrenamiento en habilidades.

En contraste, si encuentran variabilidad en otras variables. Así, la condición de DBT entrenamiento en habilidades sin terapia individual recoge menores tasas de abandonos que en la DBT estándar.

Las condiciones DBT estándar y DBT entrenamiento en habilidades sin terapia individual muestran menores tasas de autolesiones que DBT terapia individual sin entrenamiento en habilidades.

Las pacientes que recibieron DBT terapia individual sin entrenamiento en habilidades mostraron menores tasas de mejora en depresión y ansiedad durante y al fin del tratamiento.

En la misma línea a lo planteado en el trabajo anterior, McMain y cols.(50) realizan un estudio que les permita evaluar

la eficacia del componente de la DBT “entrenamiento en habilidades”. Para ello diseñan un ensayo cínico en el que analizan la eficacia de la DBT frente a un grupo en lista de espera.

En el estudio evalúan a una muestra de 84 pacientes de entre 18 y 60 años. Todos cumplían los criterios de trastorno límite de personalidad según el DSM-IV y presentaban al menos dos intentos de suicidio o conductas autolesivas en los últimos 5 años, y al menos una dentro de las 10 semanas previas al inicio del estudio.

Como medidas de evaluación utilizan: las escalas *Lifetime Suicide Attempt Self-injury Interview (LSASI)* y *Deliberate Self-harm Inventory (DSHI)* para evaluar los intentos suicidas y autolesiones; el número de urgencias, ingresos y uso de medicación; la gravedad de los síntomas mediante las escalas *Borderline Symptoms List-23 (BLS-23)*, *State-trait Anger Expression Inventory (STAXI)*, *Symptom Checklist-90- Revisited (SCL-90)*, *Barlett Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)*, *Beck Depression Inventory (BDI-II)*, *Social Adjustment Scale-self Report (SAS-SR)*; las habilidades o dificultades en regulación emocional a través de la *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)*, la *Distress Tolerance Scale (DTS)*, y el *Kentucky Inventory of Mindfulness Scale (KIMS)*. Asimismo, se administró un cuestionario de razones de abandono del tratamiento para conocer los motivos de cese de la terapia.

Los pacientes fueron asignados de forma aleatoria a la condición tratamiento DBT-Entrenamiento en habilidades de afrontamiento o a la condición control (lista de espera-tratamiento habitual). Se contó con una muestra de 42 participantes en cada grupo.

Tras el análisis de resultados se encuentra una mejora terapéutica en el grupo DBT comparado con el control. Así, los pacientes del grupo DBT mostraron una mayor reducción en la frecuencia de autolesiones a los 3 meses de seguimiento tras la finalización del tratamiento. El grupo DBT

también mostraron mayores mejoras en expresión de la ira, tolerancia al distress y regulación emocional y una menor frecuencia de uso de urgencias. Con respecto a esta última variable (uso de urgencias) se debe señalar que los resultados se encontraron durante el tratamiento pero su efecto se desvaneció al seguimiento.

Como se va observando, el estudio de la eficacia del componente "entrenamiento en habilidades" de la DBT resulta un objetivo atractivo para varios autores que ven una oportunidad de aplicar una forma de tratamiento más corta y con un menor coste.

Kramer y cols.(48) siguiendo estos mismos motivos diseñan otro trabajo con el objetivo de evaluar los resultados de la DBT en su versión corta aplicando únicamente el módulo de "entrenamiento en habilidades".

Para ello realizaron un estudio compuesto por una muestra de 41 pacientes, mayores de edad y con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad realizado siguiendo los criterios DSM-IV. Estos pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones de tratamiento: tratamiento habitual enriquecido con la aplicación del módulo "entrenamiento en habilidades" de la DBT y tratamiento habitual solo. El primer grupo de tratamiento estuvo integrado por 21 personas y el segundo por 20.

Como medida de resultado utilizaron el progreso en la psicoterapia evaluado a través del *Outcome Questionnaire-45.2*.

Este grupo de autores encuentra que el grupo enriquecido con la aplicación del módulo "entrenamiento en habilidades" de la DBT mostró una mejora superior al grupo que recibía tratamiento habitual operativizado en las variables tolerancia al malestar, eficacia interpersonal y regulación emocional.

En contraposición a estudios previos donde encuentran una superior eficacia de la DBT sobre otras formas de tratamiento, Andreasson y cols. realizan un trabajo(47) en el que no encuentran una eficacia mayor de la DBT sobre la otra forma de tratamiento investigada. Así, plantean un estudio con el objetivo de evaluar la eficacia de la DBT en comparación con el método de intervención CAMS(51) en pacientes con un intento de suicidio reciente. Para ello evalúan a un grupo de 108 pacientes que son asignados aleatoriamente a las dos condiciones de tratamiento (57 al grupo DBT y 51 al grupo CAM). Los pacientes seleccionados cumplían criterios de trastorno límite de la personalidad acorde con el manual DSM-IV, tenían entre 18 y 65 años, y habían realizado un intento de suicidio reciente (definido éste primeramente como cometido en el mes previo a la evaluación, y modificado posteriormente por los cinco años previos debido a la dificultad de reclutamiento de la muestra).

