

Diana MATEOS PUEYO

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS DESDE LA
PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL:
EFECTOS SOBRE EL TLP Y TRASTORNO ADICTIVO

Trabajo de Fin de Máster
Dirigido por
Dra. Marina FERNÁNDEZ ANDÚJAR

Universidad Abat Oliba CEU
Facultad de Psicología
Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

2016

*«He encontrado el significado de mi vida ayudando a los demás
a encontrar en sus vidas un significado.»*

Víktor Emil Frankl

Resumen

Introducción: La patología dual (PD), que engloba un trastorno por uso de sustancias (TUS) y un trastorno límite de la personalidad (TLP), tiene una elevada prevalencia y una importante sintomatología interferente en la funcionalidad de los pacientes. Además, la PD conlleva graves consecuencias negativas sociales, familiares y laborales. El amplio conocimiento de las terapias usadas en PD, así como las variables subyacentes a su eficacia, ayudarían a mejorar la sintomatología y, en consecuencia, la calidad de vida de estos pacientes. Hasta la fecha, existen pocos estudios sobre PD en general, y más concretamente, sobre la efectividad y las variables que evalúan las terapias. Consecuentemente, abordar este tema representa un importante reto dentro de la psicología clínica. *Objetivo:* Los objetivos de este trabajo son tres. Primeramente, explorar las variables que se han relacionado empíricamente con la efectividad y la evaluación de los tratamientos cognitivo-conductuales en la PD. En segundo lugar, comprobar el grado de eficacia de las distintas intervenciones cognitivo-conductuales en comparación con otras intervenciones. Finalmente, investigar si la terapia dialéctico conductual (TDC) es aquella que reporta una mayor eficacia en el tratamiento de la PD. *Método:* Se ha realizado una revisión exhaustiva de la literatura existente hasta el momento en relación a los objetivos del trabajo previamente comentados. *Desarrollo y conclusiones:* Las variables asociadas a una mayor efectividad de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) en PD serían: evolución del trastorno de la personalidad (TP); relación entre droga y TP e impacto de su concomitancia en el tratamiento; patrones de consumo de sustancias tóxicas y el TP; motivación del paciente; adherencia terapéutica y tiempo de tratamiento; y relación terapéutica. Por otro lado, las TCC, comparadas con otras terapias de diferentes orientaciones, son las más eficaces desde el punto de vista de mejora de los síntomas clínicos propios de la PD. Concretamente, la TDC parece ser la opción terapéutica más eficaz, especialmente, en el manejo de las conductas problemáticas, la adherencia al tratamiento, la reducción del deseo y el consumo de sustancias. Finalmente, un extenso conocimiento acerca de las variables de eficacia de las TCC, ayudarían a mejorar la sintomatología clínica, así como la evolución y calidad de vida de los pacientes con PD.

Resum

Introducció: La patologia dual (PD), que engloba un trastorn per ús de substàncies (TUS) i un trastorn límit de la personalitat (TLP), té una elevada prevalença i una

important simptomatologia que interfereix en la funcionalitat dels pacients. A més, la PD comporta greus conseqüències negatives socials, familiars i laborals. L'ampli coneixement de les teràpies utilitzades en PD, així com les variables subjacents a la seva eficàcia, ajudarien a millorar la simptomatologia i, en conseqüència, la qualitat de vida d'aquests pacients. Fins avui, existeixen pocs estudis sobre PD en general, i més concretament, sobre l'efectivitat i les variables que avaluen les teràpies. Conseqüentment, abordar aquest tema representa un important repte dins de la psicologia clínica. *Objectiu:* Els objectius d'aquest treball són tres. Primerament, explorar les variables que s'han relacionat empíricament amb l'efectivitat i l'avaluació dels tractaments cognitiu-conductuals en la PD. En segon lloc, comprovar el grau d'eficàcia de les diferents intervencions cognitiu-conductuals en comparació d'altres intervencions. Finalment, investigar si la teràpia dialèctic conductual (TDC) és aquella que mostra una major eficàcia en el tractament de la PD. *Mètode:* S'ha realitzat una revisió exhaustiva de la literatura existent fins al moment en relació als objectius del treball prèviament comentats. *Desenvolupament i conclusions:* Les variables associades a una major efectivitat del les teràpies cognitiu-conductuals (TCC) en PD serien: evolució del trastorn de la personalitat (TP); relació entre droga i TP i impacte de la seva concomitancia en el tractament; patrons de consum de substàncies tòxiques i el TP; motivació del pacient; adherència terapèutica i temps de tractament; i relació terapèutica. D'altra banda, les TCC, comparades amb altres teràpies de diferents orientacions, són la més eficaces des del punt de vista de millora dels símptomes clínics propis de la PD. Concretament, la TDC sembla ser l'opció terapèutica més eficaç, especialment, en el maneig de les conductes problemàtiques, l'adherència al tractament, la reducció del desig i el consum de substàncies. Finalment, un extens coneixement sobre les variables d'eficàcia de les TCC, ajudarien a millorar la simptomatologia clínica, així com l'evolució i qualitat de vida dels pacients amb PD.

Abstract

Introduction: Dual disease (DD), which includes a substance use disorder (SUD) and a borderline personality disorder (BPD), has a high prevalence and severe symptoms in these patients. In addition, the PD has serious social, family and work negative consequences. The extensive knowledge of the therapies used in PD as well as the underlying efficacy variables, help improve symptoms and, consequently, the quality of life of these patients. To date, there are few studies on PD in general and more specifically, on the effectiveness and the variables evaluated.

Consequently, addressing this issue represents an important challenge in clinical psychology. *Objective:* The objectives of this study are three. First, to explore the variables that have been empirically related to the effectiveness and evaluation of cognitive-behavioral treatments in PD. Second, to check the degree of effectiveness of different cognitive-behavioral interventions compared to other interventions. Finally, to investigate whether dialectical behavior therapy (DBT) is reporting that greater effectiveness in the treatment of PD compared with other treatments. *Method:* We performed an exhaustive review of the literature in relation to the objectives of the work previously mentioned. *Development and conclusions:* The variables associated with greater effectiveness of DBT in PD are: development of TP; relationship between drugs and TP and impact of their concomitance in treatment; consumption patterns and TP toxic substances; patient motivation; adherence and treatment time; and therapeutic relationship. Moreover, the DBT, compared with other therapies different of orientations, are the most effective from the viewpoint of improvement of clinical symptoms associated with PD. Specifically, the DBT seems to be the most effective, especially in the management of problem behaviors, adherence to the treatment, reducing the desire. Finally, an extensive knowledge about the variables of effectiveness of DBT, help improve clinical symptomatology and evolution about quality of life in PD patients.

Palabras claves / Keywords

Intervención psicológica – Mindfulness – Patología dual – Terapia aceptación compromiso – Terapia dialéctica conductual – Terapias cognitivo-conductuales – Trastorno límite de la personalidad – Trastorno por uso de sustancias – Trastorno por consumo de alcohol
--

Sumario

Introducción	12
1. Marco teórico	15
1.1. Patología dual (PD)	15
1.1.1. Características y prevalencia de la PD	15
1.1.2. Criterios diagnósticos y comorbilidad de la PD	16
1.1.3. Etiología de la PD	18
1.1.4. Pronóstico y autonomía personal de la PD	19
1.2. El papel del TUS en la PD	20
1.3. Modelos explicativos de la PD	21
1.4. El rol del TLP en la PD	23
1.4.1. Características y criterios diagnósticos	23
1.4.2. Prevalencia y comorbilidad	26
1.4.3. Etiología y desarrollo	27
1.5. El rol del TUS en la PD	30
1.5.1. Características y criterios diagnósticos	30
1.5.2. Prevalencia y comorbilidad	33
1.5.3. Factores de riesgo y pronóstico	35
1.5.4. Desarrollo y curso	36
2. Terapias cognitivo-conductuales	36
2.1. Terapia cognitivo-conductual (TCC)	36
2.1.1. Antecedentes de la terapia cognitivo-conductual	36
2.1.2. Supuestos de las terapias cognitivo-conductuales	37
2.1.3. La TCC aplicada al TLP-TUS	38
2.2. Mindfulness	38
2.2.1. Bases teóricas del mindfulness	39
2.2.2. El momento histórico del mindfulness	39
2.2.3. Mindfulness aplicado al TLP-TUS	40
2.3. Terapia de aceptación y compromiso	41
2.3.1. Características de la ACT	41
2.3.2. Terapia de aceptación y compromiso aplicada a la PD	43
2.4. Terapia dialéctica conductual	44
2.4.1. Modalidades de intervención de la TDC	45
2.4.2. Estrategias de intervención de la TDC	46
2.4.3. Terapia dialéctica conductual aplicada al TLP-TUS	47
3. Variables asociadas a la eficacia y evaluación de las TCC en PD	48
3.1. Variables de efectividad en las TCC	48

3.2 Variables utilizadas para evaluar las TCC	51
3.3. Estudios sobre la efectividad de los tratamientos para pacientes con PD	59
Conclusiones	67
Bibliografía.....	70

Índice de tablas

Tabla 1: Factores de buen pronóstico en la evolución del TLP en ausencia de TUS.....	21
Tabla 2: Porcentajes de comorbilidad a lo largo del ciclo vital para el TLP y TUS, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y otros trastornos de personalidad.....	27

Índice de figuras

Figura 1: Prevalencia de TUS en distintos periodos evolutivos del TLP.....	23
Figura 2: El TUS integrado en el modelo patogénico del TLP componente de la interacción gen-ambiental (rGxE).....	23
Figura 3: Interacción de las estrategias de la TDC	45
Figura 4: Estrategias de intervención.....	46

Introducción

En este trabajo, se presenta una revisión bibliográfica exhaustiva de las variables más eficaces de las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales en la patología dual (PD). Específicamente, se pretende explorar las variables descritas en la literatura que subyacen a la efectividad de los tratamientos cognitivo-conductuales en la PD; comprobar el grado de eficacia de las diferentes intervenciones cognitivo-conductuales comparadas con otras intervenciones, e investigar si la terapia dialéctico conductual (TDC) es la terapia que sugiere una mayor eficacia en el tratamiento de la PD.

La PD, que incluye un trastorno relacionado con el abuso de sustancias (TUS) y otro trastorno mental (frecuentemente el trastorno límite de la personalidad (TLP)), conlleva una sintomatología clínica que interfiere mucho en el bienestar de los pacientes así como severas consecuencias sociales, familiares y laborales. Este trabajo, se ha centrado concretamente en el grupo de PD que incluye la coexistencia del diagnóstico del TLP y el TUS. Esta elección, se ha hecho debido a la elevada comorbilidad entre los dos trastornos y a su grave repercusión clínica, social y personal. La PD representa un gran reto tanto desde una perspectiva individual de la sintomatología del paciente como para los sistemas sanitarios y sociales. La relevancia de este proyecto radica en que se investiga la evidencia científica que existe hasta la fecha en relación a las variables de mejora de los diferentes tratamientos cognitivo-conductuales. El conocimiento de la eficacia terapéutica así como la evolución y el pronóstico de cada paciente será esencial para mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno. Además, el conocimiento de estas variables de eficacia puede servir de ayuda para mejorar los tratamientos psicológicos, la adhesión a éstos, conocer cómo mejorar el pronóstico de los pacientes y, en general, tener un mayor conocimiento de la patología y su complejo abordaje.

Dentro de las diferentes orientaciones psicológicas existentes, se ha optado por el modelo cognitivo-conductual dado que la evidencia empírica parece mostrar una mayor eficacia desde el punto de vista psicoterapéutico. A lo largo del trabajo, se expondrán con detalle las variables de eficacia clínica a nivel individual como la evolución del TP; la relación entre droga y TP e impacto de su concomitancia en el tratamiento; los patrones de consumo de sustancias tóxicas y el TP; la motivación

del paciente; la adherencia terapéutica y tiempo de tratamiento; y la relación terapéutica.

También se explicarán otras variables que se han usado para evaluar de manera objetiva la efectividad de la intervención como el número de conductas autolesivas, la ideación y conducta suicida, la disregulación emocional, la impulsividad, la calidad de vida, el *craving*, el consumo de tóxicos, el ajuste psicológico, el funcionamiento social e interpersonal, la ansiedad y depresión y el sentimiento de vacío de los pacientes con PD.

Dentro de las terapias cognitivo-conductuales (TCC), este trabajo se va a centrar en la terapia dialéctico conductual (TDC), debido a que la evidencia científica sugiere que es la opción psicoterapéutica más efectiva para la PD.

Primeramente, en el marco teórico se explicarán los criterios diagnósticos y las características más importantes de la PD, el TLP y el TUS. En segundo lugar, se presentarán las diferentes TCC existentes y sus principales características psicoterapéuticas en la PD. A continuación se expondrán, de manera detallada, las variables descritas en la literatura que subyacen a la efectividad en los tratamientos cognitivo-conductuales así como el conocimiento existente que sugiere que la TDC es la terapia que obtiene una mayor eficacia en el tratamiento de la PD. Finalmente, después de recoger y analizar toda la información del trabajo, se presentarán las conclusiones así como una valoración subjetiva sobre la efectividad de las TCC en PD.

El criterio de selección utilizado para buscar información ha sido el factor de impacto de las revistas científicas (intentado que este fuese lo más elevado posible) y su año de publicación. Primero, se acotó a publicaciones de entre el 2010 al 2016, sin embargo, debido a la escasez de literatura, se optó por ampliar la búsqueda entre los años 2000 y 2016. En tercer lugar, se analizaron en los documentos aquella información específica que respondía a los objetivos de este trabajo. Para la búsqueda de los artículos se ejecutó una búsqueda mediante el sistema en línea EBSCO, en las bases de datos *PsycINFO*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *PsycCRITIQUES*, así como en el buscador *Google Scholar*. La exploración se llevó a cabo a través de una búsqueda avanzada introduciendo las siguientes palabras claves: intervención psicológica, patología dual, trastorno límite de la personalidad, trastorno por uso de sustancias, trastorno por consumo de alcohol y terapias cognitivo-conductuales para elaborar el cuerpo del trabajo.

Además, para poder aportar datos de otras partes del trabajo se introdujeron las palabras claves terapia dialéctica conductual, terapia aceptación compromiso y *mindfulness*. Tras esta primera selección de documentos se efectuó un cribado más específico escogiendo, únicamente, aquellos más relevantes, pertinentes a los objetivos y que contaban con un factor de impacto más elevado. No obstante, a medida que se iba realizando el trabajo se consideró oportuno añadir más debido a su relevancia científica. De este modo, finalmente se utilizaron unos 180 documentos aproximadamente. Seguidamente, se leyeron y analizaron críticamente todos los documentos seleccionados en las fases anteriores para proceder a la redacción del trabajo.

1. Marco teórico

1.1. Patología dual (PD)

1.1.1. Características y prevalencia de la PD

El término de Patología Dual (PD) fue acuñado en España por el psiquiatra Casas en el 2000 y hace referencia a la denominación clínica de una situación sindrómica en la cual concurre el trastorno límite de la personalidad (TLP) [código 301.83; F60.3, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V)] y el trastorno por uso de sustancias (TUS) (253, DSM-V) (Rivera, 2010). Mientras que en el mundo hispano la denominación usada es únicamente la de “patología dual”, los anglosajones emplean también los términos de “*dual disorders*” o “*co-occurring disorders*” para referirse a la misma patología. A pesar de esta variabilidad terminológica, el término “patología dual” es el más usado y aceptado por toda la comunidad científica. Sin embargo, este trastorno mental no se encuentra registrado ni codificado en los manuales psiquiátricos y psicológicos como el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) [American Psychiatric Association, (APA), 2013] ni en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) [Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992].

En términos generales, esta patología se definiría como “enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental o la intersección de ambas disfunciones” (Rivera, 2010). No obstante, en este trabajo el término PD se refiere específicamente a la coexistencia del TUS y el TLP.

Según el DSM-V, el TUS engloba 10 clases diferentes de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, el tabaco, y otras sustancias (o sustancias desconocidas). También en esta patología se han incorporado recientemente en el DSM-V, las “adicciones conductuales” como el juego patológico o la ludopatía [Trastornos no relacionados con sustancias, 312.31 (F63.0)]. Por otro lado, los trastornos mentales que pueden estar incluidos dentro del TP pueden ser del tipo: trastorno de la personalidad límite [TLP, 301.83 (F60.3)], trastorno de la personalidad antisocial 301.7 (F60.2), trastorno de la personalidad esquizotípica 301.22 (F21), trastorno de la personalidad evasiva 301.82 (F60.6) y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva 301.4 (F60.5), así mismo, también se incluyen los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos del espectro de la esquizofrenia y la psicosis y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Tal y como se ha dicho, la elección del trabajo se ha centrado concretamente en el grupo de PD que incluye la coexistencia del diagnóstico de TLP y TUS. Por tanto, a lo largo del trabajo al hablar de PD se considerará esta especificación de (TLP-TUS). Esta elección se debe a que este grupo de pacientes duales presenta una elevada comorbilidad y una gran complejidad psicopatológica, familiar y social. Más concretamente, entre el 64-66% con TLP tienen un diagnóstico de TUS. En general, se sabe que la suma psicopatológica de ambos trastornos conlleva una sintomatología más grave, una peor evolución y pronóstico y consecuencias sociales más graves (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2011).

1.1.2. Criterios diagnósticos y comorbilidad de la PD

Los pacientes “duales” se caracterizan en general, por presentar elevadas conductas de riesgo, alta prevalencia de contraer enfermedades (especialmente enfermedades infecciosas como el virus de la inmunodeficiencia adquirido (VIH) (King, Kidorf, Stoller y Brooner, 2000; Rosenberg et al., 2001) y mayores tasas de desempleo y marginación social (Canton, et al., 1994; Vazquez, Munoz, y Sanz, 1997). Además, esta patología se ha asociado con alteraciones conductuales disociales o antisociales que incluirían el desafío a normas, oposicionismo, negativismo, agresividad e incluso conductas criminales (Abram y Teplin, 1991; Cuffel, Shumway y Chouljian, 1994).

A nivel asistencial, los pacientes “duales” son atendidos por dos redes asistenciales diferenciadas: la red de atención a drogodependencias y la red de salud mental con la complejidad que cada una de ellas conlleva. Así mismo, según diferentes estudios, estos pacientes en comparación con otros que únicamente presentan un diagnóstico de TUS u otro trastorno psiquiátrico, acuden con mayor frecuencia a los servicios de urgencias y requieren de más hospitalizaciones psiquiátricas (Aharonovich, Liu, Nunes y Hasin, 2002; Martín et al., 2006).

Es bien conocido, además, las consecuencias negativas de la PD en las áreas laborales, familiares, personales y sociales de estos pacientes. Con todo esto, la PD representa un reto importante para el bienestar y la calidad de vida del propio afectado así como para su vida personal, familiar y social. Consecuentemente, las repercusiones psicopatológicas, médicas y sociales de la PD son importantes y deben de ser conocidas y abordadas de manera adecuada.

Los perfiles de pacientes con PD se agrupan en diferentes perfiles con síntomas característicos diferentes (Rubio, 2012):

1. Perfil impulsivo:

- Alto nivel de impulsividad
- No respeto de normas
- Relaciones de riesgo
- Actos delictivos
- Abuso de sustancias
- Actos compulsivos
- Pensamientos circulares
- Intoxicaciones
- Automutilaciones

2. Perfil afectivo:

- Sentimientos crónicos de vacío
- Falta de motivación
- Episodios depresivos o maníacos
- Sentimientos de tristeza y/o rabia
- Baja autoestima

3. Perfil psicótico:

- Ideas paranoides
- Desorden rutinario en la convivencia en cuanto a su persona, su hábitat y sus relaciones
- Decodificación de la realidad
- Episodios de despersonalización

Además de los síntomas propios de la entidad se suman aquellos originados por la sustancia tóxica en sí misma.

