

# TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL PARA UN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR I: UN ESTUDIO DE CASO CON SEGUIMIENTO A LOS DOS AÑOS

## STANDARD DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY FOR BIPOLAR I DISORDER: A CASE STUDY WITH TWO YEAR FOLLOW-UP

Verónica Guillén\*, Azucena García-Palacios\*\*  
y Rosa Baños\*

### Resumen

Este trabajo tiene como objetivo analizar la efectividad de la terapia conductual dialéctica (DBT) en un individuo diagnosticado de trastorno bipolar I después de un año de tratamiento y un seguimiento realizado dos años después del tratamiento. El paciente sufría de un trastorno de larga evolución que había recibido numerosos tratamientos psicológicos y psiquiátricos antes de comenzar el programa DBT. Los resultados indicaron que la DBT fue efectiva ya que hubo una disminución en los síntomas clínicos más relevantes, como el número de episodios afectivos y el número de ingresos en la sala de emergencias, así como un aumento en la regulación del afecto y la adherencia a la farmacoterapia. La mejora también se reflejó en el nivel de rendimiento general. Los resultados se mantuvieron a los 2 años de seguimiento. Estos hallazgos respaldan la conveniencia de utilizar estrategias destinadas a mejorar la regulación emocional y el comportamiento, de acuerdo con otros estudios que demuestran la eficacia de DBT en el tratamiento de individuos que presentan una desregulación de la emoción generalizada.

**Palabras clave:** Trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, regulación de las emociones, terapia conductual cognitiva, terapia conductual dialéctica.

### Abstract

This work aims to analyze the effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) in an individual diagnosed of bipolar disorder I after a year of treatment and a follow-up conducted two years after the treatment. The patient was suffering from a disorder of long evolution having received numerous psychological and psychiatric treatments before starting the DBT program. The results indicated that DBT was effective as there was a decrease in the most relevant clinical symptoms, such as the number of mood episodes and the number of emergency room admissions, as well as an increase in the regulation of affect and adherence to pharmacotherapy. The improvement was also reflected in the level of overall performance. The outcomes were maintained at 2-year follow-up. These findings support the convenience of using strategies aimed to improve emotion and behavioral regulation in line with other studies demonstrating the efficacy of DBT in the treatment of individuals presenting pervasive emotion dysregulation.

**Key words:** Bipolar disorder, personality disorder, emotion regulation, cognitive behavior therapy, dialectical behavior therapy.

Recibido: 09-12-15 | Aceptado: 09-08-17

## INTRODUCCIÓN

### Base teórica y de investigación para el tratamiento

Guías clínicas como el National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2006) consideran el manejo psiquiátrico y la terapia farmacológica los componentes

esenciales del tratamiento para los episodios agudos y para la prevención de los episodios; si bien reconocen que los tratamientos psicológicos pueden resultar también esenciales para disminuir la frecuencia, gravedad y consecuencias de los episodios y mejorar el funcionamiento psicosocial entre los episodios (Malhi et al., 2012b). La evidencia empírica disponible sugiere que para los pacientes con un TB el mejor tratamiento sería aquel que combinase medicación con los tratamientos psicológicos que han demostrado

\* Universitat de Valencia, Spain, \*\* Universitat Jaume I, Spain  
E-Mail: vguillenbotella@gmail.com  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVII p.p. 24-35  
© 2018 Fundación AIGLÉ.

eficacia para este trastorno. Miklowitz y Craighead (2007) y Miklowitz (2008) tras revisar 18 ensayos clínicos concluyen que el tratamiento psicológico combinado con la medicación mejora significativamente la sintomatología y el funcionamiento general de los pacientes con TB. Los distintos tipos de intervenciones parecen tener efectos distintos. La terapia familiar e interpersonal son más eficaces en prevenir la recurrencia de episodios cuando se aplican tras un episodio agudo. La terapia cognitivo-comportamental y la psicoeducación grupal resultan más eficaces cuando se inician después de la recuperación de un episodio agudo. La psicoeducación individual es más eficaz en la reducción de síntomas maníacos y la terapia familiar y cognitivo-comportamental en la reducción de síntomas depresivos. Todas estas intervenciones se han orientado a incrementar la adherencia a la medicación, disminuir las hospitalizaciones y las recaídas y mejorar la calidad de vida. La guía NICE recomienda utilizar intervenciones psicológicas estructuradas y en formato individual para personas con TB en una fase estable, pero que sigan experimentando síntomas afectivos. La recomendación es que debe ser un tratamiento de, al menos 16 sesiones en un periodo de 6 a 9 meses que incluya: 1) psicoeducación sobre TB, la necesidad de regular la actividad y patrones de sueño y la adherencia al tratamiento farmacológico; 2) monitorización del estado de ánimo, detección de síntomas diana y estrategias para prevenir la progresión de los síntomas a un episodio completo; y 3) entrenamiento para mejorar estrategias de afrontamiento.

A lo largo de estos últimos años, se han desarrollado estrategias de intervención para personas que padecen problemas en la regulación del afecto, en especial para personas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Uno de los programas de tratamiento que ha demostrado mayor eficacia es la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) desarrollada por Linehan (para una revisión ver Lynch et al., 2007). 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. Se pueden establecer paralelismos entre el TLP y el TB, ya que el TB también supone un problema de desregulación emocional donde intervienen, tanto los aspectos biológicos como el ambiente. Por ejemplo, la no aceptación de los episodios y la invalidación constante de las emociones que experimentan las personas con TB contribuye a su mantenimiento. La investigación indica que los procesos de regulación emocional se adquieren durante el desarrollo evolutivo y se van consolidando en la adolescencia (Dahl y Spear, 2004). Los autores de la DBT proponen que su programa está dirigido al tratamiento de la regulación del afecto que caracteriza no sólo al TLP sino a otros trastornos cuya psicopatología esencial es la desregulación emocional (Linehan,

Bohus y Lynch, 2007). Los problemas de desregulación del afecto, se conceptualizan como consecuencia de una mayor vulnerabilidad ante estímulos de elevada carga emocional y dificultades para regular o manejar las emociones. La vulnerabilidad emocional incluye una elevada sensibilidad a estímulos emocionales, intensas reacciones a dichos estímulos, y un lento retorno a la línea base.

Dado el problema de inestabilidad emocional e impulsividad que padecen muchos pacientes con TB, pensamos que podría resultar de utilidad situar el foco del tratamiento, precisamente, en la regulación del afecto y que la DBT podría ser útil en un paciente con TB, igual que ha ayudado a pacientes con problemas de regulación emocional. Existen algunos resultados preliminares de la aplicación de la DBT en población con TB, en concreto, en adolescentes. Goldstein, Axelson, Birmaher y Brent (2007) llevaron a cabo un estudio preliminar en el que aplicaron durante un año una adaptación de la DBT (que incluía terapia individual y terapia familiar) a 10 adolescentes con TB. Después del tratamiento, se observó una mejoría importante en conductas suicidas y para-suicidas, regulación emocional y sintomatología depresiva. Asimismo, el tratamiento fue muy bien aceptado por los familiares y pacientes, consiguiendo que acudieran a un 90% de las sesiones programadas.