Las variables evaluadas incluyen: número de autolesiones sin intención suicida; intentos de suicidio; severidad del trastorno límite de personalidad medida mediante el *Zanarini Rating Scale (ZAN-BPD)*; depresión, evaluada a través de las escalas *HDRS-17* y *BDI-II*); ideación suicida a través de la *Beck Suicide Ideation Scale*; desesperanza mediante la *Beck Hopelessness Scale (BHS)* y autoestima con la *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)*.

Los resultados obtenidos en este estudio no muestran diferencias significativas en intentos de suicidio, en las medidas *HDRS-17*, *BDI*, *ZAN-BPD*, *RSE* y *BHS* o en el uso de medicación.

### Psicoterapia interpersonal

Este modelo de psicoterapia ha suscitado un menor interés investigador que otros métodos, como la DBT. Siguiendo los criterios incluidos en esta revisión solo se ha encontrado una publicación. Un resumen de la misma se muestra en la tabla 5, donde se recoge el estudio incluido así como las medidas utilizadas y los resultados obtenidos.

En este estudio Bozzatello y Bellino(52) realizan un análisis del seguimiento a dos años de un trabajo publicado previamente(53). En este ensayo anterior los autores analizan si la terapia interpersonal combinada con la farmacoterapia es más eficaz que la farmacoterapia en solitario, encontrando resultados positivos a este respecto. En esta nueva publicación los autores persiguen el objetivo de evaluar si los resultados positivos logrados previamente se mantienen en un seguimiento a dos años.

La muestra estuvo compuesta por 55 pacientes que cumplían los criterios DSM-IV de trastorno límite de personalidad, los cuales fueron asignados aleatoriamente a las dos condiciones experimentales: farmacoterapia en solitario y farmacoterapia combinada con psicoterapia interpersonal. En el seguimiento, la farmacoterapia pautada en los dos grupos fue fluoxetina (20-40 mg/día).

Las medidas de resultados estuvieron compuestas por: *Clinical Global Scale (CGI-S)*, las escalas *Hamilton para depresión y ansiedad (HDRS, HARS)*, la *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)*, el *Satisfaction Profile (SAT-P)* y el *Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)*.

El estudio muestra que la mayor parte de los beneficios logrados por el tratamiento combinado psicofarmacología más terapia interpersonal se mantenían a los dos años de seguimiento. Así, los pacientes mostraban una mejora superior en síntomas propios del trastorno límite (impulsividad y dificultad en las relaciones interpersonales) y en calidad de vida (funcionamiento psicológico y social). Por el contrario, los beneficios encontrados en depresión y ansiedad no se mantuvieron en el tiempo.

### Psicoterapias de orientación psicoanalítica

#### Terapia basada en la mentalización (MBT)

Una de las psicoterapias de orientación psicoanalítica que han sido estudiadas para avalar su eficacia es la terapia basada en la mentalización (MBT). Un resumen de los estudios hallados se muestra en la tabla 6, donde se recogen los estudios incluidos así como las medidas utilizadas y los resultados obtenidos.

En esta línea se plantea un estudio(54) que persigue comparar los resultados de la psicoterapia basada en la mentalización y la terapia de apoyo realizada en grupo.

**Tabla 5.** Estudios de efectividad de la terapia interpersonal.

| Estudio                  | Participantes | Intervención | Control | Medidas                                | Resultados  |
|--------------------------|---------------|--------------|---------|--|---|
| Bozzatello y Bellino(52) | N=55          | TI+TF        | TF      | CGI-S, HDRS, HARS, SOFAS, SAT-P, BPDSI | TI+ TF mejores resultados que TF en reducción de síntomas y mejora de la calidad de vida excepto depresión y ansiedad |

TI= Terapia Interpersonal; TF= Tratamiento farmacológico; CGI-S= Clinical Global Scale; HDRS=Hamilton Rating Scale for Depression; HARS=Hamilton Rating Scale for Anxiety; SOFAS= Social and Occupational Functioning Assessment Scale; SAT-P= Satisfaction Profile; BPDSI= Borderline Personality Disorder Severity Index.

