



## Jornades de Foment de la Investigació

# **RESULTADOS PRELIMINARES DE LA TERAPIA DIALÉCTICO- COMPORTAMENTAL EN POBLACIÓN ESPAÑOLA: UN ESTUDIO DE CASO**

### **Autors**

NAVARRO Haro, M.V.,  
GARCIA Palacios, A.,  
GUILLEN Botella, V.  
BOTELLA Arbona, C.

## RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) constituye uno de los cuadros psicopatológicos más complejos con los que puede enfrentarse un clínico. Dentro de los trastornos de personalidad, lo más característico del TLP es la inestabilidad persistente que aparece en todas áreas de funcionamiento principales: la cognición, la afectividad, la actividad interpersonal y el control de los impulsos. En los últimos años se ha producido un interés creciente por este trastorno, debido, sobre todo, a la constatación de la elevada frecuencia de este tipo de pacientes en los centros de asistencia psiquiátrica y el riesgo de autolesión y suicidio inherente a este problema. A pesar de la gravedad del trastorno, el desarrollo y puesta a prueba de estrategias de intervención eficaces es escaso. Estas razones han impulsado el estudio, en los últimos años, del desarrollo de estrategias de intervención para este trastorno. Uno de los programas de tratamiento que ha demostrado ser eficaz es la *Terapia Dialéctico-Comportamental* (TDC) para el trastorno límite de la personalidad, desarrollado por la Dra. Marsha Linehan y su grupo de investigación en la Universidad de Washington (EEUU). El equipo de investigación de la Dra. Cristina Botella, está desarrollando actualmente un proyecto denominado: “*Tratamiento psicológico de la personalidad patológica en los trastornos de la conducta alimentaria*”, dirigido por la Dra. Azucena García Palacios y financiado por el Plan de Promoción de la Investigación de la Universitat Jaume I. Este proyecto consiste en un ensayo clínico controlado que pretende poner a prueba una adaptación de este programa para el tratamiento de la personalidad patológica en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El objetivo del presente trabajo es ofrecer datos de la eficacia preliminar de esta adaptación con la presentación de un estudio de caso diagnosticado de TLP y bulimia nerviosa tras ser tratado en el Centro Clínico Previ durante seis meses.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos (DSM-IV-R, APA, 2000). Este patrón se traduce en una elevada reactividad del estado de ánimo, impulsividad extrema, comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio, pensamientos y actitudes ambivalentes hacia los demás y hacia sí mismo, relaciones interpersonales caóticas e intensas, sentimientos de vacío y aburrimiento (Caballo, Gracia, López-Gollonet y Bautista, 2004). El TLP afecta alrededor de un 2% de la población general, en torno al 10% entre los pacientes atendidos en los centros ambulatorios de salud mental y hacia 20% entre los pacientes psiquiátricos ingresados. En las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad se sitúa entre el 30 y 60% (APA, 2000; Selva, Bellver y Carabal, 2005; Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001). Aproximadamente, del 8 al 10% de los sujetos con un TLP consumen el suicidio y los actos de automutilación y las amenazas e intentos suicidas son bastante frecuentes (Nehls, 1999, Paris, 1993). El TLP presenta una alta comorbilidad con otros trastornos clínicos, principalmente trastornos del estado de ánimo, problemas relacionados con el consumo de sustancias, trastornos del control de los impulsos, trastorno por déficit de atención, trastornos de la conducta

alimentaria, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad (Caballo et al., 2004; Girolano y Dotto, 2000).

Uno de los programas de tratamiento que ha recibido mayor apoyo empírico para este trastorno es la *Terapia Dialéctico-Comportamental* (TDC), desarrollada por la Dra. Marsha Linehan y su grupo de investigación en la Universidad de Washington (EE.UU.). Desde esta aproximación, el TLP se conceptualiza como una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre aspectos biológicos y un *ambiente invalidante*. Según esta perspectiva, el individuo con este trastorno presenta una alta vulnerabilidad emocional determinada biológicamente que le lleva a experimentar las emociones de forma intensa y presentar dificultades en la modulación de los afectos. El segundo factor importante es el ambiente invalidante, un factor psicosocial que se refiere a un patrón de crianza que responde con respuestas inapropiadas o no contingentes a la comunicación de experiencias emocionales.