Van Dijk, Jeffrey y Katz (2014) publicaron un estudio controlado comparando uno de los modos de DBT: habilidades DBT frente a un grupo psicoeducativo en una muestra de personas con TB. Una muestra compuesta por veintiséis TB-I y TB-II recibieron el entrenamiento en habilidades de grupo DBT en comparación con un grupo psicoeducativo durante 12 semanas. Los resultados de este estudio piloto mostraron como el entrenamiento en habilidades DBT ayudó a reducir los síntomas depresivos y a mejorar la regulación del afecto y conseguir mayor autoeficacia. El objetivo que se plantea en este trabajo de investigación es considerar la utilidad de la aplicación de DBT estándar (incluyendo psicoterapia individual, la capacitación, la consulta telefónica y el equipo de consulta) para el tratamiento de la TB.

El presente trabajo ofrece datos de la eficacia de la DBT en un estudio de caso de un adulto diagnosticado de TB-I tras un año de tratamiento y con un seguimiento a los dos años después de haber finalizado el mismo. Además del tratamiento psicológico, el paciente recibió tratamiento farmacológico pautado por un psiquiatra. La contribución de este trabajo es la aplicación de la DBT para TB-I en adultos y la inclusión de la evaluación de la mejoría a largo plazo (dos años de seguimiento).

### Participante. Introducción del caso

El participante es un varón de 49 años, de nivel socioeconómico medio, con estudios básicos, separado desde hace 4 años, con una hija de 10 años. Trabajó

en la construcción, hasta que le dieron la invalidez. En la actualidad está jubilado.

### Motivo de consulta

El paciente acude a consulta derivado de un hospital público con diagnóstico de TB-I, según DSM-5 (APA, 2013). Presenta importantes problemas en la regulación del afecto así como en la adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico. Según refiere el psiquiatra que le atiende en ese momento, padece un episodio depresivo persistente y se muestra resistente a antidepresivos y estabilizadores del humor.

### Historia del problema

En el momento de pedir ayuda, el paciente presenta una historia de TB-I de más de 20 años de evolución. La primera crisis maníaca con síntomas psicóticos ocurrió a los 23 años y finalizó con un ingreso hospitalario seguido de un episodio depresivo de 8 meses de duración. Desde entonces, ha experimentando episodios depresivos y maníacos y ha sido hospitalizado numerosas veces, tal y como se indica en la tabla número 1. Asimismo, ha recibido tratamientos psiquiátricos y psicológicos de diversas orientaciones.

**Tabla 1. Episodios maniaco depresivos que el paciente aporta verbalmente o a través de informes médicos.**

EDAD-AÑO	EPISODIOS	TRATAMIENTO
19 años (1977)	Diagnóstico de Psicosis	Exención del servicio militar
23 años (1981)	Primer episodio maniaco depresivo	Ingreso hospitalario en centro privado
27 años (1985)	Episodio maníaco seguido de una fase depresiva de varios meses de duración.	Centro de Salud Metal de Diputación Terapia Reichiana durante 2 años: después fue atendido por un psicoanalista
29 años (1987)	Episodio depresivo	Tratamiento psiquiátrico: Maprotilina 25 mgrs/día. Terapia cognitivo comportamental
39 años (1997)	Episodio maníaco	Ingreso hospitalario de 40 días en contra de su voluntad. Tto. Neurolépticos, sedantes y estabilizadores del humor.
39 años (1997)	Episodio maníaco	Ingreso de dos días de duración
43 años (2001)	Fase hipomaníaca	Ingreso hospitalario de 20 días. Tto. Carbamacepina 600 mgrs/día; Clonacepam 3 mgrs/día, Olzapina 10 mgrs/día; Lormetazepam 2 mgrs/día
45 años (Enero, 2003)	Episodio maníaco	Ingreso 2-3 días. Tto. Carbamacepina 600 mgrs/día; Clonacepam 3 mgrs/día; Clorpromazina 100 mgrs/día; Lormetazepam 2 mgrs/día
Abril, 2003	Episodio maníaco	Carbamacepina 600 mgrs/día; Clonacepam 3 mgrs/día
Junio, 2003	Episodio maníaco	Ingreso voluntario de 12 días
Julio, 2003	Episodio depresivo	Ingreso (4 días)
Dic, 2003	Episodio hipomaníaco seguido de episodio depresivo.	Ingreso en (11 días). Tto. Carbamacepina 600 mgrs/día; Clonacepam 2 mgrs/día; Olzapina 20 mgrs/día, Lormetazepam 2 mg mgrs/día
45 años (Enero-Febrero, 2004)	Episodio maníaco	Ingreso de 1 mes. Con sesiones de TEP Tto farmacológica: Carbamacepina 600 mgrs/día; Carbonato de litio 1200 mgrs/día; Clonacepam 0.5 mgrs/día; Olanzapina 20 mgrs/día; Lormetazepam 1 mgr/ día
Marzo, 2004	Episodio depresivo	Ingreso voluntario (un mes): Citalopram 60 mg; Carbonato de litio 1200 mgrs/día; Carbamacepina 400 mgrs/día; Mirtazapina 30 mgrs/día; Lormetazepam 2 mgrs/día
Abril, 2004	Fase depresiva	Ingresos 1 mes y medio (6 sesiones de TEC). No aporta informes farmacológicos. Diagnóstico de TB
49 años (2007)	Episodio maníaco seguido de fase depresiva de 8 meses	Ingreso hospitalario de 3 días

Con respecto a la historia familiar, los padres han fallecido, al igual que un hermano. Tiene una hermana mayor con la que mantiene una relación distante. Cabe destacar la historia de suicidios familiares: un tío materno (ahorcamiento), una tía materna (se arrojó al tren), su hermano mayor padeció una depresión mayor con intento de suicidio (se tiró de un 7º piso pero le frenó un toldo), y al año siguiente se suicidó (por ahorcamiento). La madre del paciente estuvo en tratamiento psiquiátrico durante años, el paciente la describe como una personalidad absorbente y con conductas manipulativas con frecuentes amenazas de suicidio. Falleció de forma natural por demencia.

En la actualidad, el paciente padece un problema en el diafragma por haber inhalado amianto durante años en su trabajo, por el cual ha recibido una retribución económica.