Se sabe que los sujetos diagnosticados de TLP y un TUS de manera comórbida presentan una peor adhesión al tratamiento psicoterapéutico, clínico y farmacológico, recaídas más frecuentes, mayor cronicidad de su trastorno adictivo y un peor pronóstico y evolución global (Ferrer, Prat y Andión, 2011). Así mismo, estos pacientes presentan mayor sintomatología de distorsión de la realidad, ansiedad e intentos de suicidio, aunque menor sintomatología relacionada con la desconfianza, la hostilidad y la ira (Caballo y Camacho, 2000). El fenómeno del suicidio es frecuente en la PD, especialmente si existe además un trastorno del estado de ánimo asociado (Aharonovich et al., 2002). Aunque los estudios no llegan a un consenso claro en relación al porcentaje de casos existentes de suicidio, se cree que entre el 0,2 % y el 4% de los pacientes con PD lo hacen. Incluso hay autores como

Paris (1993) o Nehls (1999) que elevan esa cifra hasta el 10% de pacientes que consuman el suicidio. Como resultado del comportamiento de autoinflingirse malos tratos o por los intentos de suicidio fallidos, se puede producir alguna minusvalía física. Finalmente, son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones de los estudios y los conflictos en las relaciones sociales y sentimentales.

Con todo ello, cuando se diagnostica la PD, de igual manera que en el caso del TLP o un TUS, debe descartarse que la sintomatología no se deba a los efectos fisiológicos causados por los efectos de un medicamento, enfermedad orgánica (p. ej. traumatismo craneal) o del sistema nervioso central (SNC) (p. ej. enfermedades neurodegenerativas que cursen con *deliriums* u otras alteraciones, etc).

1.1.3. Etiología de la PD

El origen del desarrollo de la PD se cree que puede ser básicamente dos causas:

- 1) Individuos con el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico previo que inician el consumo de drogas para aliviar y/o con el fin de mejorar y regular sus síntomas clínicos.
- 2) Sujetos sin trastorno mental previo, pero que debido al consumo de sustancias y a su vulnerabilidad individual, desarrollan esta psicopatología.

Además de estas dos posibles explicaciones, también hay que tener en consideración que la combinación TLP-TUS tiene factores etiológicos primarios comunes y que los síntomas interaccionan entre ellos, retroalimentándose y, muchas veces, la suma de ellos resulta en una mayor gravedad sintomatológica. En este sentido, la evidencia empírica muestra un correlato neurobiológico con esta patología que implicaría deficiencias en el sistema opioide endógeno, el sistema colinérgico/nicotínico, el sistema endocannabinoide endógeno y el sistema neurobiológico del estrés (Brady y Sinha, 2005).

Hasta la fecha, han existido diversos elementos que han impedido la valoración de la PD como entidad clínica y, de hecho, como se ha comentado anteriormente, la PD es una novedosa patología en cuanto a la categorización diagnóstica, su conocimiento y su abordaje clínico y social. Además, estos elementos también han dificultado el desarrollo y el conocimiento amplio y específico de las terapias existentes para esta patología. Estos elementos son:

- 1) La no conceptualización de la adicción como trastorno mental.

- 2) La existencia de redes asistenciales separadas (drogodependencia y la de salud mental).
- 3) La falta de conocimiento del efecto de sustancias tóxicas en los trastornos mentales (y especialmente en los TP).
- 4) La no incorporación de los distintos trastornos de personalidad al diagnóstico de la PD.

Además de estos elementos, a nivel asistencial, el sistema sanitario debe enfrentarse a pacientes complejos clínicamente ya que muchas veces presentan múltiples patologías médicas, psiquiátricas y adictivas que se mueven entre distintas redes sanitarias muchas veces no coordinadas como sería conveniente. A nivel clínico y terapéutico, varios autores también apuntan que no existe una formación específica de los profesionales de ambas redes y una falta de instrumentos clínicos apropiados para diagnosticar el trastorno. A nivel clasificatorio, los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales muestran concepciones no completas de las enfermedades no incluyendo la PD en sus clasificaciones.

Con toda esta información, se podría decir que la PD constituye un auténtico desafío a nivel psicológico, social y médico. A nivel psicológico y social, son pacientes estigmatizados por su “doble” patología de enfermedad mental y adicción. Así mismo, a veces se suma otro factor estigmatizador como el de presentar enfermedades infecciosas como el VIH, mencionado ya anteriormente.

1.1.4. Pronóstico y autonomía personal de la PD

Zanarini, Frankenburg, Bradford y Fitzmaurice (2012), concluyen que la recuperación de los pacientes con TLP “la remisión sintomática sostenida” de conductas impulsivas, inestabilidad anímica, ideación suicida, etc. es sustancialmente más frecuente que la desaparición absoluta de síntomas y reintegración de la persona a una vida adaptativa a nivel socio-laboral y familiar. Este hecho se agrava aún más si hablamos de pacientes duales con adicción a una sustancia asociada. Generalmente, los pacientes duales presentan peor pronóstico y evolución clínica y mayores recaídas que aquellas personas con otro tipo de TP u otras enfermedades. Lo que se observa es que, con frecuencia, algunos síntomas mejoran mientras que otros se muestran más resistentes al cambio. Así mismo, la investigación de Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich y Silk (2003), reveló que los rasgos afectivos (depresión, ira y ansiedad) e interpersonales, indicadores de dependencia y abandono, son los más estables y prevalentes a lo largo del ciclo evolutivo de la persona con TLP.

En cuanto a variables que predigan la evolución favorable o no de la PD aún no se conocen con certeza. El factor más indicativo de mal pronóstico es el intento de suicidio. Un 10% de las personas con TLP acaban quitándose la vida. Del mismo modo, si se logra prevenir dicha conducta, el TLP suele mejorar considerablemente con el transcurso del tiempo y con la terapia adecuada, pudiendo llegar a tener, el paciente, una vida plena y feliz aunque con una vulnerabilidad crónica asociada.

1.2. El papel del TUS en la PD

Como ya se ha comentado anteriormente, entre un 64-66% de los pacientes con TLP tiene TUS, así como un 18% de los pacientes con TUS cumplen criterios para el TLP (Ferrer et al., 2011). La complejidad de la sintomatología debida a esta comorbilidad y la fuerte distorsión ambiental, hacen que sea necesarios diagnósticos más exhaustivos así como planes de tratamientos multidisciplinarios para abordar esta complejidad diagnóstica y terapéutica. Estudiar las características de la PD es un ejercicio arduo debido a una serie de limitaciones como la heterogeneidad de los diferentes síntomas clínicos que presentan los sujetos que padecen TLP y el notable solapamiento sintomático entre ambos trastornos (Ferrer et al., 2011). En muchas ocasiones, además, el consumo de tóxicos puede manifestarse como un síntoma del TLP, dado que representa un modo de autolesionarse habitualmente (Ferrer et al., 2011). Los pacientes con TLP se caracterizan de forma general por consumir diversas sustancias y frecuentemente de manera simultánea. A pesar de ello, el TUS más habitual en el TLP es el trastorno por uso de alcohol, dándose este en un 50% de los casos, seguida por el abuso de opiáceos 18%, cocaína 17% y alcohol 15% (Ferrer et al., 2011). El TUS implica en la PD un mayor riesgo de conductas autodestructivas, autolesiones, riesgo de suicidio así como una peor respuesta a los tratamientos. Al mismo tiempo, el propio TLP conlleva una probabilidad elevada de iniciarse en el consumo de tóxicos (frecuentemente politóxica), de dependencia de éstas y de consecuencias emocionales y socio-legales graves. En el TLP-TUS existen dificultades importantes en el control de impulsos y conductas autodestructivas y, además, el efecto de cronicidad interactúa recíprocamente entre las dos patologías (Ferrer et al., 2011). De la misma manera, en el TLP-TUS la adherencia al tratamiento es peor. Por otro lado, se sabe que el TLP sin la presencia de TUS, tiene algunos factores indicativos de buen pronóstico (ver tabla 1).

Tabla 1: Factores de buen pronóstico en la evolución del TLP en ausencia de TUS

FACTORES DE BUEN PRONÓSTICO EN LA EVOLUCIÓN DEL TLP
<ul style="list-style-type: none"> • Sin historia personal ni familiar de TUS • Ausencia de abusos sexuales en la infancia • Buen nivel de formación profesional • Ausencia de TP comórbido del grupo ansioso • Elevada capacidad de aceptación de problemas • Bajo neuroticismo • Diagnóstico precoz (<25 años)

Fuente: Ferrer, Prat y Andión (2011)

1.3. Modelos explicativos de la PD

1) *El TLP causa el TUS:*

Son diversos los autores que sostienen la “teoría de la automedicación” afirmando que los sujetos con TLP recurren a las sustancias tóxicas para paliar la sintomatología propia del trastorno como la irritabilidad, la ansiedad y la sensación de vacío (Hien, Zlmsberg, Weisman, First y Ackerman, 1997; Rubio, 2000). Se considera que el TLP podría ser el que provocase la aparición del TUS mediante dos vías de desregulación cerebral. La primera sería la “vía de desinhibición” que implica un déficit en el sistema serotoninérgico, hecho que conllevaría a un mayor riesgo de consumo de tóxicos (Ichise et al., 2006). La segunda vía correspondería a la de la “disminución del estrés” que generaría una elevada vulnerabilidad a los eventos vitales estresantes (EVE’S), así como una respuesta de ansiedad e inestabilidad afectiva elevada, pudiendo derivar en un consumo de tóxicos para contrarrestar esa sintomatología (Verheul, 2001). En cuanto al tipo de drogas, se observa que aquellos sujetos que poseen un perfil TLP de carácter más evitativo, ansioso y con pocas habilidades sociales tienden a abusar de sustancias sedantes, como las benzodiazepinas y el alcohol. Mientras que por el contrario, los pacientes que presentan un perfil de gran impulsividad, habitualmente abusan de drogas como la cocaína y el cannabis.

2) *El TUS causa o agrava el TLP:*

Los individuos que genéticamente poseen una vulnerabilidad para desarrollar el TLP son especialmente susceptibles a la acción psicoactiva de los tóxicos. Habitualmente el TLP aparece en la adolescencia, previo al uso de sustancias, por lo que se tiende a creer que el TUS es secundario al TLP

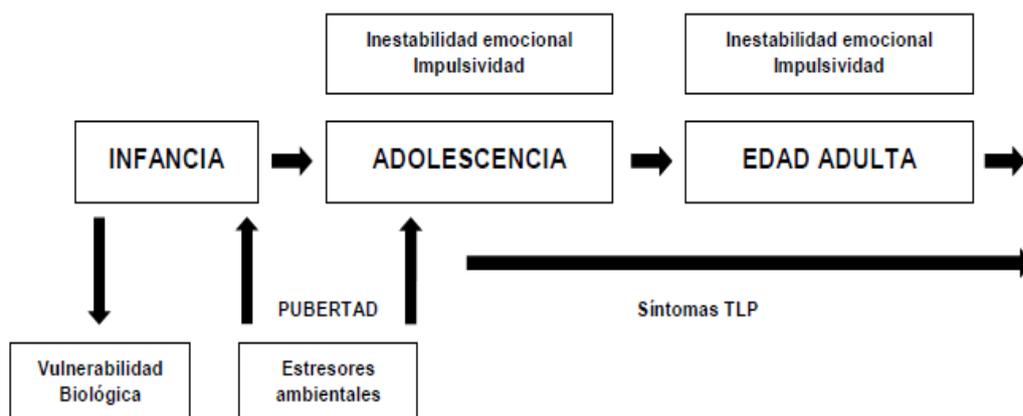
(Lehman, Myers y Corty, 1898). No obstante, teniendo en cuenta que los diagnósticos de TLP en la adolescencia han aumentado y que el consumo de tóxicos se esté dando cada vez de forma más temprana, esta cuestión se está replanteando y es controvertida (Ferrer et al., 2011).

Al mismo tiempo, se ha planteado como factor fundamental en el modelo etiopatogénico del TLP [fundamentado en la interacción gen-ambiente (*rGxE*)], el aumento del sistema glutamanérgico en condiciones de elevado estrés ambiental. En el caso del TUS, una de las alteraciones neurobiológicas demostradas es la disregulación del sistema glutamato-GABA, vinculado a la disfunción dopaminérgica (Bustos, Meléndez, Gonzales, Brambila y Solís, 2012). Por todo ello, el TUS representaría un posible desencadenante del TLP y actuaría como estresor ambiental provocando unas modificaciones neuroquímicas vinculadas a la etiopatogenia del TLP. Estas modificaciones serían más evidentes en los periodos críticos del neurodesarrollo. De la misma forma, el TUS agrava la clínica del TLP, induce a alteraciones neuroquímicas y favorece experiencias vitales negativas que pueden empeorar el TLP así como favorecer su cronificación.

3) *Ambos trastornos tienen factores etiológicos comunes y se influyen mutuamente:*

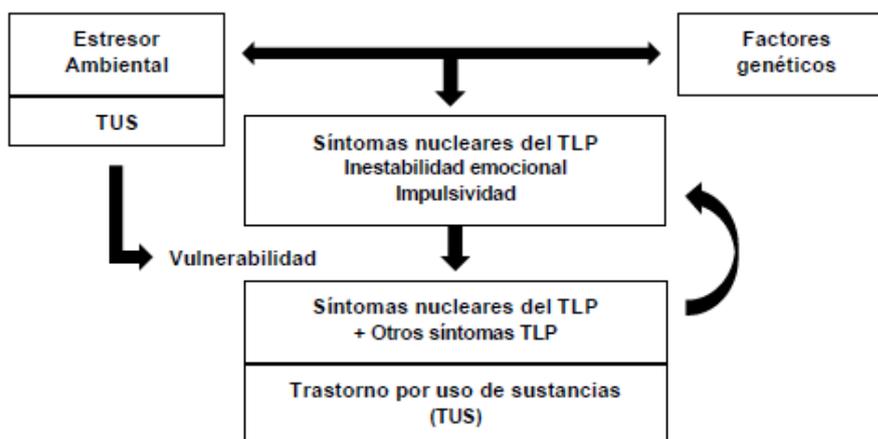
El modelo de la interacción entre TLP-TUS es el modelo explicativo más apoyado. Este modelo afirma que tanto el TLP como el TUS poseen factores etiológicos comunes, que la presencia de uno favorece la aparición del otro y que su coexistencia acrecienta la probabilidad de que uno y otro se cronifiquen con diferentes puntos de interacción en el transcurso de su vida Ferrer et al. (2011) (Ver figura 1 y 2). Por otro lado, este modelo apoya la idea de que el TLP y el TUS tienen bases neurobiológicas comunes, como la disfunción del córtex prefrontal, que se han relacionado con uno de los síntomas nucleares en ambos trastornos como es la impulsividad (Bustos et al., 2012). Al mismo tiempo, algunos de los síntomas compartidos como la inestabilidad emocional y la falta de autocontrol se han asociado a transformaciones neuroquímicas bien establecidas tanto en el TLP como en el TUS, entre ellas, la disfunción del sistema serotoninérgico (Ichise et al. 2006). En cuanto a los antecedentes familiares, también se han postulado trastornos comunes, especialmente los ligados a la acentuación de la impulsividad o a una alteración del estado anímico.

Figura 1: Prevalencia de TUS en distintos periodos evolutivos del TLP



Fuente: Ferrer, Prat y Andión (2011)

Figura 2: El TUS integrado en el modelo patogénico del TLP componente de la interacción gen-ambiental (rGxE)



Fuente: Ferrer, Prat y Andión (2011)

1.4. El rol del TLP en la PD

1.4.1. Características y criterios diagnósticos

El término “límite” o “borderline” puede hacer referencia a tres conceptos diferenciados: la inteligencia *borderline*, que hace referencia a aquellos sujetos cuya capacidad cognitiva se sitúa en el límite de la normalidad comparado con su grupo normativo; el desorden esquizotípico de la personalidad del DSM-III (cluster A de los TP en el DSM-V) y la esquizofrenia latente de la clasificación de la OMS y TLP. En este trabajo el término “borderline” hace referencia a la última definición. En general y, a pesar de las diferentes concepciones del término, hay consenso en entender que el TLP hace referencia a un nivel intermedio del funcionamiento de la personalidad y eso repercute en su adaptación (Millon, 1969; Kernberg, 1970, citado por Caballo y Camacho, 2000, p. 32). Dentro del modelo psicoanalista, la figura de Kernberg (1963) fue importante para la conceptualización de este concepto a través

de la teoría conocida como "*object relations*". Como resultado de sus estudios, se fue hablando cada vez más de una estructura de personalidad "*borderline*" como algo estable y diferenciable, tanto de la neurosis (por la especial combinación y fluctuación de síntomas) como de la psicosis (episodios menos intensos y más cortos ligados a factores estresantes y el mantenimiento del contacto con la realidad), estructura que, por tanto, iba adquiriendo identidad propia. En tanto, el TLP aún no aparecía en el DSM-II.

A pesar de esto, numerosos autores no están de acuerdo en las características básicas del trastorno (Álvarez, 2001). Esto ha provocado que algunos de ellos hayan propuesto otras terminologías alternativas como son: personalidad inestable, personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo de la personalidad o trastorno lábil de la personalidad en busca de una mayor adecuación (Millon y Davis, 2001). Finalmente, el término se oficializó mediante su introducción en el DSM-III en 1980, originando desde entonces numerosas investigaciones, así como una gran controversia en torno al origen, tratamiento y posible pronóstico de dicho trastorno (Mosquera y González, 2011).

Una de las principales características comunes a sujetos con PD es la presentación de un patrón de infravaloración de sí mismos, en el momento en que están a punto de lograr un objetivo como dejar los estudios justo antes de graduarse o presentar una grave regresión después de haber estado hablando de los progresos de la terapia, entre otros. Algunos sujetos presentan también síntomas similares a los psicóticos durante períodos de estrés como por ejemplo alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de autorreferencia y fenómenos hipnagógicos (APA, 1995). Además, los sujetos con este trastorno se pueden sentir más seguros con objetos transitorios (p. ej. un animal doméstico o propiedades inanimadas) que con las relaciones interpersonales.

En la historia de la infancia de los sujetos con TLP son frecuentes los malos tratos físicos y sexuales, la negligencia en el cuidado, los conflictos hostiles y la pérdida temprana o la separación parental (APA, 1995). Los trastornos del Eje I que se presentan simultáneamente con más frecuencia son los trastornos del estado de ánimo, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia), el trastorno por estrés postraumático y el TDAH (APA, 1995). Finalmente, el TLP también se da con frecuencia en simultaneidad con otros subtipos de trastornos de la personalidad (APA, 1995).

Hay una considerable variabilidad en el curso, evolución y pronóstico de los TLP. El patrón más habitual de síntomas se caracteriza por inestabilidad crónica en el principio de la edad adulta, episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos sanitarios a lo largo del ciclo vital. El deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente con la edad. Durante la cuarta y quinta décadas de la vida, la mayoría de los sujetos con este trastorno logran una mayor estabilidad en sus relaciones y su actividad profesional. (APA, 2002).

Criterios diagnósticos del TLP:

Según el DSM-V el TLP se define como: “Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen, de los afectos e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta, está presente en diversos contextos y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos”:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej. gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej. episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso o dificultad para controlar la ira (p. ej. exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (APA, 2002).

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV (aspecto que no aparece en el DSM-V) aunque no son iguales, definen de manera muy similar las características nucleares más importantes del trastorno. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno de la personalidad por inestabilidad emocional y a su vez lo divide en dos tipos, el impulsivo y el límite.