En la TDC, la estructura, las técnicas y el proceso terapéutico están diseñados para tratar las áreas problemáticas específicas de este trastorno: los problemas de inestabilidad emocional, las conductas suicidas e impulsivas, la rigidez cognitiva, las alteraciones en la identidad y las dificultades en las relaciones interpersonales. Para ello, este programa incluye distintos modos de terapia. La terapia individual constituye la base del programa, pero se aplican, de forma complementaria, la terapia grupal para el entrenamiento en habilidades, las consultas telefónicas para la generalización de las habilidades aprendidas y los grupos de apoyo para prevenir las recaídas. La intervención se estructura en una fase de pretratamiento y tres fases de tratamiento. El pretratamiento consiste en orientar al paciente hacia la terapia y en establecer la relación terapéutica, las metas a conseguir y los compromisos básicos para un buen funcionamiento de la terapia, tanto por parte del paciente como del terapeuta. Después del periodo de pretratamiento comienza la primera fase del tratamiento que tiene una duración de un año. En esta fase se trabajan los aspectos centrales del TLP que consisten: por un lado en disminuir las conductas suicidas y parasuicidas, las conductas que interfieran en la terapia y las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente, y, por otro, en aumentar las habilidades de toma de conciencia, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y de efectividad interpersonal. Para ello, se utilizan varios modos de terapia: terapia individual, terapia de grupo y consultas telefónicas. La periodicidad de asistencia a terapia es de una sesión individual y una sesión de grupo a la semana y las consultas telefónicas se utilizan entre sesiones con el objetivo de ayudar al paciente a generalizar las habilidades y estrategias aprendidas en terapia a su ambiente natural. La segunda fase del tratamiento está dirigida, al tratamiento del estrés postraumático y no tiene una duración determinada. Durante esta segunda fase se van afianzando las habilidades adquiridas en la primera fase y los pacientes tienen la posibilidad de asistir a grupos de apoyo para consolidar los logros y prevenir recaídas. Posteriormente, el paciente pasa a la tercera fase. Esta fase no tiene una duración determinada y el objetivo principal de la misma es que el individuo construya respeto por sí mismo mediante el establecimiento y consecución de metas vitales en áreas como el trabajo, la familia, etc.

La TDC, ha sido, quizá, la primera terapia cognitivo-comportamental en ser evaluada empíricamente para el TLP (Linehan et al., 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993). Se han realizado numerosos estudios controlados (p.ej., Linehan, Armstrong, Suarez, Allmond y Heard, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993;

Linehan, Tutek, Heard y Armstrong, 1994; Linehan et al., 1999; Koerner y Linehan, 2000; Koons et al., 2001; Swenson, Sanderson, Dulit y Linehan, 2001; Telch, Agras y Linehan, 2001; Linehan et al., 2002; Verheul et al., 2003; van den Bosch, Koerter, Stijnen, Verheul y van den Brink, 2005; Linehan et al., 2006) que ofrecen resultados de eficacia de la TDC en comparación con condiciones de tratamientos no estructuradas (treatment as usual), es decir, tratamientos que reciben los pacientes de forma rutinaria en los servicios de salud mental. Los estudios citados constatan que el programa de tratamiento con TDC consigue reducciones significativas en indicadores de gravedad característicos del TLP tales como número de ingresos hospitalarios, utilización de servicios de urgencias psiquiátricas e intentos de suicidio, así como reducciones en el número de abandonos. Además, a pesar de que este programa de tratamiento fue originalmente diseñado para aplicarse en régimen ambulatorio, existen datos que apoyan su utilidad en pacientes hospitalizados (p. ej. Kröger et al., 2006).