### Evaluación

El diagnóstico lo realizó una psicóloga clínica (V.G.) a lo largo de dos sesiones de una hora de duración. Antes de comenzar el tratamiento y una vez informado del tratamiento, el paciente firmó un consentimiento informado y cumplimentó el protocolo de evaluación (evaluación pre-tratamiento). Este mismo proceso se repitió de nuevo cuando finalizó el tratamiento y en el seguimiento dos años después de finalizar el tratamiento. A continuación, se presentan los instrumentos utilizados para evaluar: sintomatología y gravedad; patología emocional (depresión, ansiedad, ira, afecto negativo y afecto positivo); regulación emocional (estrategias de reevaluación y supresión y disociación); autoestima, calidad de vida y resiliencia.

## INSTRUMENTOS

**Inventario de información clínica relevante** Este instrumento lo completa el terapeuta y resume los aspectos más importantes de la evaluación: Datos demográficos, diagnóstico multiaxial según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y DSM-5 (APA, 2013), tratamientos psicológicos y farmacológicos recibidos, número de ingresos hospitalarios en los últimos seis meses; número de intentos de suicidio en los últimos seis meses; número de conductas para-suicidas en los últimos seis meses; uso y frecuencia de tóxicos y conductas impulsivas en la última semana, gravedad del trastorno en una escala de 0=sin síntomas a 10=muy grave. También permite recoger información sobre antecedentes familiares.

**Inventario para la Depresión de Beck** (Beck Depression Inventory-II, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996, validado en población española por Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Este es uno de los auto-informes más utilizados para evaluar clínica depresiva y contiene 21 ítems. La consistencia interna fue de 0,87 para la versión española (Sanz,

et al., 2003) se obtuvo un coeficiente alfa de 0,87, similar al coeficiente alpha encontrado en otros estudios (p. ej. Aasen, 2001; Kojima et al., 2002; Hunt, Auriemma y Cashaw, 2003).

**Cuestionario de Ansiedad Rasgo** (State Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, adaptada al español por Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982).

Este inventario contiene dos escalas con 20 ítems cada una, que se evalúan en escalas de intensidad de cuatro puntos. La ansiedad rasgo se refiere a una tendencia relativamente estable a percibir las situaciones como amenazantes. La ansiedad estado es la ansiedad experimentada en un momento concreto. En nuestro protocolo sólo se incluyó la escala de ansiedad rasgo. La fiabilidad test-retest para esta escala en población española fue de 0,81 y la consistencia interna osciló entre 0,83 y 0,92.

**Escala de Afecto Positivo y Negativo** (Positive and Negative Affect Scale, PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988, validada por Sandín, et al., 1999 para población española).

Este instrumento informa sobre el grado de afectividad positiva y negativa en el individuo.

El instrumento consiste en 10 adjetivos para afectividad positiva (AP), y 10 adjetivos para afectividad negativa (AN). Los adjetivos describen sentimientos y estados emocionales (Melvin y Molloy, 2000; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Los participantes contestan en una escala de 5 puntos (de 1=nada o casi nada, a 5=muchísimo) en referencia a cómo se han sentido últimamente. La versión española ha demostrado alta consistencia interna (0,89 para AP y 0,91 para AN en mujeres, y 0,87 para AP y 0,89 para AN en hombres) en estudiantes universitarios (Sandín, et al. 1999), lo que coincide con los resultados encontrados en la literatura (Watson, Clark y Tellegen, 1988; Melvin y Molloy, 2000).

**Inventario de la Ira Estado-Rasgo** (STAXI-2) de Spielberger, 1996, adaptada al español por Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, (1999).

Este instrumento mide la experiencia y expresión de la ira en tres subescalas. Las respuestas a los ítems se contestan en una escala tipo Likert de 1 a 4. En primer lugar, los 10 ítems de la escala rasgo de la ira (R) miden la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo. Las puntuaciones van en un rango de 10 a 40, con lo que altas puntuaciones indican alto rasgo de ira. Los 15 ítems de la segunda escala, estado de la ira (E), miden la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado. Las puntuaciones de esta escala van de 15 a 60 (altas puntuaciones indican mayor estado de ira). El STAXI contiene cuatro escalas de expresión y control de la ira, compuestas por 8 ítems cada una: expresión externa de ira (E.Ext.) que mide la frecuencia con que

los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas físicas agresivas; expresión interna de ira (E.Int.) que mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son suprimidos; control externo de ira (C. Ext.) mide la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno. Por último, la subescala de control interno de ira (C.Int) que mide la frecuencia con que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones que le producen enfado. Las puntuaciones oscilan en un rango de 8 a 32. Además, el Índice de Expresión de la Ira (IEI) es un índice general de la expresión de la ira a partir de los elementos de estas subescalas. Las subescalas de este instrumento poseen buena consistencia interna (rango de 0,74 a 0,95) y han sido validadas a través de varios índices de ira relacionados con actividad fisiológica y otras medidas de autoinforme de ira y hostilidad (Spielberger, 1999).

**Cuestionario de Regulación Emocional** (Emotion Regulation Questionnaire; Gross y John, 2003) que incluye dos dimensiones diferenciadas: supresión (suppression) y reevaluación (reappraisal). Este instrumento consta de 10 ítems y los participantes indican su acuerdo con cada afirmación en una escala de 1=totalmente en desacuerdo a 7=totalmente de acuerdo. La escala de supresión pregunta a los participantes el grado con que tienden a inhibir la expresión de sus emociones. Por otra parte, la escala de reevaluación, pregunta a los participantes el grado con que intentan pensar sobre las situaciones de forma diferente para cambiar lo que están sintiendo. Gross y John (2003) encontraron adecuadas propiedades psicométricas en este instrumento, obtuvieron un coeficiente alfa de 0,79 para la escala de reevaluación y 0,73 para la escala de supresión, y una puntuación de 0,79 en el test-retest de ambas escalas. Este cuestionario también ha demostrado una buena validez convergente y discriminante.

**Escala de Experiencias Disociativas** (Dissociative Experience Scale-DES-II; Carlson et al., 1993, adaptada al español por Icarán, Colom y Orengo-García, 1996).

Cada ítem mide el porcentaje de tiempo que un individuo experimenta síntomas disociativos (oscila entre 0 y 100%). Las calificaciones totales se obtienen sumando el porcentaje de cada ítem perteneciente a una subescala particular y dividiéndolo por el número de ítems. El DES-II contiene tres subescalas que miden diferentes tipos de experiencias disociativas: (1) disociación amnésica (por ejemplo, pérdida de memoria); (2) absorción e implicación imaginativa (por ejemplo, soñar despierto); y (3) despersonalización y desrealización (por ejemplo, confusión de identidad). Los resultados de la investigación indican que el DES-II tiene una fiabilidad aceptable (es decir, que oscila entre 0,85 y 0,95) y

una validez convergente (es decir, 0,96) tanto en muestras clínicas como no clínicas (Ellason, Ross y Mayran, 1991).