1.4.2. Prevalencia y comorbilidad

La prevalencia del TLP se sitúa entre un 2 y un 5.9% según los diferentes estudios (APA, 2002). Sin embargo, este es un tema controvertido porque recientemente, Bateman (2005) afirmaba que los datos de prevalencia se situarían realmente en el 0,7% de la población. Específicamente, el TLP es uno de los trastornos de la personalidad más frecuentes hoy en día, afectando aproximadamente entorno al 30% y 60% de los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad (Álvarez, 2001; Soler et al., 2001; Salavert et al., 2004). Aunque tradicionalmente se ha creído una mayor prevalencia del trastorno en mujeres que en hombres con una relación de 2-3:1 (Álvarez, 2001) parece que no hay diferencias en la prevalencia según el género aunque sí en la expresión de los síntomas del trastorno (Luna, 2003). Esta diferencia en los estudios podría darse debido a que las mujeres demandan con mayor frecuencia ser atendidas por diferentes profesionales y esto produce un sesgo en los diferentes estudios (Cervera y Martínez-Raga, 2005). A pesar de ello, entre los diferentes tipos de TP, como el trastorno antisocial de la personalidad, se diagnostica más frecuentemente en varones y, sin embargo, otros como el TLP, el trastorno histriónico y por dependencia se diagnostican con más frecuencia en mujeres (APA, 2014). Finalmente, la tasa de incidencia estaría situada en torno a 1/1510 o bien el 0,07% anual. Sin embargo, algunos autores afirman que esta cifra podría ser más elevada debido a las reticencias que muestran los pacientes a ser diagnosticados.

El TLP presenta un grado elevado de comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos, que de acuerdo con la clasificación diagnóstica del DSM-IV (no presente en el actual DSM-V), se incluyen tanto dentro del grupo de diagnósticos del eje I como del eje II. Dentro de los diagnósticos del eje I, los pacientes con TLP presentan en algún momento de su vida los diagnósticos de: depresión mayor 41-83%, distimia 12-39% y otros diagnósticos como el trastorno bipolar 10-20%, TUS 64-66%, trastorno por estrés postraumático 46-56%, trastorno por fobia social 23-47%, trastorno obsesivo compulsivo 16-25%, trastorno de pánico (31-48%) y trastorno de la conducta alimentaria (29-53%) (Zanarini et al., 1998; Zimmerman y Mattia, 1999). Así mismo, también presentan con frecuencia otros diagnósticos clasificados en el eje II del DSM-IV como: trastorno paranoide de la personalidad 43-47%, trastorno de la personalidad por evitación (16-51%), trastorno dependiente de la personalidad (14-30%) (Zanarini et al., 1998). En esta línea, el TLP presenta una alta comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo. La presencia de sintomatología afectiva (que muchas veces está muy relacionada e interacciona con el TLP) determina una peor calidad de vida, un alto número de hospitalizaciones y

un elevado riesgo de suicidio (Zanarini et al., 2003). La comorbilidad entre el TLP y los trastornos de ansiedad predice una evolución peor con una propensión mayor a la cronicidad de los cuadros. Sin embargo, las asociaciones entre el TLP y el trastorno por estrés postraumático así como otros TP (especialmente el paranoide, el evitativo y dependiente) son los más apoyados empíricamente (Ferrer et al., 2012). Bridget et al. (2008) citado por Fortes, Sánchez y Antequera (2012) muestran cifras de comorbilidad muy parecidas en torno al 74% (Véase tabla 2).

Tabla 2: Porcentajes de comorbilidad a lo largo de la vida para el TLP y TUS, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y otros trastornos de personalidad.

Porcentajes de comorbilidad para el TLP			
TRASTORNO PSICQUIÁTRICO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	72.9	60.9	66.2
Abuso de alcohol	15.07	18.9	12.9
Dependencia de alcohol	41.6	52.2	32.7
Abuso de tóxicos	27.4	34.6	21.3
Dependencia de tóxicos	17.7	22.3	14.0
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	75.0	60.7	60.2
Trastorno depresivo mayor	32.1	27.2	36.1
Distimia	9.7	7.1	11.9
Bipolar I	31.0	27.2	36.1
Bipolar II	7.7	6.7	8.5
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	74.2	66.1	81.1
Pánico con agorafobia	11.5	7.7	14.6
Pánico sin agorafobia	10.0	16.2	20.9
Fobia social	29.3	25.2	32.7
Fobia específica	37.5	26.6	46.6
Estrés postraumático	39.2	29.5	47.2
OTROS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	73.9	76.5	71.0
Paranoide	21.3	16.5	25.4
Esquizoide	12.4	11.1	13.5
Esquizotípico	36.7	38.9	34.9
Antisocial	13.7	19.4	9.0
Histriónico	10.3	10.3	10.3
Narcisista	30.9	47.0	32.2
Evitativo	13.4	10.8	15.6
Dependiente	3.1	2.6	3.5
Obsesivo-compulsivo	22.7	21.7	23.6

Fuente: Extraído de Garnt et al. (2008)

1.4.3. Etiología y desarrollo

Se han descrito múltiples factores etiológicos asociados al TLP, siendo necesario conocerlos para entender la coexistencia de TLP y TUS en las distintas etapas de la

vida. La heredabilidad genética estimada para el diagnóstico de TLP es de casi el 70%, sobretodo relacionado con los rasgos de personalidad, impulsividad e inestabilidad emocional (Ferrer et al., 2011). La impulsividad y poca tolerancia a la frustración, se manifiestan con un funcionamiento errático, tendiendo a actuar rápido, intensamente y a menudo de manera inadecuada. También se observa un factor hereditario para el consumo de sustancias, gratificación inmediata y falta de control de impulsos. Además, existe una probabilidad cinco veces mayor que el resto de población de presentar síntomas de TLP (no necesariamente el diagnóstico) en familiares de primer grado (Ferrer et al., 2011). También se ha asociado el TLP con antecedentes de trastornos del estado de ánimo y de impulsividad y, en general, el antecedente de uno o ambos progenitores de cualquier otro trastorno mental. Asimismo, la influencia de estresores ambientales jugarían un papel fundamental para la elevada prevalencia entre familiares de primer grado (Ferrer et al., 2011). Los factores etiológicos descritos no son excluyentes y, por tanto, este hecho ha reforzado el modelo etiopatogénico del TLP como un trastorno ligado al neurodesarrollo, donde los estresores ambientales inciden sobre un individuo genéticamente vulnerable.

Durante los últimos años son muchos los estudios que se han ido produciendo para identificar marcadores de riesgo o de vulnerabilidad en el desarrollo del TLP (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Bradford-Reich y Silk, 2006; Gunderson et al., 2011). Según Zanarini et al. (1997) los factores etiológicos formulados se pueden agrupar en seis grupos: tres de naturaleza medioambiental (separaciones en la infancia; compromiso o implicaciones parentales alteradas; experiencias de abuso infantil) y tres de naturaleza constitucional (temperamento vulnerable; tendencia familiar a padecer ciertos trastornos psiquiátricos; formas sutiles de disfunción neurológica y/o bioquímica). A día de hoy, cada vez existe un mayor consenso con respecto a la asociación de problemas neurológicos (Donegan et al., 2003) y trastornos neuropsicológicos como el TDAH y/o dificultad de aprendizaje (Colombo, Risueño y Motta, 2003) e historia de déficit en el desarrollo (Van Reekum et al., 1993). Al mismo tiempo, estudios neurobiológicos apuntan una actividad serotoninérgica disminuida en pacientes con TLP, hecho que fomentaría la aparición de conductas de desinhibición e impulsividad (Hollander et al., 1994; Coccaro, 1998; Ichise et al., 2006).

Finalmente, existen muchas más teorías que continúan formulando explicaciones para descubrir los factores mediante las cuales se desarrolla un TLP. Aunque la mayoría, a nivel general, destacan como causas fundamentales las seis

mencionadas anteriormente, difieren en el peso que tendría cada variable, en la organización de éstas y/o en las relaciones entre ellas.

El antecedente de haber sufrido algún trauma infantil, abuso físico, sexual o psicológico es relativamente frecuente en pacientes diagnosticados de TLP (Graybar y Boutillier, 2002). Aunque el abuso infantil aparece como factor precipitante en el desarrollo del TLP (Ball y Links, 2009), no se considera una causa primaria ya que las historias de abuso tienden a coexistir con otros factores de riesgo para el TLP como por ejemplo los conflictos familiares, trastornos psicopatológicos en los padres y probablemente vulnerabilidad genética. Se ha planteado que algunos síntomas del TLP como la inestabilidad afectiva, la pérdida de confianza y las experiencias disociativas serían consecuencia de la adaptación a un ambiente caracterizado por estrés y negligencias (Ferrer et al., 2011).

En lo que se refiere a modelos explicativos, cada orientación ha propuesto la suya. Desde la perspectiva psicodinámica destacan autores como Adler (1937), aportando el concepto de “concepción de insuficiencia”. Este concepto hace referencia a la incapacidad del sujeto por integrar una representación sobre sí mismo que le aporte seguridad, considerándolo como causa del trastorno. Esto derivará en una ausencia de interacciones sociales, generando a su vez, que el futuro paciente utilice un proceso regresivo a estadios del yo más primitivos en situaciones de estrés. Este enfoque explica síntomas clínicos característicos de este trastorno como son los sentimientos de vacío y la necesidad de evitar un abandono real o imaginario (Millon y Davis, 2001). Así mismo, Kernberg (1987) basa su propuesta en el modelo de las relaciones objetuales, situando el origen del trastorno en un error dentro del proceso de diferenciación, en el que relaciona los mecanismos de internalización de las relaciones de objeto con las vicisitudes de los derivados pulsionales instintivos y la formación de la identidad del yo.

Des de la perspectiva biológica: los estudios de neurobiología y psicobiología más recientes concluyen de forma generalizada que la sintomatología del TLP se caracteriza por dos disposiciones biológicas básicas: la disregulación afectiva causada por una hipersensibilidad del sistema noradrenérgico y la inestabilidad conductual originada por una disminución de la modulación serotoninérgica (Steele y Siever, 2010). Torgersen et al. (2000) reportan que en un 68% de los casos estudiados se da la heredabilidad, lo que contradice las teorías que centran el origen del TLP únicamente en causas ambientales (Gunderson, 2009). Des de la perspectiva biopsicosocial: Según Marsha M. Linehan (1993a), creadora de la TDC,

la etiología del TLP presenta un carácter psicosocial y viene originada por una regulación disfuncional de las emociones. Dicha disfunción, provoca que los sujetos tiendan a reaccionar emocionalmente de forma rápida e intensa, inclusive, ante niveles de tensión bajos, en los que el individuo necesita un periodo de recuperación mayor. La persona desacreditaría las emociones de muchas de sus experiencias lo que provoca que se vuelva vulnerable al carecer de capacidad para categorizar las experiencias. Esto deriva en una actitud punitiva hacia sus propias emociones (Millon y Davis, 2001).

Finalmente, desde la perspectiva cognitiva-conductual se cree que las presunciones de los individuos juegan un papel central, puesto que interfieren en la percepción y la interpretación de los sucesos, dando forma a las conductas y a las respuestas emocionales. Como señalan Millon y Davis (2001), los pacientes con TLP tendrían la estructura cognitiva escindida de sus representaciones del mundo, por lo que el nivel cognitivo dependería en mayor medida del grado de estructuración del ambiente externo. En condiciones proyectivas, los individuos buscan en su estructura interna para interpretar un estímulo ambiguo. Uno de los autores más estrictamente cognitivistas, Kroll (1993), relaciona esta patología con el trastorno por estrés postraumático (TEPT), creando el concepto de TEPT/límite como una mezcla de las dos patologías, considerándolo un trastorno de la conciencia derivado de diferentes tipos de abuso. Más adelante se expondrá con detalle los estudios sobre intervención psicoterapéutica des de esta orientación.

1.5. El rol del TUS en la PD

1.5.1. Características y criterios diagnósticos

Los trastornos por uso de sustancias engloban 10 clases diferentes de drogas como son: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, el tabaco, y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Sin embargo, dado que el DSM-V no presenta las características, prevalencia, comorbilidad, criterios diagnósticos, etiología y desarrollo del TUS de manera específica, este trabajo abordará el marco teórico del TUS centrándose en el trastorno por consumo de alcohol (TCA), ya que es que el presenta una mayor comorbilidad con el TLP.

El TAC se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo (OMS, 2015).

A su vez, el consumo abusivo, es una acción desadaptativa de la utilización de una sustancia psicoactiva, que se caracteriza por un consumo continuo o recurrente en situaciones que fisiológica, psíquica y socialmente se corre peligro. Cuando se excede en dicho consumo se pasa a la dependencia, donde el individuo siente un fuerte deseo de seguir consumiendo. El deseo intenso de consumo de alcohol se evidencia por una gran urgencia o necesidad de beber que dificulta el pensamiento de cualquier otra cosa y que suele desembocar en el comienzo de la ingesta. Esto provoca por un lado, la una disminución del autocontrol generando persistencia en el consumo. Cuando la persona con TCA adquiere un patrón reiterado e intenso de consumo puede dedicar gran parte de su tiempo para la obtención y consumo de bebidas alcohólicas. Por otro lado, esto generaría un aumento de la tolerancia y la aparición de síntomas de abstinencia. Tras una ingesta intensa y prolongada, la abstinencia de alcohol se caracteriza por síntomas que se desarrollan entre 4 y 12 horas después de haber disminuido este consumo. Debido a los efectos desagradables de la abstinencia, las personas pueden seguir consumiendo a pesar de que saben que dicho comportamiento les ocasiona problemas físicos significativos (p. ej. amnesia, afección hepática), psicológicos (p. ej. depresión), sociales o interpersonales (p. ej. discusiones violentas con la pareja, abuso infantil), únicamente para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Además, el patrón repetitivo e intenso de ingesta de alcohol provoca una disminución de las actividades ocupacionales y recreativas para poder consumir. De este modo, el rendimiento académico y laboral puede verse deteriorado por los efectos tras el consumo o por las intoxicaciones tanto en los lugares de trabajo como de estudio. En este sentido, son frecuentes el descuido en las actividades domésticas, así como el absentismo académico y laboral.

A nivel social, el TCA también puede acarrear graves consecuencias. En lo que se refiere a los accidentes de tráfico, estos son provocados porque el alcohol afecta a la capacidad de discernimiento, la percepción, la visión, el tiempo de reacción y la coordinación motora del sujeto. Este hecho, afecta no solo al conductor, sino también a los acompañantes, otros conductores y peatones (Monteiro, 2007).

En relación a la violencia, el alcohol influye en las funciones físicas y cognitivas. Se constata una pérdida de las capacidades intelectuales, donde la persona es incapaz de hacerse cargo de sus actos y presenta comportamientos alterados y agresivos. Igualmente, disminuye la capacidad de procesamiento de la información entrante, la evaluación de los riesgos y el control. De este modo, se incrementan la impulsividad emocional y la susceptibilidad, propiciando que los que consumen no sólo sean más

propensos a las confrontaciones y a la violencia, sino que vean disminuida su capacidad de resolución de conflictos. Así mismo, el consumo de alcohol, también se vincula a comportamientos sexuales de riesgo. Las mujeres en estado de ebriedad son más vulnerables a los abusos sexuales contribuyendo, des este modo, al contagio de enfermedades sexuales.

En lo que concierne a las emociones, el alcohol provoca depresión, ansiedad y problemas de sueño, afectando a los vínculos con familiares, amigos y problemas en lo laboral o instituciones educativas. Estos daños también se extienden a la comunidad, ya que reducen la cohesión, aumentan el temor al crimen e impiden que la gente salga a lugares que ofrecen diversión por miedo al disturbio (Monteiro, 2007). Se ha comprobado que el TAC es un factor importante para el riesgo de suicidio durante la intoxicación grave y en el contexto de un trastorno depresivo inducido por el alcohol. Así mismo, también existe una tasa elevada de comportamientos suicidas y de suicidios consumados en las personas con este trastorno.

Criterios diagnósticos del TCA:

Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

- a) Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b) Un efecto notablemente reducido en el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

- a) Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
- b) Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

La gravedad del trastorno se basa en el número de criterios diagnósticos que se cumplen. Para una misma persona, los cambios en la gravedad del TAC a lo largo del tiempo se reflejan en la reducción de la frecuencia (p. ej. días de consumo al mes) y /o la dosis de alcohol consumida (p. ej. el número de bebidas al día), evaluada mediante el autoinforme del paciente, de sus allegados, de las observaciones del clínico y, cuando sea posible, por las pruebas biológicas (p. ej. la elevaciones en los análisis de sangre).

1.5.2. Prevalencia y comorbilidad

El alcohol es una sustancia psicoactiva cuyo consumo se asocia a elevados índices de mortalidad, morbilidad y problemas sociales. En Catalunya, anualmente, alrededor del 44% del total de inicios de tratamiento ambulatorio en los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) se deben a un TCA (Haro et al., 2006). En España, se ha estimado que la prevalencia del TCA a lo largo de la vida es del 3,6% (6,47% en hombres y 0,96% en mujeres).

Mientras, en Estados Unidos se ha calculado que la prevalencia del TCA es del 4,7%, situándolo como el trastorno psiquiátrico más prevalente después de los trastornos de ansiedad (11,08%) y los trastornos afectivos (9,21%) (Grant et al., 2004).

En los países desarrollados, el 80% de los hombres y el 60% de las mujeres son bebedores durante alguna etapa de sus vidas. Muchos de los cuales, dejan de beber por causas médicas (Schuckit, 2009). La literatura muestra que la quinta parte de los pacientes atendidos por médicos de cabecera se debe al abuso de alcohol. Sin

embargo, únicamente una cuarta parte de la población con TCA ha solicitado ayuda por ese motivo, sobre todo las mujeres.

Por otro lado, el 30-50% de las personas con antecedentes de consumo de alcohol padecen al menos un problema relacionado con el alcohol durante su vida, como la pérdida del trabajo o el colegio, en la conducción o problemas interpersonales (Schuckit, 2009).

En relación a la morbilidad y comorbilidad, son varios los trastornos que se vinculan con un aumento notable de la tasa de TCA. Entre estos encontramos el trastorno antisocial de la personalidad, la esquizofrenia, los trastornos bipolares, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos. Así mismo, se reporta que la relación descrita entre la depresión y el TCA moderado o grave puede atribuirse a los síntomas comórbidos depresivos transitorios inducidos por el alcohol. Dándose estos, como consecuencia de los efectos agudos de la intoxicación o de la abstinencia (APA, 2009).

En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol. El consumo de esta sustancia es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido severas enfermedades como la cirrosis hepática, diversos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares (OMS, 2014).

En esta línea, una proporción importante de la carga de morbilidad y mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol corresponde a los traumatismos, intencionados o no, específicamente los derivados de accidentes de tráfico, actos violentos y suicidios. Además, los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes, siendo un 25% de las defunciones de la población de edad entre 20 a 39 años, atribuibles al consumo de alcohol (OMS, 2014). Del mismo modo, la intoxicación severa reiterada también puede destruir los mecanismos inmunes fomentando la aparición de infecciones y el aumento del riesgo de cáncer (APA, 2009). Consecuentemente, la falta de diagnóstico de trastornos por abuso de alcohol puede dificultar el tratamiento de otros problemas médicos y psiquiátricos (Schuckit, 2009).

En cuanto a estudios epidemiológicos sobre la mortalidad, el de Fierro, Ochoa, Yáñez, Valderrama y Álvarez (2008) reporta que en España, durante el periodo

1999-2004, el porcentaje de mortalidad atribuible al consumo de alcohol fue del 2,1% (2,9% en hombres y 1,1% en mujeres).

1.5.3. Factores de riesgo y pronóstico

Aproximadamente el 40-60% del riesgo de TCA se explica por las influencias genéticas y el resto por la asociación gen-medio ambiente.