La TDC es una terapia que cuenta con un apoyo empírico importante. Nuestro equipo de investigación está interesado desde hace unos años en el estudio y el abordaje del tratamiento de los trastornos de la personalidad. En esta línea de investigación, uno de nuestros objetivos es la adaptación y validación de la TDC para su aplicación en población española. Estamos llevando a cabo un ensayo clínico controlado con este objetivo. En el presente trabajo presentamos un estudio de caso tratado con TDC como ejemplificación de la misma.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

La muestra que participa en el ensayo clínico controlado se obtiene de entre los pacientes que solicitan ayuda en el Centro de Clínico Previ de Valencia.

Los criterios para la selección de la muestra fueron los siguientes:

#### Criterios de inclusión:

- Cumplir los criterios DSM-IV (APA, 2000) para un trastorno de personalidad límite.
- Tener más de 16 años de edad.

#### Criterios de exclusión:

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

Para este estudio de eficacia preliminar se contó con una participante de sexo femenino y origen español. Se trata de una mujer de 37 años, divorciada y con estudios universitarios. Antes de comenzar el estudio la participante firmó una hoja de consentimiento informado declarando su conformidad con las condiciones del mismo. Además de las características señaladas, en el momento de comenzar el estudio la participante estaba diagnosticada de bulimia nerviosa tipo purgativo (según el DSM-IV, APA, 2000). Complementariamente al tratamiento con terapia dialéctico-comportamental, y, debido a la gravedad del trastorno, la participante recibió tratamiento farmacológico para el trastorno límite y/o para la bulimia nerviosa, siempre prescrito y supervisado por un especialista (psiquiatra).

A continuación, se presentan las características más relevantes de la historia clínica de la participante. En el momento de pedir ayuda la paciente presenta una historia de bulimia nerviosa de más de 18 años de evolución. Con relación a la historia de la patología de personalidad, según refiere, durante la infancia vive en un entorno invalidante donde la intensidad emocional que muestra no es comprendida ni atendida por los padres, los cuales le imponen excesiva restricción en la expresión emocional. Aunque no tiene mucha información al respecto, recuerda que desde la adolescencia realizaba conductas sexuales de riesgo asociadas al consumo excesivo de alcohol. Posteriormente empieza a vomitar para perder peso y se inicia la bulimia nerviosa hasta la actualidad. La mayor o menor frecuencia de atracones y vómitos está asociada a la mayor impulsividad o no en su vida. Este patrón de conducta se mantiene mientras realiza sus estudios universitarios. A los 18 años conoce al que será su marido. Se establece una relación “mágica” entre ellos y termina casándose con él. Sin embargo, la relación es inestable desde el principio con utilización mutua e infidelidades frecuentes. Mientras dura esta relación, la paciente mantiene de manera continuada relaciones sexuales de alto riesgo con otras personas. Esto sucede hasta que conoce a una mujer, de la cual se “enamora” y deja a su marido. La paciente siente gran culpabilidad y dolor por haber dejado a su marido por esta mujer. Esta separación traumática se convierte en el último episodio significativo en su vida que la sume en un estado emocional muy inestable, lo que produce un aumento significativo en el número de conductas impulsivas. Durante toda su vida existe sintomatología de inestabilidad emocional continua y episodios de subida-bajada de peso y atracones.

Desde hace 20 años ha estado recibiendo diferentes tratamientos psicológicos destinados al problema alimentario y al estado de ánimo deprimido. También ha recibido tratamiento psicofarmacológico para reducir el problema alimentario y la impulsividad e inestabilidad emocional grave (antidepresivos, ansiolíticos, anticonvulsivos y antipsicóticos).

Con respecto a la evolución del problema, en 2005 ingresa en el Centro de Atención Continuada Previ (24 horas). En este momento, demuestra gran impulsividad conductual (ej. atracones, vómitos y conductas sexuales impulsivas). La alta frecuencia de atracones de comida (3/5 al día) siempre se compensa con vómitos auto-inducidos, utilizándolos como descarga emocional y como conductas de auto-agresión. Además, se muestra incapaz de controlar este patrón de atracón-vómito, que ocurre siempre en casa. Refiere gran inestabilidad emocional (ej. ira, rabia, tristeza, etc.) y esporádicamente consume grandes cantidades de alcohol y cannabis, no siendo tampoco consciente del abuso. Convive con una mujer en una relación de sumisión por parte de la paciente y carece de una red social adecuada. En el momento de ingreso, la paciente no tiene conciencia del TLP y se muestra incapaz de concentrarse y tomar decisiones. Por este motivo, desea cambiar su situación. A esto se une su dificultad en la adherencia al tratamiento farmacológico.