**Escala de Autoestima de Rosenberg** (Rosenberg Self-Esteem Scale) de Rosenberg (1965), validada en población española por Baños y Guillén, (2000).

Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Incluye 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. La persona especifica el grado de acuerdo con cada enunciado usando una escala tipo Likert de 4 puntos. La versión española de este instrumento posee una adecuada consistencia interna (coeficiente alfa de 0,88) (Baños y Guillén, 2000).

**Índice de Calidad de Vida** (Mezzich, et al. 1999).

Este índice incluye 10 ítems que representan, según los autores, diez aspectos relevantes para la evaluación del constructo de calidad de vida: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y una valoración global de la calidad de vida. Cada ítem es valorado por el sujeto en una escala tipo Likert de 9 puntos. Este instrumento ha demostrado una buena fiabilidad, validez y factibilidad. Por ejemplo, su consistencia interna es de 0,79 (Bulacio et al., 2004).

**Escala de Resiliencia** (RS15), adaptación de la escala de Wagnild y Young, (1987). Se trata de un instrumento compuesto por 15 ítems que mide la habilidad para hacer frente al cambio y a la adversidad, como característica de personalidad positiva, para favorecer la adaptación individual. Presenta un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos (de 1=Desacuerdo a 7=Acuerdo). La escala posee una buena consistencia interna y adecuadas propiedades psicométricas (Wagnild y Young, 1993).

## DISEÑO

Se trata de un estudio de caso con tres momentos de evaluación, antes y después del tratamiento, y un seguimiento dos años después de haber finalizado el tratamiento. Teniendo en cuenta la clínica del TB resulta de especial interés el seguimiento debido al tipo de patología recurrente y crónica inherente al trastorno.

### Curso del tratamiento y valoración del progreso

Se aplicó el programa de DBT de Linehan (1993ab), que incluye dos modalidades principales de tratamiento, terapia individual y de grupo. El tratamiento individual lo aplicó la primera firmante del

trabajo (V.G.), se conservó el formato estándar de la DBT (Linehan, 1993a) realizando sesiones semanales de una hora de duración a lo largo de un año. En el entrenamiento en grupo se aplicaron los contenidos del grupo de habilidades DBT (Linehan, 1993b) para aplicarlo en 24 sesiones semanales de dos horas de duración a lo largo de seis meses. La terapia de grupo fue llevada a cabo por dos terapeutas, ambas psicólogas clínicas, con el grado de doctor (A. G. y V. G.) y ambas con entrenamiento y experiencia en la DBT. En este caso, el paciente realizó el grupo de habilidades dos veces en un año. Por otro lado, tal y como establece la DBT, se llevaron a cabo consultas telefónicas en momentos en los que se requirió, con el objetivo de ayudar al paciente a generalizar las habilidades aprendidas a su vida cotidiana. Asimismo, se realizaron sesiones clínicas semanales con el objetivo de que el equipo clínico pudiera supervisar la evolución del caso y la adherencia a los principios y técnicas de la DBT.

Con respecto al objetivo del tratamiento, la DBT incluye principios de la terapia de conducta, la filosofía dialéctica y la práctica Zen. El objetivo en este caso en particular donde el paciente padece un TB también cobra importancia la validación de las capacidades del paciente y el entrenamiento de habilidades con el fin, por una parte, de que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema y se reduzcan las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo, y, por otra, que el paciente aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y actividades. Para ello, la intervención se estructura en una fase de pre-tratamiento y una fase de tratamiento.

### Pre-tratamiento

El pre-tratamiento tiene una duración media de 4-6 sesiones y consiste en orientar al paciente hacia la terapia, establecer la relación terapéutica, delimitar las metas a conseguir y los compromisos básicos para un buen funcionamiento de la terapia. La primera etapa de esta fase de pre-tratamiento, se denomina "Preparando el escenario" y se trata de realizar una orientación del paciente hacia el tratamiento, en la terminología, en la forma de trabajo y en los objetivos. Por ejemplo, si el paciente tiene dificultades para centrar su atención en el momento presente, e intenta desviar los objetivos de la sesión a sus preocupaciones más recientes, el terapeuta hará hincapié en la importancia de que, durante el tiempo que dure la sesión, intente estar centrado en la preocupación que se va a trabajar en ese momento, y no salte de una a otra constantemente. Se intenta validar y transmitir comprensión en la dificultad que para él supone centrar toda su atención en el contenido de la sesión, pero resulta crucial poder atender a lo que se va a trabajar en cada momento. Si el terapeuta consigue mantener su concentración en las necesidades a largo plazo del paciente (por encima de las de corto

plazo), contará con mayores garantías para que la formación en habilidades funcione. En esta fase también se realiza en colaboración activa con el paciente el "acuerdo en las metas" que se van a tratar de lograr a lo largo del tratamiento. En esta fase también se establece la relación terapéutica, basada en la "aceptación incondicional" por parte del terapeuta. Si este es un tema fundamental en cualquier paciente, en el TLP resulta crucial aceptarlo (y no juzgar) con sus virtudes y defectos, con sus creencias irracionales, con su victimismo, en definitiva, validando al paciente en su totalidad. De hecho, en ocasiones, en el TLP es la propia relación terapéutica lo que "salva" al paciente y le mantiene en tratamiento. Por último, en esta fase también se introduce la "Relación dialéctica: aceptación y cambio". Tal y como se ha mencionado, el primer paso es establecer una relación terapéutica basada en la aceptación para, a continuación, intervenir y promover el cambio de aquellos aspectos que sean susceptibles del mismo. El mero hecho de adoptar esa actitud de aceptación, ya es un cambio en sí mismo.

En esta fase de pre-tratamiento, se realizaron doce sesiones de tratamiento individuales, porque en este caso, se hizo una revisión exhaustiva de los tratamientos previos intentando valorar lo que había fallado en cada tratamiento en particular. Una vez finalizada la fase de pre-tratamiento, se comenzó el tratamiento, que fueron un total de 60 sesiones.

Asimismo, se establecieron las principales áreas afectadas como objetivo de la fase de tratamiento. La principal fuente de malestar era la inestabilidad afectiva (tristeza, desesperanza, vacío, rabia, culpa, soledad) que causaba una desregulación en diferentes áreas como: a) Problemas de identidad: sentimientos de vacío, de ineficacia e indefensión. Ej. "no consigo construir una vida que me satisfaga", "es demasiado difícil vivir con un trastorno bipolar"; "soy un mal padre", etc. b) Regulación emocional. Episodios de manía alternados con episodios de depresión mayor de larga duración. Ej. "Miedo a estar en uno de los picos". c) Impulsividad/inhibición comportamental: abuso de medicación o abandono de la misma, uso de tóxicos de forma esporádica, abandono de actividades en fases depresivas y conductas sexuales de riesgo o compras compulsivas en fases maníacas. d) Dificultades interpersonales: patrón de aislamiento en momentos de dificultad, círculo de amigos reducido, relaciones disfuncionales con su pareja y su hija, y miedo al rechazo social.