**Tabla 6.** Estudios de efectividad de psicoterapias de orientación psicoanalítica.

| Estudio                  | Participantes  | Intervención | Control | Medidas  | Resultados  |
|--------------------------|----------------|--------------|---------|--|---|
| Jorgensen y cols.(54)    | N=111          | MBT          | TA      | SCL-90, CGI-S, BDI-II, STAI, BAI, SAS-SR, IIP, GAF | MBT y TA efectivas en todas las variables analizadas. No diferencias significativas entre MBT y TA excepto en la escala GAF donde el grupo MBT obtuvo mejores resultados. |
| Fischer-Kern y cols.(55) | N= 104 mujeres | TFP          | ECP     | RF, STIPO  | TFP mejora en la función reflexiva.   |
| Leichsering y cols.(56)  | N=122          | PIT<br>E-PDT | TAU     | BPI, SCL-90, BAI, BDI, IIP                         | PIT y E-PDT más eficaces que el TAU. No diferencias entre PIT y E-PDT.  |

MBT=Terapia Basada en la Mentalización; TA= Terapia de Apoyo; TFP= Terapia Basada en la transferencia; ECP= Psicoterapia desarrollada por terapeutas experimentados; PIT= Terapia Psicoanalítica Interaccional; TAU= Tratamiento habitual; SCL-90=Revised Symptom Check List-90; GSI= Global Severity Index; BDI-II= Beck Depression Inventory; STAI=State-Trait Anxiety Inventory; BAI= Beck Anxiety Inventory; SAS-SR= Social Adjustment Scale; IIP= Inventory of Interpersonal Problems; GAF= Global Assessment of Functioning; RF= Reflective Functioning Scale STIPO=Structured Interview of Personality Organization; BPI= Borderline Personality Inventory.

Forman parte del estudio 111 pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad acorde con los criterios DSM-IV y con edad superior a los 21 años. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a las dos condiciones de tratamiento: 74 fueron incluidos en el grupo de MBT y 37 en el de terapia de apoyo.

Para comparar resultados utilizaron la *Revised Symptom Check List 90 (SCL-90)*, el *Global Severity Index (GSI)*, el *Beck Depression Inventory (BDI-II)*, el *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* y el *Beck Anxiety Inventory (BAI)* para la medida de síntomas y el nivel de psicopatología. También evaluaron el ajuste social mediante la *Social Adjustment Scale (SAS-SR)* y el *Inventory of Interpersonal Problems (IIP)*. Por último, incluyeron la medida del grado de deterioro del funcionamiento global a través de la *Global Assessment of Functioning (GAF)*.

Los autores encuentran que ambas formas de tratamiento son efectivas en el abordaje de los trastornos límite de la personalidad. Tanto la MTB como la terapia de apoyo mostraron mejoras significativas en todas las variables analizadas en la evaluación a los dos años.

En la comparación entre ambas formas de tratamiento, no se encuentran diferencias significativas entre ellas, excepto en la escala GAF, donde el grupo MBT obtuvo mejores resultados.

### Psicoterapia basada en la transferencia (TFP)

Otra de las terapias de orientación psicoanalítica encontradas es la psicoterapia basada en la transferencia (TFP). Un resumen de los estudios analizados se muestra en la tabla 6, donde se recogen los estudios incluidos así como las medidas utilizadas y los resultados obtenidos.

Para evaluar la eficacia de la TFP se plantea un estudio(55) en el que se analizan los cambios en la función reflexiva de una

muestra de 104 mujeres de edad comprendida entre los 18 y los 45 años y con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad según DSM-IV.

Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente a dos condiciones de tratamiento: psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP) (compuesta por 52 personas) y psicoterapia desarrollada por terapeutas experimentados (ECP) no adherida a ningún modelo ni protocolarizada (52 personas).

Como medidas de resultado evalúan la función reflexiva a través de la *Reflective Functioning Scale (RF Scale)* y la organización de la personalidad mediante la *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*.

En este estudio se encuentra que el grupo TFP mostró una mejora significativa en la función reflexiva, mientras que el grupo ECP no. Además, esta mejora se relacionó con mejoras en la organización de la personalidad.

### Terapia psicoanalítica interaccional

Con respecto a las psicoterapias de corte psicoanalítico encontramos otro trabajo(56) enfocado en evaluar la eficacia de la terapia psicoanalítica interaccional (PIT) en comparación con la terapia psicodinámica y un grupo control. Un resumen de este estudios se muestra en la tabla 6, donde se recogen las medidas utilizadas y los resultados obtenidos.

Para ello contaron con una muestra de 122 pacientes ingresados con diagnóstico de trastorno límite de personalidad realizado mediante la entrevista SCID-II, y los cuales fueron asignados aleatoriamente a las distintas condiciones de tratamiento, estratificados por sexos: 44 iniciaron la terapia psicoanalítica interaccional (PIT), 32 terapia psicoanalítica (E-PDT) y 46 fueron asignados a la condición control (tratamiento habitual).

Como medidas de evaluación se utilizaron: *Borderline Personality Inventory (BPI)* y *Symptom Check List (SCL-90-R)* para la evaluación de síntomas. Además, el ítem 52 del BPI se extrajo para analizar el nivel de organización de la personalidad acorde con la teoría de Kenberg. Como medidas secundarias se tuvieron en cuenta el *Beck Anxiety Inventory (BAI)* para la evaluación del nivel de ansiedad, el *Beck Depression Inventory (BDI)* para la evaluación del nivel de depresión y el *Inventory of Interpersonal Problems (IIP)* en la medida de las dificultades interpersonales.