1) Ambientales:

Estas incluyen las actitudes culturales en relación a la bebida y la intoxicación, las experiencias personales vinculadas al alcohol, la disponibilidad del alcohol, así como los niveles de estrés. Entre los factores potenciales que median en el desarrollo del TCA se encuentran: el consumo grave de sustancias entre compañeros, las exageradas expectativas positivas en relación a los efectos del alcohol, así como las habilidades inadecuadas para afrontar el estrés (APA, 2009).

2) Genéticos y fisiológicos:

La tasa del TCA es entre tres y cuatro veces superior en los parientes cercanos de las personas con TCA. Entre estos, los valores más altos se dan en aquellas personas que presentan un mayor número de familiares afectados, una mayor carga genética compartida y familiares con problemas graves vinculados al alcohol. Igualmente, para los hijos de personas que padecen TCA, el riesgo es entre el triple y el cuádruple, dándose incluso, en niños adoptados al nacer que han sido criados por padres adoptivos que no tenían TCA (APA, 2009).

No obstante, conocer cuáles son los genes que operan a través de los fenotipos que afectan al riesgo de desarrollar un TCA, puede ayudar a identificar a aquellas personas especialmente vulnerables. En referencia a los fenotipos, los sujetos de alto riesgo se asocian a un trastorno psicótico o bipolar preexistente, así como a la impulsividad (propia del TLP) y a un inferior nivel de respuesta (baja sensibilidad) al alcohol. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cualquier variación genética explica solamente un 1-2 % del riesgo de desarrollar estos trastornos (APA, 2009).

3) Modificadores del curso

En general, elevados niveles de impulsividad (característicos en el TLP), se asocian con un inicio precoz y una mayor gravedad del TAC.

1.5.4. Desarrollo y curso

El primer episodio de intoxicación por alcohol suele ocurrir hacia la mitad de la adolescencia. Los problemas relacionados con el alcohol que no cumplen todos los criterios de trastorno de consumo o los problemas aislados relacionados con el alcohol suelen suceder antes de los 20 años, sin embargo, la edad de inicio del TCA con dos o más criterios diagnósticos se da en la adolescencia tardía o al inicio o la mitad de la veintena.

Por lo general, debido a su estado de vulnerabilidad, los adolescentes carecen de habilidad de criterio para poder manejar con prudencia el consumo. De este modo, aumenta la probabilidad de que sus conductas se vean afectadas (Monteiro, 2007).

La evolución del TCA es fluctuante. Este se caracteriza por períodos de remisión y de recaída. El abandono del consumo suele derivar de una crisis y es frecuente que venga acompañado de semanas o meses de abstinencia, seguidos de cortos períodos de bebida controlada o no problemática. Hecho que de forma habitual, favorece a un aumento rápido del consumo así como a la reaparición de problemas severos (Schuckit, 2009).

Erróneamente el TAC suele percibirse como una afección intratable. Esto se debe a que muchos de las personas que acuden a terapia, cuentan con un amplio historial de antecedentes por problemas graves relacionados con el alcohol durante muchos años. Sin embargo, estos casos tan severos únicamente representan una pequeña proporción de las personas que padecen TAC. La mayor parte de estos enfermos presentan un pronóstico mucho más alentador (APA, 2009).

2. Terapias cognitivo-conductuales

2.1. Terapia cognitivo-conductual (TCC)

2.1.1. Antecedentes de la terapia cognitivo-conductual

La psicología de nuestro siglo se ha caracterizado por ser holística y contar con múltiples orientaciones que han intentado analizar, explicar y predecir el comportamiento humano. De manera breve, por ejemplo, para los teóricos conductistas, la conducta y sus consecuencias son las que determinan la cognición y el afecto; sin embargo, para los cognitivistas lo esencial es la cognición, de tal forma que su supuesto principal es “como tú piensas, tú sientes y actúas”. Del mismo modo, los teóricos emotivos consideran que el sentimiento es primario y que es lo más poderoso.

Las experiencias privadas del individuo, como sus pensamientos y creencias, han sido uno de los objetos de estudio más importantes de los orígenes de la psicología científica desde Wundt en el siglo XIX. Sin embargo, posteriormente con el conductismo ésta quedó apartada y no fue hasta la segunda mitad del siglo XXI, cuando se produjo la revolución cognitiva que implicó el reconocimiento de los procesos internos mentales y la posibilidad de su investigación científica.

De manera resumida, los factores primordiales que originaron la aparición y la expansión de la TCC en los años 60 fueron: la filosofía griega (fundamentalmente la epicúrea y la socrática); el conductismo mediacional, concretamente la conducta propositiva (Tolman, 1932); el condicionamiento operante (Cautela, 1966); el avance de la psicología clínica y la necesidad manifestada de diversos autores, como Ellis (1962) y Beck (1967) de superar modelos insuficientes para entender y explicar la conducta, como el psicoanálisis; el aprendizaje social (Bandura, 1977); y los estudios de la psicología experimental y social sobre los procesos cognitivos de atención, percepción y memoria.

Al mismo tiempo, varios elementos facilitaron la rápida implantación de las TCC en la práctica clínica. Entre estos encontramos la complejidad de los problemas de los pacientes y el surgimiento de nuevos trastornos clínicos; la imposibilidad de eliminar de las intervenciones clínicas aspectos como las creencias, valores, verbalizaciones, sentimientos, cogniciones, etc; la posibilidad de estudiar estos constructos mediante distintas tareas o verbalizaciones de los sujetos; la comodidad del clínico de trabajar en un modelo teórico que reconozca la viabilidad de usar tanto la conducta manifiesta como la encubierta; y, finalmente, el factor más destacable sería el conocimiento profundo de los procesos cognitivos como la atención, el aprendizaje, la memoria, la percepción etc.

2.1.2. Supuestos de las terapias cognitivo-conductuales

A pesar de que no existe un consenso generalizado, Ingram y Scott (1990) indican que todas las TCC se basan en siete supuestos, los cuales serán la base de cualquier intervención psicoterapéutica en PD:

1. Los sujetos responden a las representaciones cognitivas de los sucesos ambientales más que a los sucesos de *per se*.
2. El aprendizaje está regulado por la cognición.
3. Las variables cognitivas están interrelacionadas con las variables conductuales y afectivas influyéndose mutuamente.
4. Algunas formas de cognición pueden ser alteradas.

5. Algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas.
6. Mediante la modificación de la cognición se pueden alterar los patrones disfuncionales conductuales y emocionales.
7. Ambas terapias de modificación terapéutica, cognitivo y conductual, son deseables y deben ser integradas en la intervención.

2.1.3. La TCC aplicada al TLP-TUS

La TCC se centra en ayudar a la persona a establecer relaciones funcionales entre sus pensamientos, sentimientos y conducta [Guía práctica Clínica (GPC)], [National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2009]. A pesar de que inicialmente fue desarrollada para tratar la depresión, se ha modificado y adaptado para las terapias dirigidas a PD. Mientras que para los trastornos del Eje I, la TCC se focaliza en el “aquí y ahora” para los TTPP considera las experiencias previas en el desarrollo de las creencias nucleares. La TCC tiene en cuenta la estructura de la terapia y los problemas que pueden alterar la relación terapéutica como pueden ser: la falta de implicación en el tratamiento, la desviación de problemas y objetivos, dejar de focalizarse en los objetivos terapéuticos, la pérdida de estructura y el incumplimiento de las tareas asignadas (Davidson, 2000).

Desde la perspectiva cognitivo-conductual se cree que las personas con dificultades para regular las emociones son las que presentan una mayor vulnerabilidad ante el consumo. El objetivo de esta terapia en cuanto al consumo de tóxicos es enseñar estrategias que le permitan la regulación emocional y el manejo del consumo compulsivo (Keegan , 2012). El enfoque cognitivo-conductual permite conceptualizar las conductas adictivas como hábitos que se generan en procesos de aprendizaje desadaptados. Estos patrones de hábitos adictivos pueden ser cambiados aplicando procedimientos de automanejo o autocontrol. La TCC lo que propone a nivel conductual es sustituir una conducta por otra de la misma función pero más adaptativa y sin las graves consecuencias que conlleva el consumo. No obstante, siempre se deberá tener en cuenta la conceptualización del caso, es decir, cómo y por qué esa persona en particular ha llegado a consumir y qué factores propios y del entorno están manteniendo el problema.

2.2. Mindfulness

La terapia *mindfulness* está dentro de las terapias de tipo cognitivo-conductual y hace referencia al concepto de “atención plena”. Así mismo, hallamos que los términos “atención”, “conciencia” y “referencia al momento concreto” son inherentes a su significado. Esta atención plena se focaliza en el momento presente de forma

activa y reflexiva, centrándose en la realidad del aquí y el ahora y desprendiéndose de la irrealidad (Vallejo, 2008). Este tipo de actividad se incluye ya sea bien como terapia en sí en PD o como módulos de las TCC.

Este tipo de meditación está fuertemente vinculada al desarrollo de las técnicas de control fisiológico: la relajación y el *biofeedback* muy importantes como herramientas de autocontrol y tolerancia a la frustración de los pacientes duales. Así mismo, el concepto de “atención plena” también incluye una filosofía de vida, así como una forma de gestionarse en situaciones y momentos específicos. De este modo (Robins, Schmidt y Linehan, 2004), consideran que el entrenamiento en *mindfulness* supone instruir al paciente para que observe su cuerpo y lo describa centrándose en el momento presente. Desde la perspectiva psicológica también se considera un constructo de la personalidad, evaluando cuánto *mindfulness* tiene un individuo y cómo le afecta este a sus dimensiones psicológicas.

2.2.1. Bases teóricas del *mindfulness*

La meditación, también denominada terapia de tercera generación, usa varias técnicas para lograr efectos de desactivación fisiológica y emocional. Tradicionalmente se ha supuesto que para lograr una respuesta incompatible a la ansiedad característica de la PD se pueden usar varias técnicas de meditación, relajación, experimentación de situaciones agradables o el entrenamiento asertivo (Vallejo, 2008).

En cuanto a los aspectos más conceptuales, el entronque del *mindfulness*, entendido como procedimiento terapéutico, se halla en el desarrollo de las nuevas terapias conductuales (Vallejo, 2008). Esta tipología de terapias nace al entender que el contexto es el componente primordial en la explicación e intervención de un trastorno. Hayes et al. (2006) considera que las terapias de tercera generación son aquellas que incluyen en sus componentes procesos de *mindfulness* y aceptación, así como procesos de compromiso y cambio directo de conductas. Es aquí donde el *mindfulness* interacciona con otros procesos terapéuticos como la terapia de conducta dialéctica (Robins et al., 2004), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002) o la terapia cognitiva (Segal et al., 2002). Estas terapias de tercera generación difieren de sus antecesoras al caracterizarse principalmente por presentar una visión más experiencial así como por el uso de estrategias de cambio más indirecto.

2.2.2. El momento histórico del *mindfulness*

En la actualidad existen ya diversas técnicas terapéuticas surgidas en la psicología occidental, en las que *mindfulness* juega un papel destacado. Las más conocidas son:

- La terapia cognitiva basada en *mindfulness* [MBCT (Segal et al., 2002)].
- La reducción del estrés basada en *mindfulness* [MBSR (Kabat-Zinn., 2002)].
- La terapia de aceptación y compromiso [ACT (Hayes et al., 1999)]. De esta terapia se hablará con mayor profundidad en puntos posteriores.
- La terapia dialéctica conductual [TDC (Linehan, 1993; García Palacios, 2006)], utilizada en el tratamiento del trastorno límite de personalidad.

Por otro lado, el avance de la neurociencia cognitiva y afectiva y la neurología ha cobrado importancia en el conocimiento de los diferentes procesos psicológicos, especialmente en cuanto al conocimiento y explicación de la PD. Concretamente, el avance de las técnicas de neuroimagen y el procesamiento computarizado de las señales electroencefalográficas. Esto hace que estemos en condiciones de estudiar los correlatos neurobiológicos de los pensamientos y de las emociones con un grado de precisión, tanto espacial como temporal, que hace unos 20 o 30 años resultaban inimaginables. Asimismo, estas técnicas nos están permitiendo conocer la interacción mente-cerebro por primera vez en la historia de la humanidad y ellas han comenzado a hacer posible saber lo que sucede en el cerebro cuando se practica *mindfulness*.

2.2.3. *Mindfulness* aplicado al TLP-TUS

En personas con PD, el *mindfulness* es útil para mejorar la clínica del paciente así como para incrementar su calidad de vida. La adquisición de habilidades *mindfulness* en PD se podrían resumir en:

1. Exposición a experiencias favorables y enriquecedoras internas y externas
2. Aceptación y actuación con conciencia
3. Tolerancia al malestar y a la frustración
4. No aferrarse a las experiencias y no juzgar

Todas estas habilidades van a optimizar su capacidad de autorregulación emocional y las conductas desadaptativas que los pacientes duales utilizan para evitar las emociones negativas (consumo de drogas, relaciones interpersonales peligrosas, autolesiones, etc.) se reducirán (Zgierska et al., 2009).

Así mismo, el enfoque "*mindful*" sirve para que las personas afectadas por el consumo de sustancias modifiquen: la vivencia de pensamientos, sensaciones y

emociones no deseadas, el actuar en piloto automático y la propensión a la preocupación y ansiedad por sucesos futuros sin centrarse en el momento presente. En este contexto, la práctica *mindfulness* ayuda a que el paciente conviva de forma sabia y amistosa con sus propios pensamientos y sensaciones y prevenir el patrón de pensamiento automático elicitor de la recaída. Mediante el aumento de la conciencia, regulación y tolerancia de los precipitantes de la recaída, el *mindfulness* promueve la habilidad para manejar dichos precipitantes e interrumpir ciclos previos de conductas compulsivas o automáticas de consumo (Zgierska et al., 2009). De este modo, se observa que el *mindfulness* es una habilidad cognitiva especialmente eficaz para la práctica de la prevención de recaídas, ya que enseña a los pacientes a desprenderse de aquellas tendencias, deseos o racionalizaciones cognitivas que, de otro modo, podrían conducirlos a una recaída (Witkiewitz, Marlatt y Walker, 2005).

A diferencia de la TCC que se centra en modificar los pensamientos negativos cambiándolos por otros más positivos, el *mindfulness* no pretende modificar los pensamientos, sino la forma en que el sujeto se relaciona con estos. De ahí la relevancia de incorporar habilidades *mindfulness* al enfoque cognitivo-conductual (Sarha, Neha y Marlatt, 2013).

2.3. *Terapia de aceptación y compromiso*

2.3.1. *Características de la ACT*

La relación entre la ACT y la TCC levanta polémicas importantes con grandes desencuentros, debido fundamentalmente a simplificaciones que han hecho entre las dos corrientes (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006).

En la década de los años 90 nace la TAC. Ésta surge para ofrecer una respuesta psicoterapéutica alternativa ante aquellos pacientes de consultas externas que presentan graves problemas emocionales y, a su vez, el terapeuta que los trata carece de los medios suficientes para controlar directamente su entorno vital. Consiste en hacer un análisis funcional, no sintomático de los problemas psicológicos e introducir un modo conductual de analizar las emociones, sentimientos, recuerdos y pensamientos de los pacientes.

Desde un análisis funcional sobre el origen y mantenimiento de muchos problemas psicológicos, la evitación experiencial explicaría todos aquellos problemas donde el individuo no parece dispuesto a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (p. ej. sensaciones corporales, emocionales, pensamientos), y que siempre deliberadamente trata de evitar, alterar, cambiar la forma y la ocurrencia de

esos eventos privados, así como el contexto que los ocasiona (Hayes et al., 1999; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002). Este hecho es particularmente importante en la PD.

Desde este análisis, las características formales de la psicopatología no serían un elemento fundamental (p. ej. un problema depresivo, obsesivo, adictivo, etc.), sino la función que cumplen todas esas conductas que desarrolla el individuo para evitar algunas conductas. Habría dos pilares fundamentales en esta terapia:

- El papel que juegan algunas conductas en las explicaciones de los problemas de las personas
- La importancia de la propia relación terapéutica (Hayes y Wilson, 1994).

Esta terapia lo que propone es la aceptación y el cambio como alternativa a la respuesta de evitación. Es decir, aceptar lo que no se puede cambiar y comprometerse a cambiar lo que es modificable y útil para el paciente. Este cambio de creencia es muy importante para la mejoría y el buen pronóstico de la PD. En general, se podría decir que consiste en no evitar, controlar o cambiar los elementos que forman parte de la contingencia (Salas y Soriano, 2006).

La TAC afirma que en los pensamientos, emociones y sensaciones (incluyendo la ansiedad), la variable del control es el problema y no la solución. El intento de supresión de estos nos lleva a aumentar su frecuencia (Wenzlaff y Wegner, 2000).

A nivel formal, los autores concretan seis fases en el desarrollo de la TAC. Cada fase consta de objetivos, estrategias e intervenciones propias y están interrelacionadas entre sí (Hayes et al., 1999).

- *Fase 1 desesperanza creativa*: El objetivo es eliminar aquellos repertorios de evitación que el sujeto está empleando desde hace tiempo para solucionar el problema y que forman parte del mantenimiento del mismo; así como eliminar el soporte verbal y social que mantiene esa evitación continua.
- *Fase 2 el control es el problema y no la solución*: la finalidad de esta fase es que paciente entienda que sus intentos de control son el propio problema y que es necesario moldear esta aproximación a su problema para eliminar dicha conducta.
- *Fase 3 aceptación*: trata de dismantelar el lenguaje, las funciones del lenguaje y su relación con las emociones o los recuerdos del paciente, proponiendo como alternativa a la evitación, la aceptación psicológica.

- *Fase 4 establecimiento del yo como contexto y no como contenido:* esta fase se focaliza en situar verbalmente la construcción del yo como persona, como centro desde el que actuar diferenciándolo de los pensamientos, las emociones o los recuerdos.
- *Fase 5 valoración:* esta fase se centra en analizar los valores del sujeto, los fundamentos desde los que actúa y las bases verbales sobre las que se asientan esos valores y seguidamente seleccionar y evaluar una dirección propia.
- *Fase 6 disposición y compromiso:* esta fase tiene como misión que el paciente esté dispuesto a adoptar cambios conductuales por sí mismo evaluando sus propias conclusiones y decisiones al final de la terapia.

2.3.2. *Terapia de aceptación y compromiso aplicada a la PD*

La TAC se basa en la evidencia clínica y empírica que demuestra que los pacientes duales (TLP-TUS) se caracterizan por usar la evitación como estrategia para regular sus estados internos aversivos (Soriano, Blarrina y Salas, 2010). La evitación experiencial destructiva se definiría como un patrón de regulación conductual dirigido a impedir el malestar o escaparse del mismo (Soriano et al., 2010).

A través de la TAC, se aborda un nuevo enfoque orientado no tanto a la modificación de determinados eventos internos, vinculados con el consumo de drogas, como pueden ser los pensamientos o deseos subjetivos de consumo, sino a cambiar los valores del paciente. En pacientes duales, el objetivo principal de la TAC es eliminar el repertorio inflexible que da lugar a la evitación experiencial (Peláez-Blarrina et al., 2006). Concretamente, se centra en promover la flexibilidad psicológica conectando con el momento presente así como en modificar o mantener la conducta si esta sirve a unos valores finales determinados (Wilson y Luciano, 2002). Para ello, la TAC cambia el contexto en el que los eventos privados ocurren, es decir, rompe la reacción literal ineficaz, que ha sido instaurada socialmente en la historia personal del paciente, entre los pensamientos, emociones y conductas. Se promueve actuar de forma ajustada a lo que las condiciones exigen según lo que el paciente valore para su vida. Concretamente, como alternativa a la evitación experiencial la TAC plantea la aceptación psicológica, es decir, estar dispuesto a aceptar las sensaciones y pensamientos problemáticos siempre y cuando hacerlo esté en consonancia con cosas valiosas para el paciente (Soriano et al., 2010).