Un año después de recibir tratamiento en el Centro de Atención Continuada, la paciente se muestra consciente de su problema TCA y TLP. Sin embargo, sigue mostrando gran impulsividad emocional, ya que fuera del centro no es capaz de dejar de vomitar y atracarse. Presenta episodios disfóricos y depresivos que se han incrementado en los meses de verano, asociado al consumo de alcohol durante los permisos que ha tenido para salir del centro y al abandono del tratamiento farmacológico. Además, existe un gran dolor emocional (se está separando de su actual pareja) ya que todavía no ha resuelto el divorcio con su marido, dándose cuenta

## Resultados preliminares de la terapia dialéctico-comportamental en población española: un estudio de caso

que éste la ha utilizado constantemente. Por otra parte, el hecho de que haya tenido varios fracasos laborales en los últimos meses incrementa la impulsividad sexual y la frecuencia de vómitos. Esto produce a la paciente una desorientación total en su vida, generándole un estado de ánimo muy bajo, sin la ayuda cercana de un apoyo social adecuado.

En el momento de comenzar la terapia con TDC, la paciente cumple los siguientes criterios diagnósticos:

Eje I: 307.51 Bulimia Nerviosa, tipo purgativo

Eje II: 301.83 Trastorno Límite de la personalidad

Eje III: Sin diagnóstico

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo y ambiente social

Eje V: EAAG: 30 (incapacidad para funcionar en todas las áreas)

### MEDIDAS

#### **Instrumentos diagnósticos:**

Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999).

Este es el principal instrumento diagnóstico para determinar si el paciente padece un trastorno límite de personalidad. Se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa la presencia de trastornos de personalidad siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 1994, 2000). En cada criterio se empieza con una pregunta amplia dirigida a saber si está presente o no, y después se le pide confirmación con ejemplos, o con razones que justifiquen esos comportamientos. El SCID-II ha demostrado buena consistencia interna (de .90 a .98) y buena fiabilidad (de .48 a .98).

#### **Medidas clínicas:**

Inventario de información clínica relevante.

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

## **Tratamiento**

El programa de tratamiento aplicado en este trabajo fue una adaptación de la terapia dialéctico-comportamental estándar (Linehan, 1993). La terapia consiste en una combinación de intervenciones individuales y de grupo durante seis meses. En la terapia individual se conservó el formato estándar de la TDC (Linehan (1993b)). En el entrenamiento en grupo se amplió el número de sesiones (8 sesiones en la TDC estándar), lo que resultó en un programa de 24 sesiones.

A continuación, vamos a detallar el programa que se llevó a cabo en los dos tipos de tratamiento.

### Terapia Individual:

El tratamiento individual consistió en una sesión de 60-90 minutos por semana con un terapeuta especializado en trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad con formación en TDC.

Este tratamiento tuvo como objetivos fundamentales:

1. Reducción de las conductas suicidas y parasuicidas: Crisis de conductas suicidas; Actos parasuicidas; Imágenes, impulsos suicidas intrusivos; Ideación, expectativas suicidas
2. Reducción de las conductas que interfieren en la terapia: Conductas que interfieren con el hecho de recibir terapia (no asistencia, no colaboración en sesión, no cumplimiento tareas); Conductas que interfieren con otros pacientes (grupo); Conductas que desgastan al terapeuta.
3. Reducción de las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente: Abuso de sustancias; Conductas sexuales de alto riesgo; Dificultades económicas serias; Conductas ilegales; Relaciones interpersonales muy disfuncionales; Otros trastornos en el Eje I: trastorno alimentario, trastorno por estrés postraumático, etc.
4. Entrenamiento y práctica de estrategias básicas del tratamiento: solución de problemas, manejo de contingencias, reestructuración cognitiva, exposición, etc.