Los resultados de este estudio indican que la terapia psicoanalítica interaccional y la terapia psicoanalítica son superiores al tratamiento habitual en todas las medidas evaluadas excepto en ansiedad.

Por otro lado, no se encuentra diferencias significativas entre las dos formas de terapia psicoanalítica evaluadas.

### Programa STEEPS

Con el objetivo de evaluar la eficacia del programa STEEPS, Hill y cols.(57) realizan un estudio en el que incluyen a 30 participantes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad a los que aplican el programa de tratamiento STEEPS. Un resumen del estudio muestra en la tabla 7, donde se recogen las medidas utilizadas y los resultados obtenidos.

Como medidas de resultado utilizan la *Zanarini Rating Scale (ZAN-BPD)* y la *Quality of Life Scale*.

Los autores encuentran resultados muy positivos al fin de su intervención, con mejoras en todas las variables evaluadas excepto en el subtest impulsividad de la escala Zanarini.

Sin embargo, el estudio también adolece de notables limitaciones al no contar con grupo control que permita una comparación de los resultados obtenidos.

### Abandono del tratamiento

La relación entre padecer un trastorno límite de personalidad y abandonar prematuramente el tratamiento ha sido descrita en algunos estudios(58). En la presente revisión se han encontrado varios trabajos encaminados a acercarse a conocer las causas del abandono prematuro del tratamiento en pacientes que llevaban a cabo un programa de psicoterapia. La mayoría de los estudios encontrados se han llevado a cabo con pacientes que estaban siguiendo DBT.

Un resumen de los estudios analizados se muestra en la tabla 8, donde se recogen los estudios incluidos así los principales resultados obtenidos.

Una de las variables que aparecen relacionadas con el abandono de la psicoterapia es la existencia de comorbilidad tanto con abuso de sustancias(59,60) como con otros trastornos del eje I(60–62).

Kroger y cols. realizan varios trabajos en los que analizan las razones de abandono de la DBT. En un estudio(59) realizado con 1423 pacientes encuentran como predictores de un impacto negativo en el seguimiento del tratamiento el padecer un trastorno de abuso de sustancias así como la edad del paciente al inicio del tratamiento. De esta forma, aquellas personas con un trastorno de abuso de sustancias comórbido y una edad inferior, mostraban un mayor abandono de la terapia.

En otro trabajo(60) realizado con 541 pacientes encuentran como factores de riesgo de abandono la falta de motivación, la baja tolerancia al estrés, haber realizado más de 9 intentos de suicidio, padecer un trastorno de personalidad antisocial comórbido o llevar más de 86 semanas en el hospital. Asimismo, encuentran que trastornos comórbidos de abuso de alcohol o anorexia nerviosa se relacionaban con un mayor número de expulsiones del tratamiento.

Además de la comorbilidad con el eje I, algunos autores(62) encuentran que altos niveles de ira, una baja alianza terapéutica y un alto número de intentos de suicidio emergen como factores significativos del abandono terapéutico. Además, encuentran que la comorbilidad con el eje I produce más abandonos en la DBT que en el tratamiento habitual.

Otras variables menos relacionadas con cuestiones clínicas también han sido señaladas como predictoras del abandono terapéutico en la DBT. Aspectos relativos a cuestiones logísticas como carecer de tiempo para asistir a la terapia o dificultades con el medio de transporte han sido referidas por algunos pacientes como razón de abandono. Así, en un estudio(63) diseñado para el análisis de los factores implicados en el cambio en la terapia DBT de trastornos límite de la personalidad en el que participaron 63 personas, el 31% de los pacientes que abandonaron el tratamiento aludieron a razones logísticas, otro 40% abandonaron por insatisfacción con el tratamiento y un 11% lo dejaron porque sentían que ya no necesitaban terapia debido a una mejora clínica.

Del otro lado, en este mismo estudio anterior también se han encontrado aspectos que reducen el riesgo de abandono(63). El incrementar los contactos fuera de sesión mediante contactos telefónicos se ha mostrado como una variable protectora en el seguimiento de la psicoterapia que además mejora la satisfacción con el tratamiento.

Tabla 7. Estudios de efectividad del programa STEEPS.

| Estudio           | Participantes | Intervención | Control | Medidas           | Resultados   |
|-------------------|---------------|--------------|---------|-------------------|--|
| Hills y cols.(57) | N=30          | STEEPS       | -       | Zanarini-DBP, QLS | Mejora significativa en todas las variables evaluadas excepto impulsividad |

En otro trabajo(50) en el que se analiza la eficacia de la DBT en 42 pacientes con alto riesgo de suicidio, la razón que más se argumentó como causa de abandono fue la consideración de que el tratamiento no le estaba siendo útil seguida de cuestiones logísticas como no disponer de tiempo suficiente para acudir a la terapia o problemas con los medios de transporte.