2.4. *Terapia dialéctica conductual*

La TDC surgió a finales de los años 90 por la psiquiatra Marsha M. Lineham. Esta fue desarrollada como alternativa para el manejo de pacientes difíciles, crónicos y con múltiples diagnósticos en el eje I y II, convirtiéndose en una modificación de la terapia cognitivo-conductual estándar y suponiendo una gran aportación en el área clínica.

En la década de los 70 Lineham empezó a usar la TCC para tratar a mujeres adultas con historial de automutilaciones, ideaciones suicidas, intentos de suicidio crónicos y de autolesiones. Sin embargo, Lineham se topó con varios inconvenientes como: la escasa adherencia terapéutica; la ausencia de la realización de las tareas conductuales; la urgencia por autolesionarse; las tentativas de suicidio; y al mismo tiempo, desarrollar sesiones terapéuticas dirigidas al uso de estrategias más adaptativas. Fue a raíz de esta problemática que decidió desarrollar la TDC con la finalidad de subsanarla.

La TDC además de utilizar técnicas centradas en la búsqueda del cambio comportamental como son las escalas de puntuación de los síntomas, las tareas conductuales, el análisis de la conducta y el entrenamiento en habilidades sociales, también incorpora estrategias de aceptación o de validación. Estas estrategias tienen como finalidad transmitir a los pacientes que son seres aceptables tal y como son, que merecen ser comprendidos y que todas sus conductas incluso las autolesivas poseen un sentido. Tras esta aceptación tendrá lugar la construcción de una estrategia de modificación de conducta permitiéndoles hallar un sentido a su existencia.

Es precisamente esta oscilación entre aceptación y transformación lo que conduce a Linehan a sugerir el elemento dialéctico como mecanismo equilibrador entre ambos componentes, consiguiendo romper la rigidez cognitiva, emocional y comportamental, así como la tendencia a la polarización de los pacientes con TLP.

El holismo (es un modelo integrador que se centra en la demanda del paciente más que en una guía de tratamiento) y la síntesis (los terapeutas buscan que el paciente logre obtener un equilibrio entre la polaridad de los pensamientos dicotómicos) son conceptos inherentes a lo dialéctico que facilitan el movimiento durante la terapia.

Estas tres estrategias — cambio, aceptación (validación), y comprensión dialéctica —, así como las teorías en la cuáles están basadas, se constituyen en los pilares de la TCD (ver figura 3).

Figura 3: Interacción estrategias de la TDC



Fuente: Gempeler (2008)

2.4.1. Modalidades de intervención de la TDC

La TDC conlleva el trabajo conjunto tanto del terapeuta como de un equipo multidisciplinar que apoya e interviene. En cuanto a las modalidades de intervención están son cuatro:

1. La terapia individual, donde el terapeuta individual es el terapeuta primario, el que realiza el grueso de la intervención y el que se encarga de mantener la motivación del paciente.
2. El contacto telefónico, que es un apoyo importante para evitar las automutilaciones, tentativas suicidas, etc.
3. Grupos de consulta terapéutica, donde los terapeutas se apoyan entre sí ante las dificultades originadas en el tratamiento, así como en el mantenimiento de la posición dialéctica.

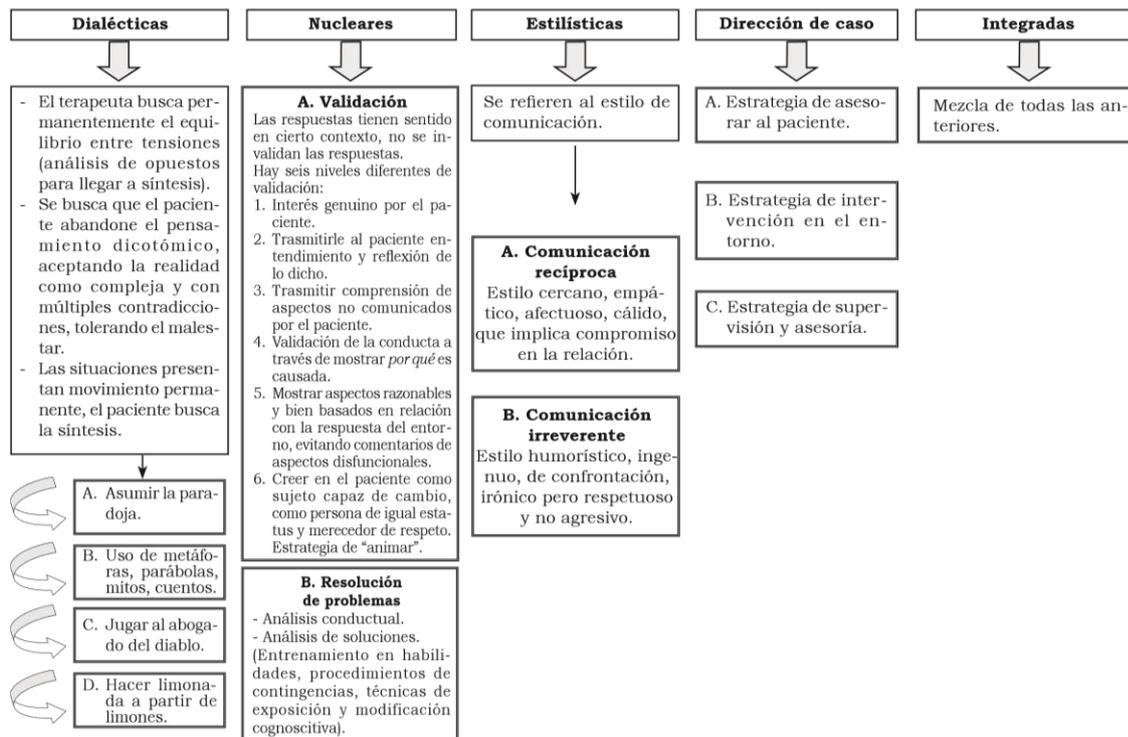
El entrenamiento grupal en estrategias de afrontamiento sociales, donde se entrenan habilidades centrales de toma de conciencia activa y atención plena, recursos de efectividad interpersonal (asertividad, autoestima, etc.), estrategias de modulación y gestión de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar.

En cuanto al ambiente terapéutico este se estructura de forma conjunta a través del terapeuta, el paciente y su familia. Lo que se pretende es que no haya un reforzamiento diferencial de comportamientos y que no se castiguen específicamente determinados comportamientos efectivos ni refuercen comportamientos desadaptativos.

2.4.2. Estrategias de intervención de la TDC

Entre las diversas estrategias de intervención que utiliza la TDC encontramos: dialécticas, nucleares, estilísticas, estrategias de dirección del caso y estrategias integradas (ver figura 4).

Figura 4: Estrategias de intervención de la TDC



Fuente: Gempeler (2008)

La TDC propone un modelo de tratamiento que incluye la intervención individual con el paciente y los grupos terapéuticos de habilidades. Según este modelo, las alteraciones emocionales y conductuales propias del TLP son mantenidas por un ambiente invalidante que refuerza las conductas disfuncionales. El fin del tratamiento sería en primer lugar abordar las conductas que pueden suponer un riesgo vital para el paciente (conductas autolíticas) y entrenarlo en el manejo de conductas más adaptativas en la interacción con su entorno, mitigando paralelamente otras conductas que pueden interferir negativamente en el éxito de la terapia para conseguir finalmente la validación y la aceptación de las propias experiencias personales. El formato grupal del programa de tratamiento pasa por varias fases que abordan en el inicio las conductas más disfuncionales (intentos autolíticos o heteroagresividad), posteriormente las conductas que interfieren en la terapia, la validación de los conflictos emocionales, la capacidad para regular las emociones, el mantenimiento de unas relaciones interpersonales satisfactorias, la resolución de

conflictos de la vida diaria y el entrenamiento de la capacidad para disfrutar de las experiencias personales (Navarro-Leis, y López, 2013).

2.4.3. Terapia dialéctica conductual aplicada al TLP-TUS

En cuanto a la aplicación de la TDC en un marco que incluya el TUS y el TLP, es necesario mencionar el abuso de sustancias en sus objetivos. La TDC estándar clasifica los objetivos conductuales de forma jerárquica.

Si nos centramos en los pacientes con TUS, el abuso de sustancias es el objetivo TDC de más alto nivel dentro de la categoría de comportamientos que interfieren con la calidad de vida. Los objetivos específicos incluyen, en este caso:

1. Reducir las sustancias de abuso tanto de las drogas ilícitas como los medicamentos.
2. Aliviar el malestar físico vinculado con la abstinencia y/o con la retirada.
3. Reducir los impulsos, deseos y tentaciones de abusar.
4. Evitar las oportunidades y las señales de abuso.
5. Reducir los comportamientos que conducen al abuso de drogas.
6. Aumentar el refuerzo comunitario de los comportamientos saludables (Dimeff y Linehan, 2008).

En la TDC, el enfoque dialéctico de la abstinencia combina: la insistencia continúa en la abstinencia total y el dar respuestas de resolución de problemas en las recaídas, exentas de prejuicios y que incluyan técnicas para disminuir los peligros de infección, de sobredosis y de otras consecuencias negativas.

Así mismo, la TDC enseña al paciente la habilidad conductual de anticipar las posibles señales de riesgo en el futuro inmediato. De este modo, el paciente puede preparar respuestas adaptativas ante dichas situaciones (Dimeff y Linehan, 2008).

Durante el proceso de búsqueda de la abstinencia dialéctica, el paciente pasa de la "mente adicta" (pensamientos, creencias, acciones y emociones bajo el control de las drogas) a una "mente limpia" (sin consumo de drogas, pero sintiéndose inmune a los problemas futuros, lo que puede preparar el escenario para recaídas). La alternancia entre ambas mentes, promueve la aparición de un tercer estado: la "mente clara", en la cual el paciente disfruta de la abstinencia sin dejar de ser totalmente consciente de la proximidad y de las tendencias de la mente adicta (Dimeff y Linehan, 2008).

3. Variables asociadas a la eficacia y evaluación de las TCC en PD

3.1. Variables de efectividad en las TCC

A continuación se exponen las variables descritas en la literatura que subyacen a la efectividad en los tratamientos cognitivo-conductuales en la patología dual (TLP-TUS). Estas variables adquieren una gran importancia en el desarrollo de estrategias terapéuticas para la práctica clínica con estos pacientes.

1) Evolución TP

En el tratamiento de los pacientes “duales” es importante conocer el impacto que tiene la gravedad de la sintomatología que ejerce el TP (TLP) independientemente de la adicción a sustancias. De este modo, conoceremos qué cambios se producen en el paciente cuando el TP no coexiste con la adicción a sustancias. Se sabe que los rasgos de la personalidad varían lentamente, mejoran o empeoran según coexisten con la adicción (Cohen y Crawford, 2007). No obstante, siguen un curso más o menos regular cuando las personas no consumen drogas.

Por otro lado, una evolución lenta en la recuperación, no implica obligatoriamente un tratamiento ineficaz. Al contrario, puede ser un indicador de buen pronóstico debido a que la permanencia en el tratamiento se relaciona con una tasa de remisión más elevada a la comparada con la remisión espontánea (Gunderson y Gabbard, 2002). Así mismo, se encuentran diferencias considerables entre los diferentes trastornos ya que mientras los trastornos límite, histriónico y narcisista de la personalidad mejoran con el tiempo, los del grupo “A” y el TP obsesivo-compulsivo, esquizoide y esquizotípico no (Pérez, 2003).

2) Relación entre droga y TP e impacto de su concomitancia en el tratamiento

A pesar que frecuentemente los estudios han asociado el TP con el abuso de determinadas drogas, los resultados de estos no son del todo concluyentes. Por ejemplo, Pedrero (2002) concluye que no existen diferencias significativas entre las dimensiones de la personalidad medidas y la droga principal de consumo, consecuentemente la vinculación entre TP y sustancia no se demuestra con claridad. Por otro lado, explica un estudio donde hay asociación clara.

Tradicionalmente y tal y como ya se ha comentado en puntos anteriores en la literatura se ha vinculado la coexistencia de TP-TUS con una evolución y pronóstico negativo del tratamiento recibido (Zanarini, 2010; Ferrer et al., 2011). Más

específicamente, se cree que el solo diagnóstico de TP en un paciente con adicción a sustancias afecta negativamente a la evolución de los síntomas y a su pronóstico (Rounsaville, Dolinsky, Sabor y Meyer, 1987). Además, la comorbilidad de estos dos trastornos puede aumentar la probabilidad de aparición de recaídas en el abuso de sustancias.

Bagge et al. (2004), observan que el tratamiento de TP es más resistente y con una peor evolución cuando intervienen los rasgos de impulsividad e inestabilidad emocional en la persona, muy característicos del TLP y vinculados a una peor interacción social. Otro ejemplo del impacto de la coexistencia de TP y TUS es lo que sucede con las expectativas de autoeficacia. Éstas adquieren un rol muy relevante en el tratamiento de la adicción a sustancias (Llorente e Iraurgi-Castillo, 2008). En las fases iniciales del tratamiento, el grado de autoeficacia correlaciona con la evolución, sin embargo, en las fases posteriores el peso recae en mayoritariamente sobre los patrones de personalidad. Por otro lado, la autoeficacia percibida depende, de algún modo, de los rasgos de personalidad, dándose una relación inversa entre la autoeficacia y la gravedad del Eje II, exceptuando en el trastorno obsesivo-compulsivo donde se da una relación directa entre ambas variables (Chicharro, Pedrero y Pérez, 2007).

3) Patrones de consumo de sustancias tóxicas y el TP

La relevancia de conocer esta relación reside en identificar los factores de riesgo para el consumo. Esto se debe a que las variables que favorecen la aparición como por ejemplo el *craving* “deseo de experimentar los efectos de una sustancia psicoactiva que ha sido probada previamente” (Lopez y Becoña 2006) durante el tratamiento están asociadas con las pautas de consumo de drogas. Algunos estudios como el de Martínez-González, Graña y Trujillo (2009) muestran que pacientes alcohólicos con TP, en comparación con los que no presentan esta psicopatología, tienen un patrón de consumo caracterizado por una vulnerabilidad para afrontar determinadas circunstancias ambientales y acontecimientos estresantes. Herrero (2004) también muestra que, en función de la psicopatología en el Eje II, existen diferencias en relación a la historia toxicológica del paciente. Así pues, los pacientes con TP presentan una historia toxicológica más larga que los pacientes sin TP. A la luz de estos estudios y como sugieren Fernández y Gutiérrez (2005), la presencia de TP si parece influir en el patrón de consumo de drogas propiciando pautas específicas de consumo de tóxicos.

4) Motivación del paciente

El éxito del tratamiento de TP-TUS depende en gran medida, de la motivación intrínseca del paciente, es decir, de las ganas intrínsecas que tenga de mejorar los síntomas de su trastorno (Medialia y Richarson, 2005). En este sentido, la motivación es una variable que convierte el TP en un predictor de recaída para los pacientes menos motivados pero no para los más motivados (Mueser et al., 1997).

Es importante abordar la motivación del paciente hacia el tratamiento como una variable central teniendo en cuenta que esta va a potenciar, nuevamente, la adherencia al tratamiento. Se trata de un mecanismo de cambio terapéutico, encaminado a superar la sintomatología asociada a las conductas de consumo de sustancias y a aprender estrategias de afrontamiento eficaces para superar la dependencia a la sustancia así como aquellas características de personalidad que asociadas a una recuperación terapéutica más difícil (Martínez-González y Trujillo, 2005).

5) Adherencia terapéutica y tiempo de tratamiento

Se convierte en un aspecto clave debido a que un porcentaje elevado de pacientes abandonan el tratamiento durante los tres primeros meses (Robinson y Berridge, 2003). Además, esta variable también es un indicador de la efectividad del tratamiento a largo plazo (Hernández, Acosta y Perereira, 2009). Skodol (2007), constata que la adherencia al tratamiento a largo plazo en pacientes con TP puede ocasionar una mejora de los síntomas y por tanto su funcionalidad en su día a día.

A pesar de que son diversas las variables que influyen en la adherencia terapéutica, los pacientes con TP que no abandonan el tratamiento pueden ser tratados con efectividad. Jackson (2002) considera que la permanencia en un mismo tratamiento reduce la probabilidad de abandono y los tratamientos más largos se vinculan a mejores resultados en general.

Los estudios realizados sobre la efectividad del tratamiento muestran un denominador común: la adherencia al tratamiento psicológico el tiempo necesario. En general, existe consenso científico acerca que los pacientes que consiguen adherirse al tratamiento durante el tiempo necesario logran mejoría de los síntomas clínicos (Bender, 2007). La adherencia al tratamiento durante un período determinado es clave e independientemente del modelo de intervención psicológica que se utilice. Cuanto mayor es el tiempo de adherencia al tratamiento, menor es el consumo y mejora el estado de salud y la adaptación social (Grella, Stein, Weisner, Chi y Moos, 2010).

Los pacientes duales tienen ciertas características de homogeneidad en cuanto a la gravedad, evaluación psiquiátrica y seguimiento y ,en algunos casos, han sido reevaluados y rediagnosticados tras ver la evolución de sus síntomas, cuando habían permanecido en el programa el tiempo suficiente para descartar sintomatología secundaria a intoxicación o abstinencia (Madoz-Gúrpide, Vicent, Fuentes y Mangado, 2013).

6) *Relación terapéutica*

En referencia a la relación terapéutica, ésta adquiere un peso relevante al influir sobre la voluntad del paciente ante el hecho de permanecer o abandonar el tratamiento (Fan, McCandliss, Sommer, Raz y Posner, 2002).

Por otro lado, algunos estudios exponen que la etiqueta diagnóstica *per se* de TP influye negativamente en el terapeuta a la hora de establecer la relación terapéutica. Esto se observa, por ejemplo, con pacientes del Cluster B con los que establecer un clima terapéutico adecuado se convierte en una ardua tarea (Millon y Davis, 2001). Con todo esto, la variable predictora más significativa para explicar la evolución y el pronóstico del tratamiento terapéutico es la alianza terapéutica.

El conocimiento específico de la personalidad del paciente será esencial para establecer la alianza terapéutica así como elaborar los objetivos de trabajo terapéutico. Por ejemplo, Gunderson y Gabbard (2002), sugieren que el egocentrismo y la independencia son predictores de abandono de tratamiento, mientras que la capacidad del paciente de establecer vínculos efectivos es un predictor de continuidad.

3.2 *Variables utilizadas para evaluar las TCC*

A partir de la literatura revisada, y teniendo en cuenta los aspectos que predisponen a la efectividad en las intervenciones, a continuación se describen las variables que se utilizan para evaluar la efectividad de la intervención:

1) *Conductas autolesivas:*

Las conductas autolesivas son muy habituales en pacientes con PD. Se cree que entre el 60 y 80% de los pacientes con TLP las presentan de manera frecuente (Espinosa et al., 2009). Estas conductas son responsables de frecuentes hospitalizaciones en esta categoría clínica e implican de manera habitual complicaciones médicas y sociales. Los comportamientos autolesivos constituyen un

extenso abanico de distintas conductas, las cuáles pueden tener un componente de autólisis o no. La existencia de malestar psicológico (padecimiento) predispone de *per se* riesgo suicida, muy característico en estos pacientes. Para Gunderson (2002) los pacientes límite realizan estas conductas con el objetivo de: superar el dolor psíquico, autocastigarse, controlar las emociones, ejercer control sobre los demás y expresar ira y rabia. Esta variable, en los estudios se ha usado de manera cuantitativa para evaluar la eficacia de la intervención.