Estas metas de tratamiento están jerarquizadas y se abordan en función de su importancia. La jerarquía que se establece en la terapia individual es la siguiente: 1. Conductas suicidas y parasuicidas; 2. Conductas que interfieran con la terapia; 3. Conductas que interfieran en la calidad de vida; 4. Aumentar habilidades comportamentales.

Los objetivos terapéuticos específicos para cada paciente se organizan en función de esa jerarquía de prioridades. Esta jerarquía ayuda al terapeuta y al paciente a centrar los objetivos en cada sesión, lo que permite que exista un orden pre-establecido respecto a los temas a tratar en la sesión. Las sesiones de la terapia individual se estructuran a partir de la información que el paciente va recogiendo en el diario TDC, estableciéndose los objetivos específicos para cada paciente en función de esta jerarquía de prioridades (p. ej., conductas autolesivas, uso de sustancias, etc.).

Las principales estrategias que se utilizaron en el tratamiento individual para reducir las conductas disfuncionales fueron las siguientes: 1) Revisar el diario TDC en cada sesión; 2) Análisis conductual de la situación asociada a la jerarquía de objetivos, metas de tratamiento; 3) Solución de problemas: entrenamiento/aplicación de técnicas cognitivo-comportamentales y técnicas aprendidas en terapia grupal; 4) Tarea para casa dirigida a practicar técnicas aprendidas en terapia.

## Resultados preliminares de la terapia dialéctico-comportamental en población española: un estudio de caso

A continuación vamos a explicar un ejemplo de objetivo de tratamiento individual que se llevó a cabo en el caso concreto que nos ocupa.

Antes de delimitar las metas, en el pre-tratamiento se realizó un análisis de las principales áreas de funcionamiento afectadas en la paciente:

La principal fuente de malestar es la inestabilidad emocional (tristeza, rabia/odio, ansiedad, culpa, alegría) que causa una desregulación en diferentes áreas como:

1. Identidad: sentimientos de vacío, de ineficacia, indefensión aprendida, confusión de la identidad sexual y distorsión de la imagen corporal.
2. Cognitiva: pensamientos de inutilidad: “soy incapaz, todos me utilizan”; pensamientos negativos respecto al cuerpo/peso/comida: “nunca me voy a curar la bulimia” y disociación.
3. Conductual: impulsividad extrema: atracones seguidos de vómitos autoinducidos, abuso de alcohol y cannabis, sexo impulsivo y conductas autolesivas como “arañarse”.
4. Interpersonal: círculo de amigos muy reducido, relaciones de pareja inestables, separación traumática de su marido (todavía mantiene relaciones con él), discusiones con los padres y miedo al rechazo social.

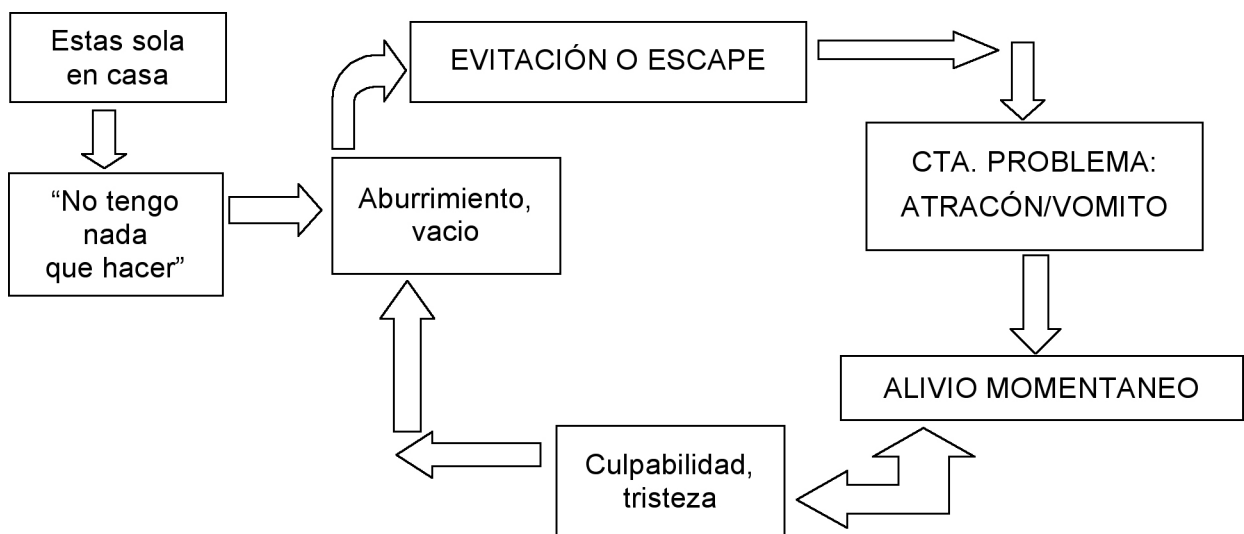
Las metas acordadas por la terapeuta para el tratamiento individual fueron de acuerdo a la siguiente jerarquía:

### Meta 1.-Reducir conductas suicidas y parasuicidas:

- No existe ideación suicida recurrente, ni intentos de suicidio, sólo deseo de morir.
- Conductas autolesivas: arañarse, arrancarse el pelo.
- Conductas alimentarias: atentar contra el cuerpo (atracon seguido de vómito autoinducido).

Una de las estrategias utilizadas para reducir estas conductas fue la realización del análisis conductual (con la ayuda de la paciente) de una situación específica donde se produce una conducta desadaptativa de regulación del afecto. Según Linehan, para reducir estas conductas es importante relacionar situaciones específicas de la paciente con su patrón general de funcionamiento. En la siguiente figura, presentamos un ejemplo de los análisis funcionales que se realizaron con esta paciente.

**Figura 1:** Análisis Conductual Paciente 1





## Resultados preliminares de la terapia dialéctico-comportamental en población española: un estudio de caso

Como podemos observar en este ejemplo, ante una situación en la que la paciente está sola en casa, surge un pensamiento de que no tiene nada que hacer. Este pensamiento provoca una emoción de aburrimiento o vacío. Para evitar ese malestar la paciente se atraca de comida y después vomita. Esta conducta produce un alivio momentáneo a corto plazo, sin embargo, poco después, la paciente se siente culpable y triste por haberlo hecho, lo que incrementa esa sensación de vacío inicial. Por tanto se produce un círculo vicioso.

Meta 2.-Reducir conductas que interfieran en la terapia: Acudir a terapia puntual; Realización del diario TDC; Adherencia al tratamiento farmacológico; No acudir bajo la influencia de alcohol o drogas; Conductas de oposicionismo hacia el terapeuta.

Meta 3.-Reducir conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente: Conductas sexuales de alto riesgo; Área social: aislamiento social, inactividad; problemas con ex-marido y pareja actual; Funcionamiento independiente y autónomo: salir de centro de atención continuada; Abuso de sustancias.

### Terapia Grupal:

La terapia grupal consistió en una sesión de 2 horas por semana con una pausa de 10 minutos en cada sesión. Las sesiones de entrenamiento en grupo fueron dirigidas por un psicólogo con formación en TCD y uno de los terapeutas del centro PREVI, que adoptó el papel de coterapeuta. Además se incluyó la participación de un observador participante. El escenario donde se llevó a cabo el tratamiento fue en una sala del Centro Clínico Previ, debidamente acondicionada para tratamientos en grupo. Todas las sesiones fueron grabadas en video para su posterior utilización en las sesiones clínicas entre terapeutas.

El programa de tratamiento grupal consistió en un entrenamiento de habilidades en grupo. Está compuesto por un módulo inicial de orientación al tratamiento (1 sesión) y cuatro módulos de entrenamiento en habilidades: 1) Toma de Conciencia (3 sesiones); 2) Regulación Emocional (14 sesiones); 3) Tolerancia al Malestar (2 sesiones); y 4) Eficacia interpersonal (4 sesiones), con un total de 24 sesiones.