Además de la DBT también se ha estudiado el abandono en otras formas psicoterapéuticas. En este sentido encontramos un estudio(64) en el que se evaluaron a 86 personas, en su mayoría mujeres, en dos condiciones de tratamiento: terapia de esquemas y terapia focalizada en la transferencia. Las posibles variables predictoras que se tuvieron en cuenta fueron: variables sociodemográficas, historia de tratamientos, uso de medicación, empleo, discapacidad, nivel educativo; índice de severidad del trastorno límite de personalidad, intentos recientes de suicidios y conductas autolesivas, abuso de sustancias, estabilidad interpersonal, impulsividad, regulación de la ira y alteraciones disociativas, mecanismos de defensa, organización de la personalidad, abusos sexuales y actos traumáticos en la infancia, comorbilidad de otros trastornos de la personalidad y, por último, depresión, ansiedad y hostilidad. En el análisis de resultados los autores encuentran que aquellas personas con altos niveles de hostilidad y maltrato físico en la infancia muestran una mayor probabilidad de abandono del tratamiento.

**Predictores del cambio terapéutico**

Algunos trabajos, además de evaluar la eficacia de un método terapéutico, analizan las posibles variables suscepti-

bles de producir el cambio terapéutico. Es el caso de un estudio realizado por Kramer y cols.(48) donde a la par de evaluar la eficacia de la DBT en los trastornos límite de personalidad investigan el papel de la ira como predictor terapéutico. Para ello evalúan el progreso en la psicoterapia de 41 pacientes mediante el *Outcome Questionnaire-45.2* así como el estado afectivo a través de la *Classification of Affective Meaning States* de Pascual-Leone y Greenberg, encontrando que los cambios en la ira asertiva mediatizan la reducción de síntomas, sobretudo en lo relativo a roles sociales.

También respecto a la DBT, en un estudio(65) realizado con 101 mujeres con trastorno límite de la personalidad se destaca la importancia de la alianza terapéutica como factor predictor de resultados terapéuticos. El grado de alianza terapéutica se encuentra significativamente relacionado tanto con la reducción de intentos de suicidio como con la reducción de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida. Sin embargo, por el contrario, la alianza terapéutica no se mostró como un predictor significativo de la reducción de sintomatología depresiva en la muestra evaluada.

Otro elemento de la terapia como el incrementar los contactos fuera de las sesiones regladas de terapia en la DBT mediante contactos telefónicos se ha relacionado con una mejora de la sintomatología psicopatológica aunque no parece tener un efecto significativo en la regulación de emociones(63).

En otro de los trabajos encontrados(64) los autores analizan los factores predictores del éxito y abandono del

**Tabla 8.** Estudios sobre predictores del abandono del tratamiento.

| Estudio             | Participantes | Intervención | Predictores de abandono del tratamiento   |
|---------------------|---------------|--------------|---|
| Arntz y cols.(64)   | N=86          | TE<br>TFP    | Altos niveles de hostilidad.<br>Maltrato físico en la infancia.   |
| Chalker y cols.(63) | N= 63         | DBT          | Insatisfacción con el tratamiento.<br>Cuestiones logísticas (acceso, transporte, tiempo...).<br>Sensación de no necesitar terapia.            |
| Kroger y cols.(59)  | N=1423        | DBT          | Trastorno de abuso de sustancias comórbido.<br>Edad del paciente al inicio del tratamiento.   |
| Kroger y cols.(60)  | N= 541        | DBT          | Falta de motivación, baja tolerancia al estrés, más de 9 intentos de suicidio previos, trastorno de personalidad antisocial comórbido y edad. |
| McMain y cols.(50)  | N= 42         | DBT          | Sensación de no utilidad del tratamiento.<br>Cuestiones logísticas.   |
| Wnuk y cols.(62)    | N=180         | DBT<br>GPM   | Niveles de ira, alianza terapéutica, número de suicidios.<br>Comorbilidad con el eje I produce más abandonos en la DBT que en GPM.            |

TE= Terapia de esquemas; TFP= Psicoterapia Basada en la Transferencia; DBT= Dialectic Behaviour Therapy; GPM= General Psychiatric Management

Tabla 9. Estudios sobre predictores del cambio terapéutico.

| Estudio             | Participantes    | Intervención | Predictores de cambio  |
|---------------------|------------------|--------------|--|
| Arntz y cols.(64)   | N=86             | TE<br>TFP    | Medicación previa, tipo de tratamiento y nivel de síntomas disociativos.   |
| Bedics y cols. (65) | N=101<br>mujeres | DBT          | Alianza terapéutica relacionada con la reducción de intentos de suicidio y de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.             |
| Chalker y cols.(63) | N=63             | DBT          | El aumento de contactos telefónicos fuera de las sesiones presenciales regladas mejora la sintomatología pero no la regulación de emociones. |
| Kramer y cols.      | N= 41            | DBT          | Ira asertiva como mediador en la reducción de síntomas.  |

TE= Terapia de esquemas; TFP= Psicoterapia Basada en la Transferencia; DBT= Dialectic Behaviour Therapy.

tratamiento con 86 personas, en su mayoría mujeres, que siguen dos formas de psicoterapia: terapia de esquemas y terapia focalizada en la transferencia. En este caso la medicación previa, el tipo de tratamiento y el nivel de síntomas disociativos se encuentran como predictores significativos de la recuperación.