*Tratamiento. Fase 1.* Esta fase comienza después del pre-tratamiento. Tal y como se ha comentado, las metas del tratamiento están jerarquizadas de acuerdo a las indicaciones de la DBT y se acuerdan entre el paciente y la terapeuta. En el caso que se toma para esta investigación, fueron las siguientes:

*Meta 1.-Reducir conductas suicidas y para-suicidas:* Aunque no había ideación suicida recurrente, ni intentos de suicidio en el último año, el paciente

experimentaba sentimientos de vacío, indiferencia ante la vida, desesperanza y deseo de morir.

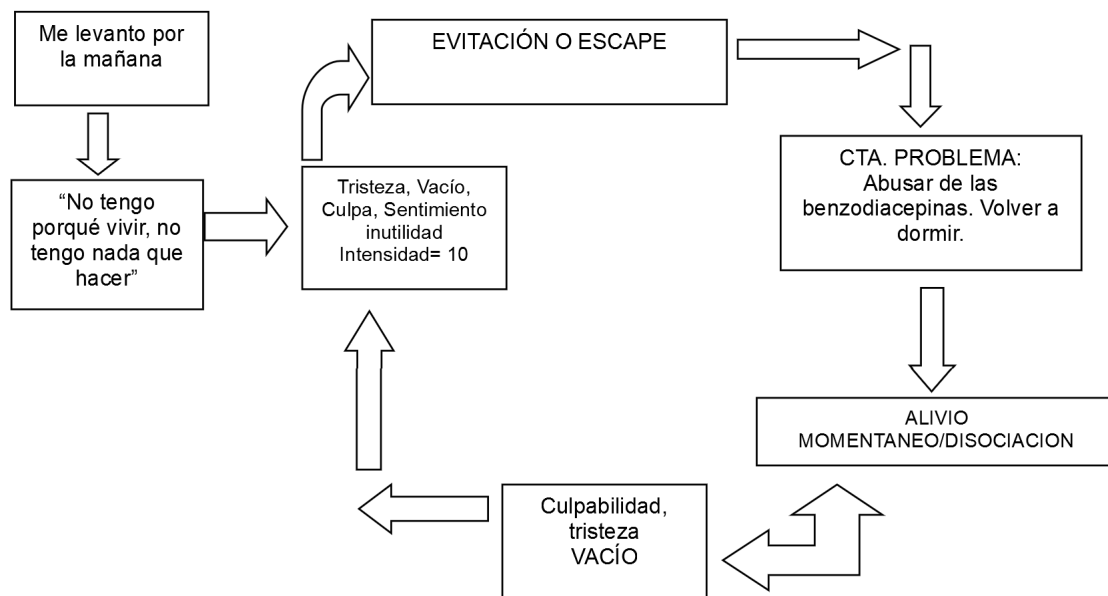
**Meta 2.- Reducir conductas que interfieren en la terapia:** a) Acudir a terapia puntual, sobre todo, al inicio, faltaba frecuentemente; b) No acudir a terapia bajo la influencia del exceso de medicación; c) Colaboración en sesión, en ocasiones al paciente le costaba implicarse en el tratamiento: “es que soy un bipo”, “no tengo solución”, etc. y d) Conductas de oposicionismo hacia el terapeuta o hacia otros compañeros del grupo.

**Meta 3.- Reducir conductas que interfieren en la calidad de vida:** fundamentalmente relacionadas con el área interpersonal y con la estructuración del tiempo y las actividades. Fundamentalmente, en el área social, familiar y de ocio. El paciente se había aislado socialmente y no porque no tuviera una adecuada red social en la que apoyarse. Asimismo, mantenía una relación problemática con su ex pareja, y tuvo dificultades para desligarse emocionalmente de esta situación. Por otro lado, había dejado de hacer numerosas actividades sociales, de deporte y de ocio. Se sentía incapaz de retomarlas, por ello, desde la terapia se le animó a que de a poco fuera retomando actividades que antes realizaba sin dificultades y que ya estaban en su repertorio de hábitos, como por ejemplo, el deporte, pintura, cursos de Internet, informática, baile, reuniones con antiguos compañeros de trabajo, etc.

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 DBT, estableciéndose los objetivos específicos para cada paciente en función de esta jerarquía de prioridades.

Las principales estrategias que se utilizaron en el tratamiento individual fueron: revisar el diario DBT en cada sesión, análisis conductual de las conductas problema asociada a la jerarquía de objetivos, solución de problemas, técnicas cognitivo comportamentales, práctica de habilidades aprendidas en la terapia grupal, y tareas para casa. Por ejemplo, para regular el ánimo, una de las estrategias que utilizaba el paciente era no tomar medicación prescrita por su psiquiatra, o bien, tomar más cantidad de la prescrita. Con el objetivo de mostrar al paciente la importancia y las consecuencias de esta conducta disfuncional, se utilizó el análisis conductual de la situación específica donde se produce una conducta desadaptativa de regulación del afecto. Tal y como indica Linehan (1993), para reducir estas conductas es importante relacionar situaciones específicas del paciente con su patrón general de funcionamiento. En la siguiente figura, se presenta un ejemplo de los análisis funcionales que se realizaron con este paciente.

**Figura 1. Análisis funcional de la conducta**



Como se puede observar en este ejemplo, ante una situación en la que el paciente está solo en casa, surge un pensamiento de que “no podré levantarme porque no tengo nada que hacer”. Este pensamiento provoca una emoción de vacío. Para evitar ese ma-

lestar el paciente ingiere varias benzodiacepinas y se vuelve a la cama. Esta conducta produce un alivio momentáneo a corto plazo, sin embargo, a lo largo del día el paciente va encontrándose peor anímicamente, lo que aumenta los pensamientos negativos.

Asimismo, la inactividad también contribuye a potenciar el estado de ánimo depresivo, lo cual hace que el paciente se sienta culpable e incapaz, empeorando su sensación de escasa valía. Por tanto, se produce un círculo vicioso. En estas situaciones, se realiza el análisis conductual y se trata de generar conjuntamente con el paciente alternativas a cada situación problemática siguiendo los siguientes pasos:

- 1.- *Definir la conducta que interfiere: No levantarse de la cama, no acudir a terapia*
- 2.- *Realizar un análisis conductual: hipótesis de los factores relacionados con la conducta interfiriente: "Me despierto, me siento mal, me tomo varias cápsulas de Seroquel, me vuelvo a dormir, me siento mal, etc."*
- 3.- *Adoptar un plan de solución de problemas. Generar alternativas.*
  - *Levantarte y desayunar vs no tomar medicación no prescrita*
  - *Salir a andar por la mañana vs. no volver a la cama*
  - *Llamar a alguien*
  - *Ir a correr o realizar alguna actividad física*
  - *Limpieza o recoger la casa, etc.*

En este proceso, el terapeuta trata de encuadrar continuamente las conductas desadaptativas como parte del repertorio de conductas de resolución de problemas aprendido por el paciente y trata de orientar la terapia en la solución activa de problemas, mediante el análisis funcional emocional, cognitivo y conductual de estos patrones de respuesta. Todo ello, se realiza desde la validación y aceptación del paciente, y no desde la crítica.