2) *Ideación y conducta suicida:*

La ideación, pero sobre todo la conducta suicida, es el síntoma más grave y que más requiere de recursos personales y médicos (con unidades especializadas para estos pacientes) en la PD. Tal y como ya se ha dicho en el marco teórico, el suicidio consumado tiene una frecuencia de hasta el 10% en pacientes duales (París 2008), por tanto, constituirá un elemento fundamental a abordar en las diferentes intervenciones psicológicas. Además, se sabe que es más frecuente en mujeres que tienen rasgos antisociales o disociales, comparado con hombres con iguales características clínicas, así como en pacientes con elevada disregulación emocional (cluster B). Esta variable, constituye la preocupación principal durante los ingresos y suele ser la causa de derivaciones hacia modelos de intervención más contenedores (Sampietro y Buratti, 2012). Soloff y Chiappetta (2012) concluyen que en pacientes con TLP el riesgo de suicidio aumenta si hay afección psiquiátrica del eje I vinculada. Concretamente, si existe sintomatología depresiva y trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno por uso de sustancias, uso de sustancias anterior al intento de suicidio y trastorno por estrés postraumático (Sampietro y Buratti, 2012). Por otro lado, Sollof y Fabio (2008), observan que las hospitalizaciones aumentan el riesgo de suicidio, mientras que el apoyo familiar, social y ocupacional lo disminuyen. Consecuentemente, la ideación y conducta suicida constituye una variable importante para evaluar la eficacia de la intervención.

3) *Disregulación emocional*

Desde la perspectiva de la teoría biosocial, la disfunción primaria del TLP sería la disregulación emocional (Lineham, 1993a). Como ya se ha comentado, la disregulación emocional está relacionada con muchos de los síntomas inherentes del TLP, como son las relaciones interpersonales inestables, las dificultades de identidad, los síntomas depresivos, la ansiedad, el afecto negativo y las conductas impulsivas (Carpenter y Trull, 2003; Cheavens, Strunk y Chiri, 2012). Así mismo, según Cheavens, Strunk y Chiri (2012) que evaluaron la importancia de distintos factores vinculados con el TLP, la disregulación emocional parecería ser el elemento

más característico de este trastorno. Igualmente, Lineham (1993a) reportó que la expresión secundaria de dicha disregulación emocional sería la disfunción observada en otras sintomatologías como: la interpersonal (p.ej., temor al abandono), la del *self* (p. ej. Vacío), la cognitiva (p.ej. disociación) y la conductual (p. ej. tentativas de suicidio). Éstas, a modo retroactivo, intervendrían como potenciadores de la misma (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004). Leichsenring et al. (2011) sugieren que los pacientes duales muestran serias dificultades para controlar las propias emociones y autorregularse de manera adecuada. Además, las relaciones que establecen suelen caracterizarse por ser intensas e inestables. Esto puede desencadenar en comportamientos autolesivos como por ejemplo cortes superficiales en los antebrazos muy frecuentes o intentos de suicidio.

En la variable de la disregulación emocional los aspectos que mejor la definen y que más deberían trabajarse en terapia serían, según Lineham (1993a), el control de una alta reactividad emocional, la elevada sensibilidad a los estresores y el retorno lento a la línea base emocional que se caracteriza por un estado basal emocional negativo de elevada intensidad (Kuo y Lineham, 2009). Reisch, Ebner-Priemer, Tschacher, Bohus y Linehan (2008), sugieren que los pacientes con TLP presentan una respuesta afectiva más elevada y una mayor intensidad emocional en comparación con controles sanos, otros trastornos de la personalidad, trastorno bipolar o depresión. De la misma manera, Kuo y Lineam (2009) concluyeron que pacientes con TLP presentaron significativamente, una mayor intensidad en emociones negativas a nivel basal y una mayor vulnerabilidad biológica en comparación a ambos grupos controles.

Por otro lado, Carpenter y Trull (2013) consideran que los patrones conductuales problemáticos que aparecen frecuentemente en los pacientes límite, corresponderían a estrategias desadaptativas para la regulación emocional de las emociones negativas (Selby, Anestis, Bender y Joiner, 2009). Así mismo, algunas de las conductas impulsivas de los TLP podrían derivar de las dificultades en la regulación emocional.

4) Impulsividad

La impulsividad es un constructo multifactorial y está muy relacionado con la eficacia de las intervenciones. Se puede definir y evaluar desde dos perspectivas distintas. Por un lado, como un rasgo de la personalidad asociado a la tendencia de llevar a cabo acciones sin que exista planificación ni reflexión previa. Por otro lado, desde un

punto de vista neuropsicológico vinculada a la incapacidad de atender de forma sostenida ante un estímulo o tarea concreta, así como de tomar decisiones que conlleven una gratificación no inmediata.

Leichsering, Leibing y Kruse (2011), sugieren que la impulsividad ejerce un rol mediador tanto en el abuso de sustancias como en la conducta suicida. Específicamente, parece ser que la falta de control en la inhibición de respuesta sería una característica nuclear del TLP (Coffey, Schumacher, Baschnagel, Hawk y Holloman, 2011). Así mismo, según Biskin y Paris (2012) los pacientes límite recurren a los intentos de suicidio o autolesiones para regular las emociones vinculadas a los acontecimientos estresantes. Tales conductas pueden ejercerse de forma compulsiva sin intención suicida para disminuir la angustia. Estas conductas son variables a tener en cuenta para evaluar la eficacia de las intervenciones en pacientes duales.

Diversos estudios en los que se evaluó la impulsividad como rasgo de la personalidad, concluyen que los TLP presentan puntuaciones más elevadas en relación a valores normativos u otros trastornos psiquiátricos (Berlin, Rolls y Iversen, 2005; Domes et al., 2006).

Con toda esta información acerca de la efectividad de las TCC en PD, queda patente que los rasgos de impulsividad y disregulación emocional son dos variables estrechamente relacionadas (Clarkin y Posner, 2005). De hecho, incluso algún estudio sugiere una interacción significativa entre las emociones negativas del paciente y el control de los impulsos de éste (Chapman, Leung y Linch, 2008). Consecuentemente, se sabe que la impulsividad y la disregulación emocional tienen una relevante influencia en la ideación y conducta suicida. De esta manera, ambas variables deben de ir de la mano en cualquier intervención psicoterapéutica.

Un factor que parece estar claro y que ha sido corroborado en diferentes estudios es que la presencia de un diagnóstico de TLP comórbido a otro diagnóstico psiquiátrico, como por ejemplo TUS, aumentaría la impulsividad autorreportada (Carpiniello et al., 2011). Los TLP suelen manifestar conductas impulsivas en una o más áreas peligrosas para sí mismos, constituyendo uno de los criterios diagnósticos más importantes (criterio 4 del DSM-V mencionado anteriormente). Entre las conductas impulsivas más frecuentes de los pacientes límite y que pueden acarrearles graves consecuencias a nivel orgánico se encuentran: las conductas autolesivas, el consumo abusivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el deficiente

cumplimiento de las pautas farmacológicas y las prácticas sexuales de riesgo. Estas conductas estarían relacionadas con evaluación de la efectividad de las intervenciones.

En una revisión reciente elaborada por Sampietro y Buratti (2012) se concluye que la impulsividad de los pacientes con TLP aumenta el riesgo de intentos de suicidio, correlacionando más con el número de intentos que con su letalidad. La impulsividad y la inestabilidad emocional, al impedir el uso de estrategias de afrontamiento eficaz ante episodios vitales adversos, propician la aparición de conductas autolíticas, que a su vez aumentan el riesgo de suicidio consumado.

Oldham, Bender y Skodol (2007) reportaban que la impulsividad y la ira excesiva son las características del TLP que conducen a la violencia, así como a las relaciones inestables e interpersonales intensas.

5) *Ansiedad y depresión:*

La ansiedad y la depresión, como se ha comentado anteriormente, constituyen dos variables que se han usado en la literatura para evaluar la eficacia de la intervención. Se encuentra, que los pacientes límite presentan una clara tendencia a asociarse con otras categorías diagnósticas, tanto del Eje I como del Eje II del DSMV como ya se ha comentado anteriormente. Por un lado, la comorbilidad entre el TLP y los trastornos de ansiedad predice una peor evolución, una mayor propensión a la cronicidad sintomatológica y una mayor cantidad de tratamiento farmacológico, en comparación con aquellos pacientes sin comorbilidad con TLP (Duck, Bruce y Keller, 2001). Por otro lado, la comorbilidad del TLP con los trastornos del estado de ánimo predice una calidad de vida peor, un número de hospitalizaciones alto y un riesgo de suicidio elevado (Zanarini et al., 2003).

6) *Calidad de vida*

[OMS (THE WHOQOL Group, 2004)] define la calidad de vida (CV) como: «*la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses*». Aunque la CV puede medirse de diversas maneras, mayoritariamente se piensa que se deben tener en cuenta para su evaluación, al menos, los dominios físico, psicológico y social (Morales-Manrique et al., 2006). Durante los últimos años se está utilizando la variable CV como indicador de los resultados de la intervención terapéutica en adicción a sustancias (Morales-Manrique et al., 2006).

A nivel global de la PD, se ha empleado la CV como medida de la efectividad del tratamiento. Los estudios sugieren que la presencia de TP influye negativamente sobre la CV. Así mismo, los rasgos de personalidad de las personas adquiere un papel relevante en el modo de percibir la CV (Karow et al., 2008).

El estudio de Cramer, Torgersen y Kringlen (2006), muestra que en función del tipo de trastorno de personalidad puede diferir el nivel de CV percibido. Los peores niveles de CV los encontramos, por orden, en: trastorno por evitación, trastorno límite, trastorno esquizotípico, trastorno dependiente, trastorno paranoide, trastorno esquizoide y trastorno antisocial. Por el contrario, el trastorno histriónico y el trastorno narcisista presentan una mejor CV percibida por los pacientes. A medida que el paciente percibe una mejor CV (muy frecuente al inicio del tratamiento), mejoran significativamente los síntomas de autorregulación de las habilidades de afrontamiento ante diferentes experiencias, el locus de control interno, la autoeficacia y la autoestima. Incluso, autores como Rodríguez-Cano, Olivencia-Lorenzo, López-Ríos y del Pulgar (2016) consideran fundamental el entrenamiento y mejora de estas variables en los programas de prevención de recaídas.

7) *Funcionamiento o ajuste psicológico:*

Una variable muy relacionada e influyente en la percepción de la CV es el ajuste psicológico (Lozano, Rojas y Pérez, 2008). A menor capacidad de ajuste psicológico menor nivel de CV percibido (Smith y Larson, 2003). Dicha relación apoyaría la hipótesis de que los individuos usan su estado afectivo momentáneo como información para realizar juicios sobre su felicidad o satisfacción vital, valoración muy importante en la patología dual (Lozano, Rojas y Pérez, 2008).

Otro aspecto de gran relevancia es el papel que las creencias irracionales ejercen sobre el *craving* y el ajuste psicológico y a la inversa. Específicamente, el ajuste psicológico influye en el grado en el que los pacientes se identifican con sus creencias irracionales muy relacionadas con el *craving*. Este mecanismo podría ejercer un potente factor de riesgo indirecto para las recaídas. Los pacientes que se identifican con creencias irracionales usan estrategias de afrontamiento basadas en la fuerza de voluntad únicamente. Este hecho parece ser poco efectivo a largo plazo e influye negativamente en la CV (Beck, 1999).

8) *Craving*

Según Pérez de los Cobos et al. (1999, citado en López y Becoña, 2006), la definición de *craving* más aceptada es la de “deseo de experimentar los efectos de una sustancia psicoactiva que ha sido probada previamente”. Beck et al. (1999,

citado en González, 2009) identificaron los siguientes cuatro tipos de *craving* en PD que determinarían la eficacia del tratamiento:

1. Respuesta a los síntomas de la abstinencia. Cuando se experimenta la disminución del grado de satisfacción que se encuentra en el uso de la droga, pero con un incremento de sensación de malestar interno cuando se deja de consumirla.
2. Respuesta a la falta de placer. Cuando se siente aburrimiento o no se tienen habilidades para encontrar formas prosociales de divertirse, por lo cual se desea mejorar el estado de ánimo “automedicándose”.
3. Respuesta “condicionada” a las señales asociadas con drogas. Cuando los pacientes asocian estímulos neutros (una esquina determinada de una calle, un número telefónico, un nombre, etc.) condicionados por una intensa recompensa obtenida de la utilización de drogas que inducen un *craving* automático.
4. Respuesta a los deseos hedónicos. Cuando el paciente combina una experiencia natural placentera con el uso de drogas (por ejemplo, cuando combina el sexo y drogas) que hace que se asocien, desarrollando un inicio de *craving*.

Existe un amplio consenso científico en considerar el *craving* como un factor muy importante en la dependencia de drogas, recaídas y la continuidad del consumo posterior, ya sea durante el tratamiento o bien tras periodos de abstinencia (Blasco et al., 2008). Consecuentemente, el *craving* es uno de los criterios que cuenta con más consenso científico para evaluar la eficacia del tratamiento en pacientes de PD.

9) Consumo de tóxicos:

El consumo de tóxicos es otra variable que adquiere un papel muy relevante dentro de la evaluación de la eficacia de las intervenciones en PD. Este consumo, puede derivar en cuadros de intoxicación, dependencia y síndrome de abstinencia, lo que dificulta el tratamiento, al tener que paliar en primera instancia la sintomatología derivada. Así mismo, se reporta que los síntomas variarán en función del tóxico objeto de abuso. En el caso de los pacientes límite, estos suelen abusar mayoritariamente del alcohol y el cannabis, sin embargo, entre estos, es muy frecuente la politoxicomanía con las complicaciones que se pueden derivar de la interacción entre los diferentes tóxicos (Pedrero, Puerta, Lagares y Sáez, 2003).

De este modo, el policonsumo se relaciona con peores resultados obteniéndose menores porcentajes de altas terapéuticas. El hecho de tener en cuenta esta variable en las intervenciones permitirá identificar de forma precoz a aquellos pacientes que tienen más riesgo de abandonar el tratamiento apresuradamente con

el fin de prevenirlo aumentando la intensidad terapéutica (Madoz-Gúrpide et al., 2013).

10) Funcionamiento social e interpersonal:

Como se ha comentado ya, los pacientes duales buscan el cuidado de los demás y tienen una gran capacidad para conseguir la atención y dedicación de las personas relevantes de su entorno más cercano. Al mismo tiempo, estas conductas desadaptativas les generan en un primer momento, sentimientos de culpabilidad así como deseos de proteger a esa persona significativa. Con este fin, recurren al cuerpo y a los síntomas corporales a modo de reclamo. En algunas ocasiones las molestias físicas que padecen estos pacientes influyen positivamente ante la sintomatología típica de su patología. Dicha dolencia, les ayuda a justificar su inestabilidad, a llenar el vacío a través de la preocupación por ésta y a controlar su impulsividad (Rubio, 2001). Los vínculos inestables y desorganizados pueden provocar un sentido del yo inestable y desorganizado así como en una falta de identificación de las propias emociones, lo que a su vez derivará en impulsividad. Su dificultad para identificar correctamente los afectos les lleva a actuar impulsivamente debido a su baja tolerancia a las emociones negativas. De este modo, la dificultad que presentan los pacientes límite para identificar sus propios sentimientos puede estar debajo de la poca tolerancia al estrés, desinhibición e impulsividad propias de esta patología (Gaher et al., 2013). Se trata de pacientes que, ante separaciones de personas significativas para ellos, suelen reaccionar con conductas desadaptativas ya que se muestran excesivamente sensibles a la sensación de abandono. En la literatura, se ha observado como es importante abordar esta variable ya que conlleva reacciones con acusaciones injustas, ira inapropiada, automutilaciones o inclusive con intentos suicidas.

11) Sentimiento de vacío:

El sentimiento de vacío crónico, muy frecuente en el grupo de pacientes con TLP-TUS (Marco, García-Alandete, Pérez y Botella, 2014) es una especie de vivencia dolorosa acompañada de un sentimiento escéptico, de falta de sentido vital y de una incapacidad para percibirse como ser en el mundo y en el futuro. Este sentimiento, viene acompañado generalmente de apatía y de una grave desmotivación ante el establecimiento de proyectos vitales, principalmente si estos requieren esfuerzo constante y gratificación a largo plazo. Además, es un síntoma que tiende a permanecer, inclusive cuando los síntomas agresivos y emocionales remiten.

Específicamente, el sentimiento de vacío está estrechamente relacionado con el riesgo suicida en los pacientes TLP que, ante la ausencia de apoyos contenedores, pueden llevar a cabo actos de alta letalidad. Esta variable estaría estrechamente asociada con la evolución y eficacia de las intervenciones en pacientes duales.

Para estos pacientes, tolerar el sentimiento de soledad y el miedo que sienten al abandono, es una tarea muy complicada y cuando lo hacen, suelen experimentar un gran vacío emocional que en ocasiones puede desencadenar en intentos autolíticos potencialmente letales. Estas conductas generan representan una dificultad importante para el mantenimiento de las relaciones con los otros, (Gunderson, 2008).

3.3. Estudios sobre la efectividad de los tratamientos para pacientes con PD

Mediante la recopilación de diversos datos y estudios, este apartado pretende mostrar la efectividad de las TCC, y especialmente la TDC, en relación a las variables implicadas en la eficacia y evaluación de la intervención. De este modo, a continuación se describirán algunos datos y resultados obtenidos de la literatura científica revisada.

Hasta la fecha, no existe unanimidad sobre la terapia más efectiva entre la comunidad científica ni de profesionales. Sin embargo, Quiroga y Errasti (2001), tras una amplia revisión de la literatura existente, concluyen que únicamente la terapia de conducta clásica y la TDC (especialmente la TDC de Linehan) muestran evidencia científica en cuanto a la mejora de la sintomatología en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.

Sin duda, son múltiples los estudios realizados por Linehan, la creadora de la TDC, en su afán de mejorar y corroborar la eficacia de esta. Ya en la década de los 90, Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard (1991), realizaron un estudio con 44 sujetos con TLP. Los resultados de este, mostraron que la TDC en comparación con otros tratamientos habituales como la farmacoterapia y el *coaching* disminuía de forma efectiva las conductas problemáticas (suicidio, conductas autolíticas), las hospitalizaciones y las visitas al servicio de urgencias. Además, este tipo de psicoterapia mostraba una mejor adherencia al tratamiento y la mejora de la sintomatología permanecía tras un año de la finalización del tratamiento (Linehan et al., 1991). Un año después, Shearin y Linehan (1992) mediante un estudio de 4 casos clínicos tratados con TDC afirman que esta terapia mejora los

comportamientos problemáticos como los intentos de suicidio, autólisis, demanda de asistencia médica, etc. Además, estos autores también realizan dos estudios más con un número de muestra grande en los cuales se compara la eficacia de la TDC junto con la TAC y la terapia de aceptación y compromiso por sí sola. Los resultados muestran que la TDC añadida a la terapia de aceptación y compromiso produce una mejora significativa de los síntomas clínicos comparada con aquellos pacientes que únicamente realizaron la terapia de aceptación y compromiso. Esta mejoría clínica sobre todo, se vio en la conducta de suicidio. Estos mismos resultados, fueron confirmados en tres estudios posteriores, mostrando que la eficacia clínica de la TDC era estadísticamente superior al grupo que había recibido TAU. No obstante, cabe remarcar que se observó una tasa de abandono mayor que en el estudio original (Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003; Bohus et al., 2004).

Poteriamente, (Linehan et al., 2006) volvieron a replicar los resultados de la eficacia de la TDC en un diseño longitudinal de dos años de duración (un año de tratamiento propiamente dicho y otro de seguimiento de los pacientes), comparando la TCD con el tratamiento dado por expertos en comportamiento suicida y TLP, encontrando que la TCD estuvo asociada a mejores resultados en la mayoría de la áreas medidas (comportamientos suicidas, utilización de servicios de emergencia y funcionamiento psicológico general). De este modo, se constató que la TDC es más eficaz que una terapia no conductual en cuanto a la disminución de automutilaciones, intentos de suicidio, visitas a urgencias y el número de hospitalizaciones de estos pacientes. En el estudio de Linehan et al. (2006) se señala que la efectividad de la TCD no puede ser atribuida al hecho de que la terapia sea administrada por expertos.