Un resumen de los estudios analizados se muestra en la tabla 9, donde se recogen los estudios incluidos así como los principales resultados obtenidos.

## DISCUSIÓN

Los trastornos límite de la personalidad suponen un importante reto terapéutico para los clínicos implicados en su intervención. Sus complejas características psicopatológicas así como las altas tasas de abandono del tratamiento suponen algunos de los aspectos implicados en su dificultad. No resulta extraño que frecuentemente sean considerados como "pacientes difíciles" que provocan reactividades negativas en los sanitarios implicados en su tratamiento.

Por otro lado, se trata de personas que acuden con elevada frecuencia a los servicios de salud y que consumen una gran cantidad de recursos sanitarios con el consiguiente elevado gasto tanto para los sistemas públicos de salud como para los pacientes y sus familias. Dadas estas características, no resulta difícil entender la necesidad de encontrar formas de tratamiento efectivas y eficientes que permitan reducir síntomas, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de estos pacientes.

Desde las primeras publicaciones de Linehan en 1991(66) mostrando la eficacia de la DBT en el trastorno límite de personalidad, los estudios en torno a esta terapia se han ido incrementando de manera exponencial, mostrando los beneficios que ésta aporta. Asimismo, los otros modelos de psicoterapia han realizado un trabajo similar en la búsqueda de la eficacia.

En este contexto, la psicoterapia en los trastornos límite de la personalidad emerge como un tratamiento altamente recomendable. En esta misma línea situamos los resultados que se desprenden de la presente revisión en la que la mayor parte de los estudios analizados muestran una mejora clínica de los pacientes que siguen estas formas de tratamiento.

Dentro de las distintas formas de psicoterapia, la DBT sigue siendo, con mucho, la más estudiada, tal y como se refleja en estos años previos. En los últimos años, los estudios sobre la eficacia de la DBT parecen centrarse en el análisis del componente "*entrenamiento en habilidades*" en solitario. Son varios los trabajos que se acercan a esta cuestión y que muestran resultados prometedores. El contar con formas de tratamiento breve y eficaces suponen una cuestión altamente relevante sobretodo en aquellos sistemas sanitarios saturados, donde la presión asistencial urge el encontrar métodos más coste-eficientes.

El módulo de la DBT "*entrenamiento en habilidades*" ya había sido señalado como un posible elemento crucial. Los estudios recientes analizados en esta revisión indican que su aplicación produce una mejora en el funcionamiento de estos pacientes nada desdeñable. En este punto resultaría interesante conocer si esta fórmula de tratamiento breve es recomendable para todos los pacientes o si por el contrario resulta beneficioso para algunas personas con características leves o moderadas, necesitando otras personas un tratamiento de carácter más intensivo. Definir subtipos en el trastorno límite podría ser una apuesta futura de cara a encontrar tratamientos más individualizados de los que puedan beneficiarse estos pacientes.

En cuanto al resto de terapias, aunque cuentan con un menor número de ensayos que evalúen su eficacia, también continúan mostrando resultados positivos contribuyendo de manera significativa a la reducción de síntomas y mejora de estos pacientes. Son escasos los estudios encon-

trados en estos últimos años pero los resultados continúan siendo alentadores.

Sin embargo, a pesar de que los resultados positivos mostrados hasta ahora siguen siendo esperanzadores, los estudios analizados no están exentos de importantes limitaciones que hacen que deban ser tenidos en cuenta con cautela.

Una dificultad metodológica encontrada tiene que ver con los tamaños de muestra. Algunos estudios cuentan con tamaños de muestra reducidos y son escasos los que consiguen muestras amplias. A pesar de que se debe señalar la dificultad existente para encontrar y mantener muestras clínicas elevadas, sobretodo con las características propias de los trastornos límite de personalidad, es este un hecho que limita la potencia del estudio y reduce su fuerza.

Otra limitación tiene que ver con el tiempo establecido de seguimiento. No se han encontrado estudios con largos seguimientos que permitan conocer si las mejoras obtenidas se mantienen a largo plazo. Estudios longitudinales con seguimientos más amplios se hacen necesarios para garantizar la estabilidad de los efectos terapéuticos.

Con todo, la psicoterapia en los trastornos límite de personalidad sigue manteniéndose como el tratamiento de elección para estos pacientes aunque el camino todavía continúa abierto.

## CONCLUSIONES

La psicoterapia en los trastornos límite de personalidad se mantiene como un tratamiento altamente recomendable para estos pacientes. Distintos modelos terapéuticos dan cuenta del beneficio de su terapia.