A lo largo del tratamiento, se realizaron diversos análisis funcionales de las conductas problema asociadas a la jerarquía de objetivos, relacionando el problema con la emoción: falta de regulación emocional, ineficacia interpersonal debida a emociones intensas, etc. El paciente llegó a identificar y comprender los factores que influían en su inestabilidad afectiva (p.ej. actividad disminuida y depresión, incremento de la actividad y euforia, patrones de sueño inadecuados) y a tener una mayor percepción de control sobre esos factores. En la medida en que el paciente empezó a disminuir la medicación y adaptarse a las pautas farmacológicas, su sentimiento de autoeficacia se incrementó y se redujo la inestabilidad emocional.

*Tratamiento: Fase 2:* En la segunda fase del tratamiento se afianzaron las habilidades ya adquiridas y el paciente asistió a grupos de entrenamiento en habilidades para generalizar y consolidar los logros, y prevenir recaídas. El objetivo fue que el paciente construyera respeto por sí mismo mediante el establecimiento y consecución de metas vitales. En esta fase, se trabajó el área familiar, donde el paciente aprendió a poner límites, tanto en su relación de pareja, así como también con su hija adolescente con el objetivo de ganar mayor autoridad.

La terapia grupal consistió en una sesión por semana de 2 horas de duración con una pausa de 10 minutos en cada sesión. Las sesiones de entrenamiento en grupo fueron dirigidas por dos terapeutas, ambos con formación en DBT. Todas las sesiones fueron grabadas en video para su posterior utilización en las sesiones clínicas entre terapeutas. El programa de tratamiento consistió en un entrenamiento de habilidades. Estaba compuesto por un módulo inicial de Orientación al Tratamiento y cuatro módulos de Entrenamiento en Habilidades: 1) Conciencia plena o mindfulness; 2) Regulación Emocional; 3) Tolerancia al Malestar; y 4) Eficacia Interpersonal, con un total de 24 sesiones. El paciente recibió dos veces el entrenamiento, acudiendo a terapia grupal durante un año, recibiendo un total de 48 sesiones de entrenamiento grupal.

### Factores de riesgo

Este caso tuvo las complicaciones de adaptar y aplicar DBT a un TB. La DBT se ha utilizado principalmente para tratar el trastorno límite de la personalidad, donde existe una importante desregulación emocional. Sin embargo, la desregulación en TB es más pronunciada (de episodios maníacos a episodios depresivos) y por eso el objetivo principal del tratamiento era tratar la desregulación de emociones para prevenir la aparición de esos episodios afectivos. La estructura y las estrategias de DBT fueron efectivas en este caso para lograr este objetivo.

### Acceso y barreras a la asistencia clínica

El acceso a la atención médica fue prestado por el Sistema Público de Salud Mental de España, donde los ciudadanos tienen acceso gratuito a la atención de salud mental. El psiquiatra de la unidad de salud mental pública remitió al paciente a un centro clínico privado con un programa de DBT especializado. El centro y el sistema de salud pública tienen un acuerdo, y el tratamiento fue gratuito para el paciente dado que el sistema público subvenciona este tipo de tratamientos. En cada caso, hay un proceso para aprobar las derivaciones de centros públicos a privados, y en este caso fue aprobado.

## RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

Se trata de un estudio de caso que incluye tres períodos de evaluación: en el pretratamiento, después del tratamiento y en los dos años de seguimiento. La evaluación de seguimiento es especialmente interesante debido a la naturaleza recurrente y crónica de la patología TB.

Los datos de las tres evaluaciones utilizando el Inventario de Información Clínica Relevante se pueden ver en la Tabla 3. Los resultados de las medidas de autoinforme se presentan en la Tabla 5 y el tratamiento farmacológico se registra en la Tabla 5.



Tabla 2. Resultados del “Inventario de Información Clínica Relevante”

	Pre-tratamiento	Post-tratamiento (un año)	Seguimiento (dos años)
Diagnóstico Eje I	Trastorno Bipolar	Trastorno Bipolar	Trastorno Bipolar
EEAG (EJE V)	40	50	60
Ingresos Hospitalarios (último año)	3	0	1
Episodios maniaco depresivos (año)	2-3	1	1
Conductas Desadaptativas de regulación del Afecto	7	1	1
Uso de Tóxicos/medicación no prescrita	Si	no	no
Gravedad percibida clínico	5 (entre moderada y grave)	3 (entre leve y moderada)	1-2 Leve

Tabla 3. Resultados obtenidos por el paciente de las medidas de auto-informe

Medidas	Pre	Post	Seguimiento
BDI-II	20	3	1
STAI	45	27	9
PANAS	Positivo 18	36	31
	Negativo 31	17	11
Inventario Ira Estado-Rasgo	Estado 17	15	15
	Rasgo 25	19	20
	Índice expresión control ira 35	12	8
DES-II	26,07	9,28	12,5
ERQ reevaluación	22	29	23
ERQ supresión	20	11	4
Índice Calidad Vida	3,10	7,8	8,9
Cuestionario Autoestima	25	23	30
Escala de Resiliencia	51	67	101

*Nota:* BDI-II: Inventario Depresión Beck-Segunda Edición; STAI: Cuestionario Ansiedad Rasgo; PANAS: Escala de Afecto Positivo y Negativo; STAXIE: Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (Escala Estado); STAXIR: Inventario de Expresión de la Ira Estado Rasgo (Escala Rasgo); STAXIEL: Inventario de Expresión de la Ira Estado Rasgo (Índice Expresión y Control de la Ira); DES-II: Escala de Experiencias Disociativas.