Este mismo año, distintos estudios llevados a cabo por la propia Linehan y las revisiones de varios trabajos por parte de Brazier et al. (2006) reportan evidencias de que la TDC podría ser más eficaz que el TAU y a la Terapia Centrada en la Persona.

Del mismo modo, en otro estudio posterior, Linehan et al. (2008) concluyeron que los pacientes con TLP que fueron tratados con la TDC redujeron la irritabilidad, las agresiones, las autolesiones y la depresión.

Lo que reporta la literatura es que la TDC ha sido adaptada por la autora y su grupo para facilitar la abstinencia y reducir la cantidad y gravedad de las recaídas, y los ensayos clínicos realizados parecen indicar que la TDC es un tratamiento útil también en estos casos (Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002; Dimeff y Linehan, 2008).

Un año después de este estudio, Linehan (2009), habla sobre la importancia del *mindfulness* en la TDC, reportando que en los pacientes límite, el *mindfulness* es una herramienta importante para integrar la habilidad de entregarse completamente a una actividad y es un recurso que favorecería la eficacia de la intervención. Así mismo, considera que también es útil para dotar al paciente de mecanismos de acción que favorecen a una disminución de la sintomatología del TLP. Entre estos mecanismos encontramos: la auto-regulación, la integración de aspectos disociados del *self*, la aceptación, la relajación y la clarificación de valores.

En relación al consumo de sustancias (Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002; Dimeff y Linehan, 2008) reportan que la TDC resulta ser eficaz en la reducción de síntomas asociadas a esta patología. Específicamente, un trabajo de Linehan, Schmidt, Dimeff (1999) y otros comparan dos grupos de pacientes duales, con diagnóstico de TLP y TUS. Un grupo de mujeres fue asignado a TDC y otro a los programas usuales. La primera diferencia es en torno al abandono del tratamiento, mientras que el 36% abandonó la TDC el 73% abandonó los programas usuales. En los análisis urinarios de seguimiento de la abstinencia y las recaídas también los resultados fueron significativos.

Igualmente, Zgierska et al (2008) realizaron un estudio piloto en la que se evaluó la viabilidad y eficacia del *mindfulness* en la prevención de recaídas de conductas adictivas en 19 sujetos con dependencia del alcohol mediante un tratamiento hospitalizado intensivo. Los resultados globales reportan garantías empíricas de que el *mindfulness* es un tratamiento eficaz y un marco teórico de apoyo en los trastornos de consumo de drogas. Así mismo, la reducción del deseo y del consumo de sustancias así como el aumento de consciencia de enfermedad y la aceptación ofrecen una evidencia inicial de su eficacia.

Un año después, Brewer et al. (2009) compararon los efectos del entrenamiento *mindfulness* y la TCC entre individuos con trastornos por consumo de alcohol y/o cocaína, asignados al azar. Los resultados del estudio señalaron que el grupo *mindfulness* mostraba respuestas psicológicas y fisiológicas más reducidas frente al estrés en comparación con el grupo TCC.

Por otro lado, una revisión sistemática Brazier et al. (2006) donde evaluaron si en el TLP las terapias psicológicas eran eficaces en la reducción de conductas autolesivas y de suicidio, en la disminución del uso de los servicios de salud mental, urgencias y admisiones hospitalarias, en la mejora del funcionamiento psicológico, social e

interpersonal, así como en la mejora de la CV. En relación a la efectividad clínica, se concluyó que existe cierta evidencia a favor de la TDC, siendo ésta más efectiva que el TAU y que la terapia centrada en el paciente en mujeres con conductas crónicas de tipo parasuicida y de drogodependencia.

En esta misma línea, otros autores como Pasieczny y Connor (2010), mostraron en su estudio que el grupo de TDC presentó una mayor reducción en intentos de suicidio, autolesiones, consultas de urgencias, número de hospitalizaciones y tiempo de estancia en hospitalización frente al grupo de TAU. Así mismo, el grupo TDC obtuvo puntuaciones más bajas en depresión, ansiedad y severidad psicopatológica.

Igualmente, Harned et al. (2006) realizaron un estudio comparativo de la eficacia de la TDC y el tratamiento comunitario realizado en un grupo de mujeres con PD. Los resultados del estudio mostraron que las mujeres que habían recibido la TDC redujeron su dependencia al alcohol y drogas, así como aumentaron sus periodos de abstinencia y las remisiones en comparación con las que habían recibido el tratamiento comunitario.

Durante esa misma época, Kroger y Kosfelder (2007, 2010) investigaron mediante un meta-análisis cuál era la evidencia empírica global de la TDC en el trastorno límite de la personalidad. A nivel general, se concluyó que la TDC parece ser el tratamiento de elección para los pacientes con TLP, siendo eficaz para la disminución de las conductas autolíticas y los intentos de suicidio, así como en la mejora del ajuste social. Igualmente, Axelrod, Perepletchikova, Holtzman y Sinha (2011) reportan mediante su estudio, que las mujeres con PD que recibieron tratamiento de TDC mejoraron en regulación emocional y estado de ánimo y disminuyeron en frecuencia de consumo o abuso de sustancias. Así mismo, sugieren que el desarrollo de habilidades efectivas de regulación emocional da lugar a un mayor control del comportamiento en pacientes duales, así como a una disminución de la impulsividad, de las conductas autolíticas y del consumo de sustancias. De la misma manera, una revisión realizada por Durán y Becoña (2008) muestra como la TDC es efectiva para el tratamiento del TLP en adictos, sin embargo, exponen una efectividad reducida de la TCC cuando coexisten TUS y TP. Más específicamente, Kienast y Foarster (2008) constatan la eficacia de la intervención cognitivo-conductual centrada en la prevención de recaídas en la que se prioriza la relación del consumo de drogas y los TP.

Al igual que Lineham, han sido muchos los autores que han dedicado sus investigaciones a evaluar y mejorar la efectividad de las TCC, y en concreto la TDC. Por un lado, Tyrer y Davidson (2003) propusieron el criterio del “cambio sintomático” para evaluar la efectividad de la intervención de la TDC. El “cambio sintomático”, se refiere a la evolución (mejoría o no) de la impulsividad, el funcionamiento social y la CV teniendo en cuenta que algunos síntomas se atenúan o se agraban a lo largo del ciclo vital. Ese mismo año, Tyrer et al. (2003) compararon la TCC con el TAU en pacientes con TLP. El estudio reporta que la TCC muestra una eficacia similar al tratamiento habitual, pero una frecuencia inferior de daño autoinfligido. Además, reporta que ambos tratamientos son eficaces en cuanto a la disminución de la sintomatología depresiva y de las conductas auto-agresivas. En esta línea, el ensayo *Borderline Personality Disorder Study of Cognitive Therapy* (BOSCOT, 2002-2004), determina una mejora clínica significativa de los pacientes límite tratados mediante TCC frente a los que recibieron el tratamiento habitual (García, Martín y Otín, 2010).

Otro autor comprometido en la investigación de la efectividad de la TDC es Soler (2009). Éste y sus colaboradores, a partir de un estudio, concluyeron que los pacientes con TLP que habían recibido TDC y tratamiento farmacológico, comparados con aquellos que habían recibido psicoterapia estándar en formato grupal (UGT) con tratamiento farmacológico, presentaron un número menor de abandonos en la terapia, una disminución significativa de la impulsividad, una menor puntuación en sintomatología psiquiátrica en general y ansioso-depresiva en particular. Del mismo modo, en otro de sus estudios, profundiza sobre aquellos componentes de la TDC que muestran una mayor eficacia en el tratamiento del TLP (Soler et al. , 2009). Estos autores pusieron a prueba la eficacia diferencial de la TDC frente a la psicoterapia habitual (TAU). Lo hicieron en relación al aprendizaje de habilidades para el manejo de los conflictos emocionales y de las relaciones interpersonales, el aprendizaje de estrategias para aumentar la tolerancia a la frustración y el *mindfulness* para mejorar el autocontrol emocional. Los resultados revelaron que los pacientes que aprendieron habilidades entrenadas concretamente en TDC mostraron un menor número de abandono de la terapia (34,5% en la TDC frente al 63,4% en el grupo TAU) y una disminución de la sintomatología ansioso-depresiva y de la impulsividad frente al grupo de psicoterapia TAU.

Igualmente, Clarkin et al. (2007) tras comparar pacientes con TLP que habían recibido la TDC, la terapia centrada en la transferencia (TFP) y la terapia dinámica de apoyo (TDA), concluyeron que los tres tratamientos obtuvieron cambios significativos en ansiedad, depresión, funcionamiento y ajuste social. La TFP y la

TDC presentaron una disminución significativa en reducción de conductas de suicidio a lo largo del tiempo comparado con la TDA. Por otra parte, Davidson et al. (2006), compararon un grupo de pacientes de TLP que recibió TCC con un grupo que recibió terapia de apoyo (TA). Los resultados fueron que el primer grupo disminuyó significativamente los intentos de suicidio y redujo la sintomatología psicopatológica y las creencias disfuncionales características en el TLP. De igual modo, tras un año de seguimiento desde la finalización de las intervenciones, el grupo TCC disminuyó significativamente la ansiedad situacional.

Otra revisión importante sobre la eficacia de la TDC fue realizada por Binks et al. (2006a). Estos publicaron una revisión sobre 7 estudios de ensayos clínicos aleatorizados con una muestra de 262 pacientes con TLP en la cual se concluyó que la TDC, comparada con los tratamientos habituales (TAU), es eficaz en la disminución del número de ingresos hospitalarios y en prisión. Mostró su eficacia en la mejora del malestar psicológico, disminuyendo los sentimientos de desesperanza, la ansiedad y las ideas de autólisis, así como en la reducción de la conducta suicida. Del mismo modo, frente a la terapia focalizada en el paciente [PFT, (Turner, 2000)], la TDC mostró que se reducían considerablemente las hospitalizaciones, los intentos de suicidio, la depresión y la ansiedad, así como la psicopatología general y la frecuencia de la ideación suicida.

Así mismo, en el ensayo clínico realizado a 58 mujeres, Van den Bosch, Verheul, Schippers y Van den Brink (2002), exponen que la TDC fue más eficaz que el TAU en la reducción de intentos de suicidio. Estas diferencias, a pesar que no fueron estadísticamente significativas, mostraron una clara tendencia a la significación (7% de los pacientes en TDC frente al 26% de los pacientes que recibieron el tratamiento ambulatorio habitual). Sin embargo, estos autores sí encontraron diferencias significativas en relación a la adherencia al tratamiento, siendo ésta mayor en el grupo tratado mediante TDC (63% en TDC y 23% en TAU) comparado con el otro grupo. Posteriormente, Van den Bosch et al. (2005) confirmaron, que las conductas impulsivas, las automutilaciones y el consumo del alcohol era significativamente menor en aquellas que recibieron la TDC frente a las que recibieron el TAU.

Estudios en los que se han evaluado los efectos que provoca, en los pacientes límite, el entrenamiento en *mindfulness*, reportan que éste se asocia a mejoras en algunos parámetros de la impulsividad (p. ej. habilidad para tolerar recompensas) y de la atención (p. ej. capacidad de inhibir respuestas). Igualmente, la práctica *mindfulness* se relaciona con una mayor capacidad de no-juzgar y no reaccionar, así

como con una disminución de la sintomatología límite. En conjunto, la literatura actual sugiere que el *mindfulness* es eficaz para el tratamiento del TLP y que tales intervenciones deberían focalizarse en trabajar aspectos actitudinales del *mindfulness*, como la capacidad de no-juzgar (Elices et al., 2016).

Cabe añadir que en general existe un consenso científico sobre los objetivos que deben perseguir las terapias psicológicas para mejorar la sintomatología dual como son aprender habilidades para mejorar las relaciones interpersonales, disminuir la intensidad y prevalencia de conductas autodestructivas, y aprender a comprender e integrar los conflictos internos y relacionales (Díaz, 2001; Madoz-Gúrpide, Vicent, Fuentes y Mangado, 2013).

Mediante esta revisión de la literatura existente se ha observado la relevancia que adquiere la TDC en la problemática de la PD, ya que parece ser la que cuenta con mayor número de estudios de eficacia. En esta línea, se contemplan al menos 7 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) identificados por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) y unos 10 estudios contemplados en la revisión sistemática de Brazier et al. (2006). Además del ya comentado estudio de Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg (2007) que comparaban con la TFP, los trabajos de Verheul con mujeres muestran mayor adherencia terapéutica y reducción de conductas autolíticas e impulsivas en comparación con tratamientos usuales. McMMain et al. (2009), encontraron equivalencia entre la TDC y los programas de tratamiento psiquiátrico bien especificado en cuanto a mejora sintomatológica. Así mismo, Carter et al. (2010) aplicaron un tratamiento TDC de 6 meses de duración en una muestra de pacientes femeninas, con terapia grupal para entrenamiento de habilidades y soporte telefónico, con mejora significativa de discapacidad (días en cama) y CV, si bien no encontró diferencias significativas en hospitalizaciones y conductas autolesivas frente a la TAU.

De entre las modalidades psicoterapéuticas de orientación cognitivo-conductual, , son muchos los autores que confirman que la TDC es el tratamiento mejor estudiado y sobre el que existen más datos de eficacia clínica en el tratamiento del TLP (Aramburú, 1996; Caballo, 2001; Soler, 2010). Otros estudios concluyen que versiones de terapia breve de la TDC pueden resultar efectivas en la reducción de síntomas (Stanley, Brodsky, Nelson y Dulit, 2007; Pasiieczny y Coonor 2010).

Igualmente, la TDC está reconocida como un tratamiento efectivo para el trastorno límite de la personalidad por la APA (2009). Se ha demostrado que conlleva un

aumento de la adherencia al tratamiento, una disminución del comportamiento suicida, de las hospitalizaciones psiquiátricas, del uso de sustancias, de la ira, de los problemas de conducta grave y de las dificultades interpersonales.

No obstante, y a pesar de que los resultados obtenidos son prometedores, investigaciones como las de Sanislow y McGlashan (1998), apuntan que en la mayoría de los tratamientos para los trastornos de personalidad (TTPP), incluida la TDC para el TLP, sólo se consiguen modificar algunos de los aspectos conductuales más graves como los intentos de suicidio pero no otras conductas también características del trastorno como el uso de los servicios sanitarios. Del mismo modo, autores como Kliem, Krogue y Kosfelder (2010) y Paris (2010) sugieren que siguen siendo necesarios los estudios de seguimiento a largo plazo que comparen la TDC con otras terapias estructuradas y específicas para el TLP.

Conclusiones

La PD, y concretamente la comorbilidad entre TLP y TUS, en la cual se ha centrado este trabajo, tiene importantes repercusiones clínicas, familiares, laborales y sociales. A lo largo de este trabajo, se ha expuesto una revisión bibliográfica exhaustiva acerca de la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en la PD. Si bien existen múltiples intervenciones a partir de las diferentes orientaciones psicológicas, la terapia que cuenta con más apoyo empírico en la PD es la TDC. Es en esta concretamente en la que se ha focalizado este trabajo.

A pesar de que hasta la fecha, no existen muchos estudios que aborden la eficacia de los tratamientos, el conocimiento profundo de éstas variables así como la interacción entre ellas, contribuirán a una mejor evolución y pronóstico de la patología. Estos factores, no solo repercutirán positivamente en la CV de los pacientes duales, sino que supondrán una reducción de las consecuencias negativas laborales y sociales además de una reducción del uso de los servicios sanitarios.

De toda la información recopilada, se reporta que las variables: evolución del TP, relación entre droga y TP e impacto de su concomitancia en el tratamiento, patrones de consumo de sustancias tóxicas y el TP, motivación del paciente, adherencia terapéutica y tiempo de tratamiento, y relación terapéutica, son las que subyacerían a la efectividad de los tratamientos cognitivo-conductuales en PD. Entre estas variables, las dos más importantes serían el tiempo de tratamiento y la adherencia a éste. La literatura describe, que independientemente de la terapia que se aplique, la permanencia en un mismo tratamiento disminuye la probabilidad de abandono, produce una mejora sintomatológica y, en consecuencia, una mayor adaptabilidad social. Asimismo, se destaca que los tratamientos psicológicos a largo plazo se asocian a una mejoría de la sintomatología y funcionalidad del paciente. Por lo tanto, se trata de dos variables que estarían estrechamente relacionadas con la efectividad de la intervención. El conocimiento profundo de estas variables sería un aspecto muy importante dado que se trata de pacientes, que como ya se ha comentado, presentan un elevado porcentaje de abandono durante los tres primeros meses de tratamiento.

Así mismo, otra de las variables relevantes y muy vinculada a la anterior, sería la motivación del paciente. La literatura científica demuestra que las ganas intrínsecas del paciente por mejorar su sintomatología marcará en gran medida el éxito del

tratamiento. De modo contrario, la falta de motivación, se convierte en un factor predictor de recaídas y de fracaso de la intervención psicológica. Teniendo en cuenta esta información, uno de los objetivos a marcar en las diferentes terapias sería precisamente promover y desarrollar estrategias para aumentar la motivación intrínseca del paciente.

Paralelamente, se observa que las variables más utilizadas para evaluar la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales en PD son: la cantidad de conductas autolesivas, la ideación y la conducta suicida, la ansiedad y depresión, la calidad de vida, el funcionamiento o ajuste psicológico, el *craving*, el consumo de tóxicos, el funcionamiento social e interpersonal, el sentimiento de vacío, la disregulación emocional y la impulsividad. Estas dos últimas, muy características de la sintomatología dual, son especialmente relevantes dado que se influyen mutuamente y repercuten en el resto de variables que estarían relacionadas con la efectividad. Por un lado, la disregulación emocional parecería ser el elemento más característico del TLP y estaría relacionada con otras variables de efectividad como son las conductas impulsivas, el funcionamiento interpersonal inestable, los síntomas depresivos y la ansiedad. Por otro lado, la impulsividad ejerce un rol mediador tanto en el abuso de sustancias como en la conducta suicida, observándose que los pacientes duales recurren a los intentos de suicidio y conductas autolíticas para regular sus emociones negativas y su frustración delante de situaciones vitales estresantes.

Igualmente, la ideación y conducta suicida constituyen unas variables esenciales para evaluar la efectividad del tratamiento al tratarse de un factor que interacciona negativamente en el buen desarrollo de éste. Así mismo, la literatura muestra que específicamente, la variable sentimiento de vacío, está estrechamente relacionada con el riesgo suicida en los pacientes duales (concretamente en la unión TLP-TUS) y, en consecuencia, en la evaluación de la eficacia de la intervención. Estas variables en general indican, como ya se ha comentado, una evolución y pronóstico no favorable por lo que las diferentes terapias deben tenerlo en cuenta y ofrecer estrategias para evitarlo.

El *craving*, considerado como un factor esencial en la dependencia de drogas y sus recaídas, es una de las variables que cuenta con un mayor acuerdo científico para evaluar la eficacia del tratamiento en pacientes de PD. Este elemento determinará en un grado elevado, como se ha visto en los diferentes estudios, la mejoría de los síntomas del TUS y, en consecuencia, la gravedad de la PD.

Por otro lado, como se ha mostrado en el trabajo y a partir de la revisión de la literatura existente, se podría decir que la terapia dialéctica conductual (TDC) es la opción psicoterapéutica cognitivo-conductual que cuenta con mayor evidencia científica acerca de su grado de eficacia. Este tipo de terapia, mediante el establecimiento de una serie de objetivos terapéuticos, conseguiría disminuir diferentes conductas negativas (conducta suicida, *craving*, etc.) y fomentar la adquisición de recursos personales para mejorar la sintomatología dual. En concreto, la TDC ha demostrado ser eficaz para reducir las tendencias suicidas y auto-lesivas, la impulsividad, el consumo de sustancias, el malestar emocional, la sintomatología límite en general y la ansioso-depresiva en particular, así como para mejorar la adherencia al tratamiento en la PD. En esta línea, sería interesante continuar investigando en esta terapia para corroborar los resultados de eficacia obtenidos y seguir ahondando en aquellos elementos que facilitarían una mejor evolución y tratamiento de la PD.