Las metas principales del tratamiento grupal fueron, por una parte, reducir: 1) Desequilibrio interpersonal; 2) Desequilibrio emocional; 3) Desequilibrio cognitivo y comportamental; 4) Alteraciones de la identidad; 5) Conductas que interfieren terapia. Y por otra, aumentar: 1) Habilidades de Aceptación: toma de conciencia (Mindfulness) y tolerancia al malestar. 2) Habilidades de Cambio: eficacia interpersonal y regulación emocional.

### **Procedimiento**

Se llevó a cabo una entrevista diagnóstica en la que se determinó el diagnóstico de TLP mediante la entrevista clínica estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV, SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999). Esta entrevista se realizó antes de comenzar con el tratamiento.

Para evaluar la eficacia preliminar de este programa de tratamiento, los terapeutas se encargaron de cumplimentar, con la ayuda del paciente, el *inventario de información clínica relevante* en dos condiciones: antes del tratamiento y después del tratamiento. Este inventario fue comparado en las dos condiciones con el objetivo de observar mejorías en el estado clínico del paciente después de los seis meses de tratamiento.

### Resultados:

A continuación se ofrecen los resultados de la paciente en el inventario de información clínica relevante antes y después del tratamiento. En la siguiente tabla se muestran los resultados más relevantes:

**Tabla 1.** Resultados Inventario Información Clínica Relevante. Pre-tratamiento y Post-tratamiento

Participante 1	PRE	POST
EJEV	30	50
Nº Ingresos Hospitalarios Urgencias Psiquiátricas/Último Año	1	0
Nº Intentos de Suicidio/Último Año	0	0
Nº Conductas Parasuicidas/Último Año	0	0
Frecuencia Abuso Tóxicos/Mes	4	1
Conductas Desadaptativas de Regulación del Afecto:		
Vómitos/Semana	21	2
Atracones/Semana	14	1
Sexo Impulsivo/Semana	1	0
Mala Utilización de Medicamentos/Semana	7	0
Gravedad Percibida por el Clínico	8	6

Como podemos observar en la tabla, después de un tratamiento de 6 meses con TDC los resultados indican:

1. Una reducción significativa en la gravedad de la escala general de actividad global: antes del tratamiento el terapeuta la puntuó con un 30 (incapacidad para funcionar en casi todas las áreas), y después del tratamiento la valora con una puntuación de 50 (cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar).
2. Disminuye el número de ingresos hospitalarios en urgencias psiquiátricas, un año antes del tratamiento había estado ingresada 1 vez y durante el tratamiento no tuvo ningún ingreso.
3. No se produce ningún intento de suicidio durante el tratamiento, ni tampoco conductas parasuicidas.
4. Se manifiesta una disminución en la frecuencia de abuso de tóxicos: pasa de fumar cannabis y abusar del alcohol los fines de semana a hacerlo una vez al mes.
5. Disminuye la frecuencia de conductas de regulación del afecto:
  - Reducción en el número de vómitos y atracones: de 21 vómitos aproximadamente a la semana antes del tratamiento, a 2 como mucho por después del tratamiento. De la misma forma, disminuye el número de atracones, de 14 atracones aproximadamente a la semana antes del tratamiento, a 1 atracón por semana después del tratamiento.
  - Se elimina totalmente el sexo impulsivo: antes del tratamiento lo practicaba una vez a la semana y después del tratamiento no lo practica.
  - Desaparece la mala utilización de medicamentos, antes del tratamiento tomaba diariamente las dosis de medicación que ella consideraba necesaria y ahora cumple con las prescripciones del psiquiatra.
6. La puntuación en la escala de gravedad percibida por el clínico es menor: de una puntuación de 8 (muy grave) antes del tratamiento, a una puntuación de 6 (grave) después del tratamiento.