Tabla 4. Pauta Tratamiento Farmacológico

MOMENTOS	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
PRE-TRATAMIENTO	Levomepromacina 25 mgrs/día
	Imipramina 150 mgrs/día
	Mirtazapina 15 mgrs/día
	Carbonato de litio 1200 mgrs/día
	Carbamacepina 1200 mgrs/día
	Lormetazepam 2 mgrs/día
POST-TRATAMIENTO	Quetiapina 100 mgrs/día
	Pregabalina 225 mgrs/día
	Escitalopram 20 mgrs/día
SEGUIMIENTO	Valproato sódico 500 mgrs/día
	Loracepam 1 mgrs/día

### Implicaciones del tratamiento del caso

Este trabajo presenta los resultados obtenidos tras la aplicación de la DBT durante un año de tratamiento en un paciente con TB-I y con un seguimiento a los dos años. Es un paciente que sufre un TB-I de larga evolución con numerosos episodios de recidiva, habiendo recibido numerosos tratamientos psicológicos y psiquiátricos. Los resultados indican que la terapia resultó eficaz en la disminución de una serie de variables como, el número de episodios maníaco-depresivos, número de ingresos, la regulación del afecto o la adherencia al tratamiento. Asimismo, esta mejoría se reflejó en el nivel de funcionamiento general al finalizar el tratamiento y continuó mejorando en el seguimiento a los dos años.

El paciente experimentó muchos menos episodios maníacos o depresivos, y cuando estos se produjeron fue capaz de identificar, reconocer y manejar las emociones, de forma que le fue posible volver a la normalidad de forma más rápida y con menores secuelas. Todo ello, ha contribuido a disminuir la inestabilidad emocional. El paciente manifiesta haber conseguido estructurar una rutina que le proporciona un equilibrio importante. Es capaz de disfrutar de distintas actividades que, a su vez, le proporcionan sensación de control y estabilidad en su vida.

Asimismo, disminuyó la sintomatología depresiva y ansiosa previa (numerosos sentimientos y estados emocionales negativos, y escasas experiencias de estados emocionales positivos). Al finalizar el tratamiento y en el seguimiento, esta situación se invierte completamente. Además, el paciente manifiesta sentirse más racional, menos emocional y más cercano al funcionamiento desde la "mente sabia" (Linehan, 1993b). Indica que con la terapia ha aprendido a sentir y experimentar más vivencias desde el presente. Además, manifiesta mayor confianza en su capacidad para moverse en la dirección de vida que valoraba, con la importancia que este aspecto parece tener en pacientes crónicamente deprimidos (Crane, Winder, Hargus, Amarasinghe y Barnhofer, 2011).

En el área interpersonal, manifiesta haber conseguido establecer límites con su ex mujer y su hija, y ha mejorado la relación con ellas. Retomó amistades del pasado e inició nuevas relaciones de amistad, incluso inició una relación de pareja muy satisfactoria que continuaba manteniendo en el seguimiento.

Con respecto a la identidad personal, indica tener mayor claridad en sus metas vitales y otorgar mayor significado a la vida. Consiguió construir una vida relacionada con sus valores vitales (familia, pareja, amistad, deporte en la naturaleza), y está siendo capaz de mantener los logros obtenidos al finalizar el tratamiento tal y como muestran los resultados en el seguimiento. Cuando se le preguntó al paciente por observaciones y comentarios acerca del tratamiento recibido, éste refirió que después de tantos años de recibir distintos tratamientos farmacológi-

cos y psicológicos, se sintió muy identificado con el modelo de tratamiento que se le proponía y le ayudó mucho el amplio abanico de herramientas psicológicas que se le proporcionaron, así como haber aprendido a vivir en el "aquí y ahora". Según refiere, todo ello le proporcionaba una importante sensación de control, "algo que hacer cuando me sentía mal". Asimismo, el tratamiento llegó en un momento oportuno. El paciente refirió que haber encontrado fuerzas para desligarse de la relación tan disfuncional que mantenía con su ex mujer, y de ponerle límites a su hija adolescente le había ayudado mucho, al igual que seguir fielmente las pautas del tratamiento farmacológico. Asimismo, el hecho de retomar su vida social y empezar a realizar otro tipo de actividades, (deporte, excursiones, viajes, etc.) le proporcionaron una estructura importante de día, que hizo que pudiera manejar mejor su ánimo. Y por último, también le otorgó valor al hecho de haber conocido a una persona y empezar una relación sentimental que mantiene en la actualidad. En este caso, se dieron progresivamente muchos factores que ayudaron y le permitieron adherirse a la estructura del tratamiento de la DBT.

### Recomendaciones a clínicos y a estudiantes

Este trabajo apoya la eficacia de la DBT en este paciente, ya que se ha producido una disminución en la sintomatología más grave relacionada con la inestabilidad emocional. Este trabajo está en la línea de otros estudios que han aplicado la DBT a personas con inestabilidad emocional (Lynch et al., 2007) y con los resultados apoyan la posible utilidad de la DBT para el manejo de los problemas de regulación del afecto presentes en pacientes con TB (Goldstein et al., 2007; Van Dijk et al., 2014). El presente trabajo contribuye a esta línea de investigación con la aplicación del programa DBT completo (Estándar de la DBT) a un caso TB-I. Parece que la DBT puede ser útil en el manejo de los problemas de regulación de afecto de los pacientes de TB. El foco de este programa es la desregulación emocional, aspecto clave en el trastorno para el cual se diseñó la DBT, el trastorno límite de la personalidad, pero también aspecto clave en el TB. Las intervenciones psicológicas que se han mostrado eficaces en el TB se centran, sobre todo, en mejorar el conocimiento sobre la enfermedad, incrementar la adherencia al tratamiento farmacológico, y las habilidades para detectar y manejar los síntomas. La DBT, además de tratar estos aspectos, se focaliza en un aspecto central del trastorno, la desregulación emocional. Los resultados preliminares obtenidos en este caso resultan prometedores y apoyan la conveniencia de investigar con mayor rigor por medio de ensayos clínicos la eficacia de la DBT en el TB.

Las actuales directrices respecto al manejo clínico del TB plantean que el tratamiento farmacológico por sí solo no permite cubrir las necesidades de

muchos pacientes y que, incluso con una adecuada medicación, muchos pacientes fracasan en conseguir una recuperación de los episodios agudos, manifestando déficit sintomáticos y funcionales durante el periodo inter-episodios, tendiendo a las recaídas de forma recurrente (Prien y Rush, 1996; Miklowitz, et al., 2006). Además, muchos pacientes se “rebelan” o se muestran reticentes a seguir las prescripciones farmacológicas “durante toda la vida”, debido a los efectos secundarios (Miklowitz y Craighead, 2006). Con esto no se quiere indicar que los pacientes no deben seguir el tratamiento farmacológico, sino lo contrario. Lo que se pretende recalcar es que la DBT puede ayudar a regular el estado de ánimo y a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico (Miklowitz y Craighead, 2007). En este caso, el paciente fue capaz de identificar y manejar de forma más eficaz las emociones. Centrar el foco del tratamiento en la regulación del afecto, tuvo como resultado una mayor sensación de control, redujo la visión de “víctima” que tenía el paciente y mejoró su implicación en el tratamiento. El hecho de empezar a auto-regularse emocionalmente, generó una importante sensación de control y de auto-eficacia, algo que le resultó enormemente motivador. El paciente pudo realizar una serie de cambios en su entorno (autonomía personal, responsabilidad en los cuidados y educación de su hija, retomar actividades de su vida social, deporte y ocio). Asimismo, consiguió seguir las prescripciones farmacológicas y, a su vez, el psiquiatra fue reduciendo el número de fármacos y las dosis, conforme el paciente obtenía mayor control de su vida.