La DBT sigue siendo, con mucho, el tratamiento más estudiado, mostrando sus beneficios tanto en la reducción de síntomas como en la reducción de conductas autolesivas. Algunos componentes de la DBT en solitario como el *"entrenamiento en habilidades"* emerge como una forma breve y eficiente de tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American, Psychiatric, Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder [Internet]. VA: American Psychiatric Association; 2010 [citado 3 de febrero de 2018]. Disponible en: [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/ocd.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd.pdf)
2. Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; 15(8).
3. Omar H, Tejerina-Arreal M, Crawford MJ. Are recommendations for psychological treatment of borderline personality disorder in current U.K. guidelines justified? Systematic review and subgroup analysis. Personal Ment Health. 2014;8(3):228-37.
4. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;54(2):97-107.e2.
5. Sinnaeve R, van den Bosch LMC, van Steenberghe-Weijenburg KM. Change in interpersonal functioning during psychological interventions for borderline personality disorder—a systematic review of measures and efficacy. Personal Ment Health. 2015;9(3):173-94.
6. National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2013.
7. OMS. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2000.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
9. Bateman AW, Krawitz R. Borderline Personality Disorder: An Evidence-based Guide for Generalist Mental Health Professionals. Oxford: Oxford University Press; 2013.
10. Carpenter RW, Trull TJ. Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. Curr Psychiatry Rep. 2013;15(1):335.
11. Wilks CR, Korslund KE, Harned MS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy and domains of functioning over two years. Behav Res Ther. 2016;77:162-9.
12. Gratz KL, Moore KE, Tull MT. The role of emotion dysregulation in the presence, associated difficulties, and treatment of borderline personality disorder. Personal Disord. 2016;7(4):344-53.
13. Mondimore FM, Kelly P. Borderline Personality Disorder: New Reasons for Hope. Baltimore, Maryland: JHU Press; 2013.
14. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, Betts J, Chanen AM. Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder. Early Interv Psychiatry. 2017; 1-8.
15. Pérez S, Marco JH, García-Alandete J. Comparison of clinical and demographic characteristics among borderline personality disorder patients with and without suicidal attempts and non-suicidal self-injury behaviors. Psychiatry Res. 2014;220(3):935-40.
16. Mirapeix C. Trastornos de la personalidad. En: Palomo T y Jimenez-Arriero MA, editores. Manual de psiquiatría. Madrid: ENE Life; 2009. p. 425-48.
17. Sadock BJ, Sadock VJ. Trastornos de la personalidad. En: Kaplan y Sadock Manual de bolsillo de psiquiatría

- clínica. 5a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 240-57.
18. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am.* 2008;31(3):405-20.
  19. Zimmerman M, Chelminski I, Dalrymple K, Rosenstein L. Principal diagnoses in psychiatric outpatients with borderline personality disorder: Implications for screening recommendations. *Ann Gen Psychiatry.* 2017;29(1):54-60.
  20. Gunderson JG, Weinberg I, Choi-Kain L. Trastorno límite de la personalidad. En: Hales DJ, Hyman M, editores. *Trastornos de la personalidad (I)*. Barcelona: Medical Trends; 2013. p. 15-34.
  21. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2012;169(5):476-83.
  22. Giner Zaragoza F, Lera Calatayud G, Sánchez V, Luisa M, Muñoz P, Paz M, et al. Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 2015;35(128):789-99.
  23. Fowler JC, Oldham JM. Trastornos comórbidos y complejidad del tratamiento de los trastornos de la personalidad. En: Hales DJ, Hyman M, editores. *Trastornos de la personalidad (I)*. Barcelona: Medical Trends; 2013.
  24. Chapman AL, Gratz KL. *Borderline Personality Disorder: A Guide for the Newly Diagnosed*. Oakland: New Harbinger Publications; 2013.
  25. Bassir Nia A, Eveleth MC, Gabbay JM, Hassan YJ, Zhang B, Perez-Rodriguez MM. Past, present, and future of genetic research in borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol.* 2017;21:60-8.
  26. Guendelman S, Garay L, Miño V. Neurobiology of borderline personality disorder. *Rev Med Chil.* 2014;142(2):204-10.
  27. Sansone RA, Sansone LA. Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci.* 2013;10(5-6):39-43.
  28. Bodner E, Cohen-Fridel S, Mashiah M, Segal M, Grinspoon A, Fischel T, et al. The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry.* 2015;15:2.
  29. Keuroghlian AS, Palmer BA, Choi-Kain LW, Borba CPC, Links PS, Gunderson JG. The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patients With Borderline Personality Disorder. *J Personal Disord.* 2016;30(4):567-76.
  30. Linehan M. *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
  31. Sledge W, Plakun EM, Bauer S, Brodsky B, Caligor E, Clemens NA, et al. Psychotherapy for suicidal patients with borderline personality disorder: an expert consensus review of common factors across five therapies. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation.* 2014;1:16.
  32. Meuldijk D, McCarthy A, Bourke ME, Grenyer BFS. The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PloS One.* 2017;12(3):e0171592.
  33. Bateman A, Fonagy P. *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad : una guía práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2016.
  34. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psicoterapia centrada en la transferencia : su aplicación al trastorno límite de la personalidad*. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2016.
  35. Markowitz JC, Skodol AE, Bleiberg K. Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: possible mechanisms of change. *J Clin Psychol.* 2006;62(4):431-44.
  36. O'Connell B, Dowling M. Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014;21(6):518-25.
  37. Klerman GL, Weissman MM. *Interpersonal Psychotherapy of Depression: A Brief, Focused, Specific Strategy*. Maryland: Jason Aronson, Incorporated; 1994.
  38. Bellino S, Bozzatello P. *Interpersonal Psychotherapy Adapted for Borderline Personality Disorder (IPT-BPD): A Review of Available Data and a Proposal of Revision*. *J Psychol Psychother.* 2015;05:229.
  39. Blum N, Pfohl B, John DS, Monahan P, Black DW. STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Compr Psychiatry.* 2002;43(4):301-10.
  40. Young JE. *Terapia de esquemas*. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2015.
  41. Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2017;4(1):21-30.
  42. Melendo J, Cabrera C. *Guía del trastorno límite de personalidad (Guía para el profesional)*. Madrid: Pfizer; 2009.
  43. Flynn D, Kells M, Joyce M, Corcoran P, Gillespie C, Suarez C, et al. Standard 12 month dialectical behaviour therapy for adults with borderline personality disorder in a public community mental health setting. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation.* 2017;4:19.
  44. Neacsiu AD, Lungu A, Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM. Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional expe-