### **Discusión:**

Nuestro grupo de investigación está realizando un ensayo clínico controlado con el fin de validar este programa de tratamiento en personas de la población española que sufran trastorno límite de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. El objetivo del presente trabajo es ofrecer datos preliminares de la eficacia de la TDC en un caso con estas características. Se trata de una persona que sufre una bulimia nerviosa de larga evolución con comorbilidad con un trastorno límite de la personalidad. Los resultados, tras seis meses de TDC indican que la terapia resultó eficaz en la disminución de los aspectos clínicos relevantes: número de ingresos en salas de urgencias, abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, vómitos y atracones. La TDC mostró eficacia en aspectos directamente relacionados con la patología de personalidad, pero también en la patología alimentaria. Además, un aspecto importante que nos gustaría señalar es que el nivel de funcionamiento general mejoró significativamente como lo indica la escala del eje V (Escala de Evaluación de la Actividad Global) y el hecho de que tras la terapia la paciente pudo abandonar el centro de atención continuada y actualmente se encuentra asistiendo al centro de día. También nos gustaría destacar que ha conseguido un trabajo a tiempo parcial. Estos resultados resultan prometedores considerando la gravedad de la paciente y la larga evolución de su problema. Por otro lado, señalar que nuestro trabajo aborda la patología límite en el contexto de los trastornos de la conducta alimentaria y que este aspecto resulta novedoso en la literatura sobre eficacia de la TDC. Con respecto al programa de tratamiento aplicado nos gustaría destacar que estamos consiguiendo buenos resultados tras sólo seis meses de aplicación, en la línea de lo que han encontrado otros estudios que reducen el tiempo de la TDC a seis meses (Koons et al., 2001) o incluso a tres meses (Bohus et al., 2000; 2004). Asimismo, esperamos conseguir mejores resultados tras un año de tratamiento que es la duración de la primera fase de la TDC original. Estos resultados confirman la eficacia preliminar de la TDC en un trastorno tan difícil de abordar como el TLP en población española y nos animan a continuar con el ensayo clínico controlado que estamos realizando.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American Psychiatric Association (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: *Masson*.

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl C., Unckel C., Lieb C. y Linehan M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.

Bray, S., Barrowclough, C. y Lobban, F. (2007). The social problem-solving abilities of people with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1409–1417.

Brassington, J. y Krawitz, R. (2006). Australasian dialectical behaviour therapy pilot outcome study: effectiveness, utility and feasibility. *Australasian Psychiatry*, 14, 313-319.

Caballo, V.E., Gracia, A., López-Gallones, C. y Bautista, R. (2004). Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento. Pgs. 137-160. Madrid: *Sintesis*.

Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga, J. (2005). Trastorno Límite de la Personalidad: Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Buenos Aires; Madrid: *Médica Panamericana*.

Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health*, 16, 51-68.

García-Palacios, A. (2004). El tratamiento del trastorno límite de la personalidad por medio de la terapia dialéctica conductual. En V. Caballo (Ed.), Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: *Síntesis*. Pgs. 483-512.

García-Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: terapia individual. **Psicología Conductual**, 14, 453-466.

Linehan, M. M. (1993a). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: *Guilford Press*.

Linehan, M.M. (1993b). Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder. New York: *Guilford Press*. Traducción al castellano por Paidós (2003).

Linehan, M.M., Heard, H. y Armstrong, H. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.

Linehan, M.M., Tutek, D., Heard, H., y Armstrong, H. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.

Linehan, M.M. (1995). Treating borderline personality disorder the dialectical approach. *New York Guildford press*.

Linehan, M.M., Kanter, J. y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: efficacy, specificity, and cost effectiveness. In D. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy in the 1990s: Mechanisms, effectiveness and indications*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 93-118.

Linehan, M.M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Ed. Paidós (Barcelona).

Linehan, M.M. Comtois, K., Murray, A., Brown, M. , Gallop, R., Heard, H., Korslund, K., Tutek, D. Reynolds, S. y Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.

Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N. y Linehan, M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 3, 181–205.

Harley, R.M., Baity, M.R., Blais, M.A. y Jacobo, M.C. (2007). Use of dialectical behavior therapy skills training for borderline Personality disorder in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research*, 17, 351-358.

Van den Boscha, L., Koeterb, M., Stijnene, T., Verheulc, R. y Van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231–1241.