En suma, los resultados de este estudio apoyan la utilización de la DBT centrada en la regulación del afecto en un problema tan grave como es el TBI. Por tanto, utilizar un marco más amplio que considere la complejidad de TB podría facilitar un tratamiento más significativo y más exitoso (Malhi, Bargh, Cashman, Frye, y Gitlin, 2012). El uso de estrategias de regulación emocional en la gestión de TB podría contribuir a este objetivo. La construcción de la desregulación de la emoción es compleja y transdiagnóstica y es importante llevar a cabo una investigación para especificar los diferentes componentes de la desregulación emocional y la interacción entre ellos (Carpenter y Trull, 2013).

Este trabajo tiene todas las limitaciones de un estudio de caso y, por tanto, los resultados sólo se pueden tomar como datos preliminares. No obstante, dada la gravedad del TB-I, su larga evolución en este paciente y las dificultades mostradas previamente ante numerosos profesionales, estos resultados resultan prometedores y apoyan la conveniencia de lograr una mejor regulación del afecto en personas que padecen problemas de inestabilidad emocional. El énfasis de la DBT en estrategias para la regulación emocional proporciona un marco coherente para abordar la cronicidad y la inestabilidad inherentes al TB.

### Declaración de conflicto de intereses

El (los) autor (es) declaró (n) ningún potencial conflicto de intereses con respecto a la investigación, autoría y / o publicación de este artículo.

### Fondos

La investigación presentada en este trabajo fue financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2010-21423 / PSIC).

## REFERENCIAS

- Aasen, H. (2001). *An empirical investigation of depression symptoms: norms, psychometric characteristics and factor structure of the Beck Depression Inventory-II*. Bergen, Norway: The University of Bergen.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baños, R. M., & Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg Self-esteem Scale. *Psychological Reports*, 87, 269-274.
- Beck, A. T, Steer, R. A. & Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Alvarez Daneri, C., Benatuil, D. y Mongiello E. (2004). “Índice de Calidad de Vida: Validación de una muestra Argentina”. *ALCMEON* 14; 11, 4. Pág. 333 a 336
- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., Loewenstein, R. J., & Braun, B. G. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-36.
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, 15, 335.
- Conde, V. y Franch, J. L. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología en los trastornos angustiosos y depresivos*. Farmoquímica, Madrid.
- Crane, C., Winder, R., Hargus, E., Amarsinghe, M., & Barnhofer, T. (2011) Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Specificity of Life Goals, *Cognitive Therapy and Research*, 36, 182-189.
- Dahl, R., Spear L. P. (2004) Adolescent Brain Development: Vulnerabilities and Opportunities. *Annals New York Academy of Science*, 1021, xi-xii.
- Ellason, J. W., Ross, C. A., Mayran, L. W, & Sainton, K. (1991). Convergent validity of the new form of the DES. *Dissociation*, 11(2), 101-103.
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2007) Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 820-830.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

- Hunt, M., Auriemma, J., & Cashaw, A. C. A. (2003). Self-report bias and underreporting of depression on the BDI-II. *Journal of Personality Assessment, 80*, 26-30.
- Icarán, E., Colom, R. y Orengo, F. (1996) Experiencias disociativas: Una escala de medida. *Anuario de Psicología, 70*, 69-84.
- Kojima, M., Furukawa, T. A., Takahashi, H., Makoto, K., Nagaya, T., & Tokudome, S. (2002). Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Research 110*(3) 291-299 doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00106-3
- 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 Paidós (2003).
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). *Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Regulation*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 581-605). New York: Guilford.
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L. L., & Beyer, J. L. (2007). Treatment of older adults with co-morbid depression and personality disorder: a dialectical behaviour therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*, 131-143.
- Malhi, G. S., Bargh, D. M., Cashman, E., Frye, M. A., & Gitlin, M. (2012a). The clinical management of bipolar disorder complexity using a stratified model. *Bipolar Disorders, 14* (Suppl. 2), 66-89.
- Malhi, G. S., Bargh, D. M., McIntyre, R., Gitlin, M., Frye, M. A., Bauer, M., & Berk, M. (2012b). Balanced efficacy, safety, and tolerability recommendations for the clinical management of bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 14*(Suppl.2), 1-21.
- Melvin, G. A., & Molloy, G. N. (2000). Some psychometric properties of the Positive and Negative Affect Schedule among Australian youth. *Psychological Reports, 86*, 1209-12.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J., & Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 301-305.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano Vindel, A. y Spielberger, C. D. (1999). *STAXI 2: Inventario de expresión de ira estado-rasgo*. Manual 2ª Edición Revisada. Publicaciones de psicología aplicada, nº. 286. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Miklowitz, D. J. (2008) Adjunctive Psychotherapy for bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1408-1419.
- Miklowitz, D. J., & Craighead, W. E. (2007). Psychosocial treatments for bipolar disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments That Work*, 3rd Ed (pp. 309-322). NY: Oxford University Press.
- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Wisniewski, S. R., Araga, M., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., et al. (2006). Psychotherapy, symptom outcomes, and role functioning over one year among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services, 57*, 959-965.
- Miklowitz, D. J., & Otto, M. W. (2006) New psychosocial interventions for bipolar disorder: A review of literature and introduction of the systematic treatment enhancement program. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 215-230.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) *Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care*. National Clinical Practice Guideline Number 38. London: The British Psychological Society.
- Navarro-Haro, M. V. (2011) *Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in the treatment of borderline personality disorder and eating disorders comorbidity. Doctoral Dissertation defended el 30-11-2011*. Castellón de la Plana, Spain: Universitat Jaume I, Retrieved from Tesis Doctorales en Red (<http://www.tdx.cat/handle/10803/52898>); last accessed April 20, 2012.
- Prien, R. F., & Rush, A. J. (1996). National Institute of Mental Health workshop report on the treatment of bipolar disorder. *Biological Psychiatry, 40*, 215-220.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sanz J, Navarro M. E. y Vázquez C. (2003) Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta, 29*, 239-288.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). "Escala de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural". *Psicothema, 11*, 37-51.
- Spielberger, C. D. (1999). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1970.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (formly): Self evaluation questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (1996). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 8*. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2014). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. doi : 10.1016/j.jad.2012.05.054
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1987) The Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165-178.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-70.