A pesar de ello, más allá de la eficacia demostrada de la TDC, la terapia de aceptación y compromiso, el *mindfulness* y la TCC también parece que empiezan a demostrar cierto grado de eficacia y validez empírica aunque en menor grado que la TDC. Específicamente, en los últimos tiempos el *mindfulness* ha adquirido un importante protagonismo y se está estudiando la eficacia de esta terapia asociada a la PD. En general, se podría decir que tampoco existe un número muy elevado de trabajos que aborden la eficacia en estas terapias con lo que haría falta un mayor abordaje investigador para conocerlas con mayor profundidad y poder ofrecer a los pacientes con PD diferentes terapias con eficacia similar demostrada.

No obstante, y a pesar de la gran relevancia que está adquiriendo la PD debido a su elevada prevalencia y a sus graves repercusiones psicopatológicas, clínicas y sociales, se necesita seguir investigando y ahondando en el conocimiento de esta compleja patología. A lo largo de la realización del trabajo, se ha podido ver como existe poca literatura científica que aborde la PD y la eficacia de las intervenciones psicológicas empleadas. Asimismo, en el futuro sería interesante seguir estudiando acerca de la PD en sí. Esto ayudaría a mejorar la CV de estos pacientes, a darles una atención asistencial complementaria que incluyera los dos trastornos, así como a reducir las consecuencias negativas laborales, sociales, familiares y personales.

Bibliografía

- Abram, K. M., & Teplin, L. A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: Implications for public policy. *American Psychologist*, 46(10), 1036.
- Aharonovich, E., Liu, X., Nunes, E., & Hasin, D. S. (2002). Suicide attempts in substance abusers: Effects of major depression in relation to substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1600-1602.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in europe: Results from the european study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (s420), 21-27.
- Álvarez, E. (2001). Terapia cognitivo-conductual del trastorno borderline de la personalidad. *Anales de Psiquiatría*, 17, 53-60.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic criteria from dsm-IV-tr* American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association, & American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: Author.
- Arroyo, G. R. (2010). Memoria científica formación en patología dual grave. *Consortio Hospitalario Provincial De Castellón*.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), 37-42.
- Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T. J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 279.
- Ball, J. S., & Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 63-68.

- Bateman, A. W. (2005). Psychological treatment of borderline personality disorder. *Psychiatry*, 4(3), 15-18.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias* Paidós.
- Berlin, H. A., Rolls, E. T., & Iversen, S. D. (2005). Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2360-2373.
- Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., & Duggan, C. (2006). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Library*,
- Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal De l'Association Medicale Canadienne*, 184(16), 1789-1794. doi:10.1503/cmaj.090618 [doi]
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E., & Didia-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20(4), 365-376.
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2011). Manual de trastornos adictivos. *Recuperado De [Http://www.Adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.Pdf](http://www.Adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.Pdf)*.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487-499.
- Bowen, S., Cgawla, P., & Marllat, G. (2010). Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness. *Bilbao: Desclee De Brower*.
- Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1483-1493.
- Brazier, J., Tumor, I., Holmes, M., Ferriter, M., Parry, G., Dent-Brown, K., et al. (2006). Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: A systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 10(35), III, IX-XII, 1-117.

- Brewer, J. A., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., et al. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: Results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse, 30*(4), 306-317.
- Bustos, O. E. A., Meléndez, M. Á. M., Gonzales, G. R. V., Brambila, M. Á. L., & Solís, R. C. (2012). Disfunción cerebral en las adicciones. *Rev Esp Méd Quir Volumen, 17*(2), 120.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17-31.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual, 9*(3), 579-605.
- Caballo, V., & Camacho, S. (2000). Trastorno límite de la personalidad: Controversias actuales; borderline personality disorder. *Psicología Desde El Caribe*,(5).
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports, 15*(1), 1-8.
- Carpiniello, B., Lai, L., Pirarba, S., Sardu, C., & Pinna, F. (2011). Impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder with co-morbid borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 188*(1), 40-44.
- Caton, C. L., Shrout, P. E., Eagle, P. F., Opler, L. A., Felix, A., & Dominguez, B. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: A case-control study. *American Journal of Public Health, 84*(2), 265-270.
- Chapman, A. L., Leung, D. W., & Lynch, T. R. (2008). Impulsivity and emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 22*(2), 148-164.
- Cheavens, J. S., Strunk, D. R., & Chriki, L. (2012). A comparison of three theoretically important constructs: What accounts for symptoms of borderline personality disorder? *Journal of Clinical Psychology, 68*(4), 477-486.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry.*
- Clarkin, J. F., & Posner, M. (2005). Defining the mechanisms of borderline personality disorder. *Psychopathology, 38*(2), 56-63.

- Clotet, R. C., & Jiménez, J. S. (2004). Gravedad y asociación de la sintomatología disociativa en el trastorno límite de la personalidad con el antecedente del abuso sexual y del maltrato físico. *Informaciones Psiquiátricas: Publicación Científica De Los Centros De La Congregación De Hermanas Hospitalarias Del Sagrado Corazón De Jesús*, (177), 221.
- Coccaro, E. F. (1998). Function in personality. *Biology of Personality Disorders*, 17, 1.
- Cohen, P. y Crawford, T. (2007). Aspectos evolutivos. En. JM Oldham, AE Skodol y D Bender, *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 173-187). Madrid. Elseiver Masson.
- Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Baschnagel, J. S., Hawk, L. W., & Holloman, G. (2011). Impulsivity and risk-taking in borderline personality disorder with and without substance use disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 128.
- Colombo, E. M., Risueño, A. E., & Motta, I. M. (2003). " Función ejecutiva y conductas impulsivas" I. *Historia*, 7, 8.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 178-184.
- Cuffel, B. J., Shumway, M., Chouljian, T. L., & Macdonald, T. (1994). A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(12), 704-708.
- Davidson, K. M. (2000). *Cognitive therapy for personality disorders: A guide for therapists* Hodder Arnold.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., et al. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 450-465.
- Del Pozo, J. L., & Iraurgi-Castillo, E. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10(4), 252-274.
- Díaz Curiel, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, (78), 51-70.
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2), 39-47.

- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2), 39-47.
- Domes, G., Winter, B., Schnell, K., Vohs, K., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2006). The influence of emotions on inhibitory functioning in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 36(08), 1163-1172.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., et al. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54(11), 1284-1293.
- Durán, A. L., & Becoña, E. (2006). El craving en personas dependientes de la cocaína. *Anales De Psicología*, 22(2), 205.
- Elices, M., Carmona, C., Blanco, A. M., Pascual, J. C., & Ribaudi, J. S. (2016). Efectos y particularidades del uso del mindfulness en el trastorno límite de la personalidad. *Revista De Psicoterapia*, 27(103), 89-101.
- Espinosa, J. J., Blum Grynberg, B., & Romero Mendoza, M. P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, 32(4), 317-325.
- Fan, J., McCandliss, B. D., Sommer, T., Raz, A., & Posner, M. I. (2002). Testing the efficiency and independence of attentional networks. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14(3), 340-347.
- Fernández, B. A. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4(1), 123-140.
- Fernández, J.J. y Gutierrez, E. (2005). Trastorno de la personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar. *Adicciones*, 17, 95-110.
- Gaher, R. M., Hofman, N. L., Simons, J. S., & Hunsaker, R. (2013). Emotion regulation deficits as mediators between trauma exposure and borderline symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 37(3), 466-475.
- García López, M., Martín Pérez, M., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278.
- García-Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: Terapia individual. *Psicología Conductual*, 14(3), 453-466.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 37(1), 136-148.

- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S., Dufour, M., Compton, W., et al. (2006). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Alcohol Research & Health*, 29(2), 107-120.
- Grella, C. E., Stein, J. A., Weisner, C., Chi, F., & Moos, R. (2010). Predictors of longitudinal substance use and mental health outcomes for patients in two integrated service delivery systems. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(1), 92-100.
- Gunderson, J. (2004). New knowledge & new conceptions. *Psychiatric Times*, 21(8), 41-41.
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide* American Psychiatric Pub.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Gunderson, J.G. y Gabbard, G.O. (2002). *Psicoterapia en los trastornos de la personalidad*. (pp. 76-80). Barcelona: Ars Médica.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., et al. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827-837.
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1068.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-españa. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst / MABA*, 17(2), 289-303.

- Hernández, J., Acosta, F., & Pereira, J. (2009). Adherencia terapéutica. *Generalidades.Cuad.Psiquiatr.Comunitaria*, 9(1), 12-28.
- Herrero, J. (2004). Alteraciones de la personalidad asociadas a las conductas adictivas. Influencia de la duración del consumo y sus implicaciones. *Psykhé*, 13,91-700.
- Hien, D., Zimberg, S., Weisman, S., First, M., & Ackerman, S. (1997). Dual diagnosis subtypes in urban substance abuse and mental health clinics. *Psychiatric Services*.
- Ichise, M., Vines, D. C., Gura, T., Anderson, G. M., Suomi, S. J., Higley, J. D., et al. (2006). Effects of early life stress on [11C]DASB positron emission tomography imaging of serotonin transporters in adolescent peer- and mother-reared rhesus monkeys. *The Journal of Neuroscience : The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 26(17), 4638-4643.
- Ingram, R. E., & Scott, W. D. (1990). Cognitive behavior therapy. *International handbook of behavior modification and therapy* (pp. 53-65) Springer.
- Iraurgi, I., Iraurgi, I., & González-Saiz, F. (2002). Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en toxicomanías. *Instrumentos De Evaluación En Drogodependencias.Madrid: Aula Médica*, , 481-511.
- Jackson, T. R. (2002). Treatment practice and research issues in improving opioid treatment outcomes. *Science and Practice Perspectives*, 1(1), 22-28.
- Karow, A., Verthein, U., Krausz, M., & Schafer, I. (2008). Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction. *European Addiction Research*, 14(1), 38-46.
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psicológicas*, 3, 5-8.
- Kienast, T., & Foerster, J. (2008). Psychotherapy of personality disorders and concomitant substance dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(6), 619-624.
- King, V. L., Kidorf, M. S., Stoller, K. B., & Brooner, R. K. (2000). Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: Changes during drug abuse treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 19(4), 65-83.
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936.

- Koerner, K., & Linehan, M. M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 151-167.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371-390.
- Kröger, C., & Kosfelder, J. (2007). Eine meta-analyse zur wirksamkeit der dialektisch behavioralen therapie bei borderline-persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 36(1), 11-17.
- Kroll, J. (1993). *PTSD/borderlines in therapy: Finding the balance*. WW Norton & Co.
- Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: Physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 531.
- Lehman, A. F., Myers, C. P., & Corty, E. (1989). Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Psychiatric Services*, 40(10), 1019-1025.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (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(7), 757-766.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women

- meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13-26.
- Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayrs, J. H., & Gallop, R. J. (2008). Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: A double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(6), 999-1005.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292.
- Luciano, M., & Wilson, K. (2002). Terapia de aceptación y compromiso. un tratamiento conductual orientado a los valores. *Madrid. Editorial: Pirámide*.
- Luna, I. (2003). Trastornos de personalidad y género. *Avances: Asociación Colombiana De Psiquiatría Biológica*, 4, 21, 27
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(2), 131-143.
- Madoz-Gúrpide, A., Vicent, V. G., Fuentes, E. L., & Mangado, E. O. (2013). Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*, 25(4), 300-308.
- Marco, J. H., García-Alandete, J., Pérez, S., & Botella, C. (2014). El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 22(2), 293.
- Martínez-González, J.M, Graña, J.L. y Trujillo, H.M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21, 105-112.
- Martínez González, J. M., & Trujillo, H. M. (2005). Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante el tratamiento.

- Martín-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, J. M., Ímaz, M. L., Navinés, R., et al. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *The European Journal of Psychiatry*, 20(3), 147-156.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., et al. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*.
- Medalia, A., & Richardson, R. (2005). What predicts a good response to cognitive remediation interventions? *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 942-953.
- Medina, Y. J. (2015). Efectos de la ausencia de la figura paterna en el desarrollo relacional de los niños santarrosanos entre 7 y 10 años.
- Mèlich, M. T. (2008). Patología dual: Situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320.
- Millon, T., & Davis, R. B. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* Masson.
- Monteiro, M. G. (2007). Alcohol y salud pública en las Américas: Un caso para la acción.
- Morales-Manrique, C., Castellano-Gómez, M., Valderrama-Zurián, J., & Aleixandre-Benavent, R. (2006). Medición de la calidad de vida e importancia de la atención a las necesidades autopercebidas en pacientes drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 8(4), 212-221.
- Mosquera, D., & González, A. (2011). Del apego temprano al TLP. la búsqueda instintiva de seguridad nos lleva a establecer durante la infancia fuertes lazos con nuestros progenitores. fallos en este vínculo pueden influir en el trastorno límite de la personalidad. *Mente y Cerebro*, (46), 18-27.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., Ackerson, T. H., Alterman, A. I., Miles, K. M., & Noordsy, D. L. (1997). Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 473.
- Navarro-Leis, M., & López Hernández-Ardieta, M. (2013). Terapias cognitivas conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-44.
- Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: The voice of patients. *Research in Nursing & Health*, 22(4), 285-293.

- OF, K. (1987). *Trastornos graves de la personalidad. México, DF: El Manual Moderno.*
- Oldham, J. M., Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad* Elsevier España.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano Soriano, María del Carmen. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica.
- Pareja, M. Á. V. (2011). Mindfulness o atención plena: De la meditación y la relajación a la terapia. Paper presented at the *Técnicas De Modificación De Conducta*, pp. 225-242.
- Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice* Guilford Press.
- Pasieczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 4-10.
- Pedrero, E. (2002). Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el Big Fice Questionari. *Trastornos Adictivos*, 4,138-150.
- Pedrero Pérez, E., Puerta García, C., Lagares Roibas, A., & Sáez Maldonado, A. (2003). Prevalencia e intensidad de los trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 241-255.
- Pérez, A. (2003). Epidemiología. En, Roca. M (coordinador). *Trastornos de la personalidad* (pp.187-202). Barcelona. Ars Médica.
- Phillips, K. A., Shea, T., Warshaw, M., & Dyck, I. (2001). The relationship between comorbid personality disorders and treatment received in patients with anxiety disorders. *Journal of Personality Disorders*, 15(2), 157.
- Rey, G., Boniol, M., & Jouglu, E. (2010). Estimating the number of alcohol-attributable deaths: Methodological issues and illustration with french data for 2006. *Addiction*, 105(6), 1018-1029.
- Robins, C. J., & Rosenthal, M. Z. (2011). Dialectical behavior therapy. *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*, , 164-192.

- Robinson, T. E. (2003). & Berriage. KC. *Addiction, Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.
- Rodríguez-Cano, R., Olivencia-Lorenzo, J. J., López-Ríos, F., & del Pulgar Arrufat, Gregorio Gómez. (2016). Terapia dialéctica conductual para un caso de adicción a la cocaína. *Psicología Conductual*, 24(1), 161.
- Rodríguez-Jiménez, R., Aragüés, M., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagney, A., et al. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Prevalencia y características generales. *Investigación Clínica*, 49(2), 195-206.
- Rojas, A. J., Pérez, C., González-Sáiz, F., Ballesta, R., & Izaskun, B. (2008). Evidencias de validez del test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas a partir del modelo biaxial de la adicción. *Psicothema*, 20(2), 317-323.
- Romero, E. Q., & Pérez, J. M. E. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3), 393-406.
- Romero, J. C., Pérez, E. J. P., & López, M. P. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: Estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19(2), 141-152.
- Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Osher, F. C., Swartz, M. S., Essock, S. M., Butterfield, M. I., et al. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 91(1), 31-37.
- Rounsaville, B. J., Dolinsky, Z. S., Babor, T. F., & Meyer, R. E. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 505-513.
- Rubio Larrosa, V. (2001). Los trastornos de personalidad. sus tipos. *Seva Díaz A, Editor. Tratado De Psiquiatría. 1ª Ed. Zaragoza: INO Reproducciones SA*, , 579-615.
- Rubio, G. (2012). ¿ Qué es la patología dual? alteraciones de conducta y abuso de sustancias. *Revista Española De Sanidad Penitenciaria*, 2(3).
- Salas, S. V., & Soriano, M. C. L. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles Del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

- Salazar, I. G. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *RET: Revista De Toxicomanías*, (57), 12-17.
- Sampietro, L. F., & Buratti, M. A. F. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista Española De Medicina Legal*, 38(4), 149-154.
- Sanislow, C. A., & McGlashan, T. H. (1998). Treatment outcome of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry.Revue Canadienne De Psychiatrie*, 43(3), 237-250.
- Schuckit, M. A. (2009). Alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9662), 492-501.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 375.
- Simpson, E. B., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S., et al. (1998). Focus on women: Use of dialectical behavior therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*,
- Skodol, A. (2007). Manifestaciones, diagnóstico clínico y comorbilidad. *Oldham, J, Skodol, y Bender, D.(Eds.), Tratado De Los Trastornos De La Personalidad. Barcelona: Elviesier Masson. Barcelona.*
- Smith, K. W., & Larson, M. J. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 323-335.
- Soler, J. (2010). *Aplicación De La Terapia Dialéctica Conductual Grupal En El Trastrono Límite De La Personalidad.*
- Soler, J., Camping, M., Pérez, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, F., & Álvarez, E. (2001). Olanzapina y terapia grupal cognitivo-conductual en trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 29(2), 85-90.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., et al. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353-358.

- Soloff, P. H. (2008). Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *Journal of Personality Disorders, 22*(2), 123.
- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2012). Subtyping borderline personality disorder by suicidal behavior. *Journal of Personality Disorders, 26*(3), 468-480.
- Soriano, L. MC, & Hayes, SC (2001). trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional De Psicología Clínica y De La Salud, 1*, 109-157.
- Soriano, M. C. L., Blarrina, M. B. P., & Salas, S. V. (2010). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(1), 141-165.
- Stanley, B., Brodsky, B., Nelson, J. D., & Dulit, R. (2007). Brief dialectical behavior therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Archives of Suicide Research, 11*(4), 337-341.
- Steele, H., & Siever, L. (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: Advances in gene–environment considerations. *Current Psychiatry Reports, 12*(1), 61-67.
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et al. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 41*(6), 416-425.
- Tyrer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., Knapp, M., Davidson, K., et al. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: The POPMACT study. *Psychological Medicine, 33*(06), 969-976.
- Van den Bosch, Louisa MC, Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*(9), 1231-1241.
- Van den Bosch, Louisa MC, Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors, 27*(6), 911-923.
- Van Reekum, R., Conway, C. A., Gansler, D., White, R., & Bachman, D. L. (1993). Neurobehavioral study of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN, 18*(3), 121-129.

- Vázquez, C., Muñoz, M., & Sanz, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: A European study using the CID-I. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(6), 523-530.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274-282.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182, 135-140.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 59-91.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228.
- World Health Organization. (1992). CIE-10. Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. trastornos mentales y del comportamiento. descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health* World Health Organization.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., et al. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 296-302.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 827-832.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274-283.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*,

- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., & Reich, R. B. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101.
- Zanarini, M. (2010). Recuperación en el trastorno límite de la personalidad añadido. 01/06/2011 13: 31: 49. *Am J Psychiatry*, 167(6), 663-667.
- Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness meditation for substance use disorders: A systematic review. *Substance Abuse*, 30(4), 266-294.
- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., & Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: A feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), 165-173.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40(4), 245-252.