- rience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2014;53:47-54.
45. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(7):757-66.
  46. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson; 2008.
  47. Andreasson K, Krogh J, Wenneberg C, Jessen HKL, Krakauer K, Glud C, et al. Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder—a randomized observer-blinded clinical trial. *Depress Anxiety.* 2016;33(6):520-30.
  48. Kramer U, Pascual-Leone A, Berthoud L, de Roten Y, Marquet P, Kolly S, et al. Assertive Anger Mediates Effects of Dialectical Behaviour-informed Skills Training for Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clin Psychol Psychother.* 2016;23(3):189-202.
  49. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(5):475-82.
  50. McMains SF, Guimond T, Barnhart R, Habinski L, Streiner DL. A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2017;135(2):138-48.
  51. Jobes DA. *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach.* New York: Guilford Press; 2006.
  52. Bozzatello P, Bellino S. Combined therapy with interpersonal psychotherapy adapted for borderline personality disorder: A two-years follow-up. *Psychiatry Res.* 2016;240:151-6.
  53. Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2010;55(2):74-81.
  54. Jørgensen CR, Freund C, Bøye R, Jordet H, Andersen D, Kjølbye M. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127(4):305-17.
  55. Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S, Hörz S, Zimmermann J, Rentrop M, et al. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: change in reflective function. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2015;207(2):173-4.
  56. Leichsenring F, Masuhr O, Jaeger U, Rabung S, Dally A, Dümpelmann M, et al. Psychoanalytic-Interactional Therapy versus Psychodynamic Therapy by Experts for Personality Disorders: A Randomized Controlled Efficacy-Effectiveness Study in Cluster B Personality Disorders. *Psychother Psychosom.* 2016;85(2):71-80.
  57. Hill N, Geoghegan M, Shawe-Taylor M. Evaluating the outcomes of the STEPPS programme in a UK community-based population; implications for the multidisciplinary treatment of borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2016;23(6-7):347-56.
  58. Biała M, Kiejna A. Significance of personality disorders in the face of drop-outs from psychiatric hospitalizations. The case of selected psychiatric units. *Psychiatr Pol.* 2017;51(3):425-36.
  59. Kröger C, Harbeck S, Armbrust M, Kliem S. Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther.* 2013;51(8):411-6.
  60. Kröger C, Roepke S, Roepke S, Kliem S. Reasons for premature termination of dialectical behavior therapy for inpatients with borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2014;60:46-52.
  61. Gamache D, Savard C, Lemelin S, Côté A, Villeneuve É. Premature Termination of Psychotherapy in Patients With Borderline Personality Disorder: A Cluster-Analytic Study. *J Nerv Ment Dis.* 2017; [Epub ahead of print]
  62. Wnuk S, McMains S, Links PS, Habinski L, Murray J, Guimond T. Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. *J Personal Disord.* 2013;27(6):716-26.
  63. Chalker SA, Carmel A, Atkins DC, Landes SJ, Kerbrat AH, Comtois KA. Examining challenging behaviors of clients with borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2015;75:11-9.
  64. Arntz A, Stupar-Rutenfrans S, Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P. Prediction of treatment discontinuation and recovery from Borderline Personality Disorder: Results from an RCT comparing Schema Therapy and Transference Focused Psychotherapy. *Behav Res Ther.* 74:60-71.
  65. Bedics JD, Atkins DC, Harned MS, Linehan MM. The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy.* 2015;52(1):67-77.
  66. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(12):1060-4.