



Universitat Ramon Llull

TESIS DOCTORAL

Título Terapia Dialéctica Conductual Grupal en el Trastorno
Límite de la Personalidad: Apego, Alianza Terapéutica y
Mejora Sintomática

Realizada por Lydia Lossa Chacón

en el Centro Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de
l'Esport Blanquerna

y en el Departamento de Psicología

Dirigida por Dr. Sergi Corbella Santoma y Dr. Joaquim Soler Ribaudi



Universitat Ramon Llull



Sant Pau

TESIS DOCTORAL

***Terapia Dialéctica Conductual Grupal en el
Trastorno Límite de la Personalidad: Apego, Alianza
Terapéutica y Mejora Sintomática***

*Departamento de Psicología de la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del
Deporte Blanquerna. Universidad Ramon Llull.*

DOCTORANDA: Lydia Lossa Chacón

Director: Dr. Sergi Corbella Santoma y Dr. Joaquim Soler Ribaudi

Barcelona: 30 de Octubre 2015

AGRADECIMIENTOS

A todos los que me han escuchado decir que algún día la terminaría.... Gracias por confiar y apoyarme en estos largos años de creación....

A mis profesores, Sergi Corbella y Lluís Botella, los que me animaron a iniciarme en este camino....

A Joaquim Soler y a los colaboradores de la Unidad de Psiquiatría de l'Hospital de Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, Matilde Elices y Albert Feliu por su paciencia y ayuda...

A Ana, por aparecer en esta etapa final y tan importante en el análisis de datos...

A ti...por compartirlo....

Índice

Motivación personal	1-2
Abreviaturas	3
Introducción	3-12

1ª PARTE. MARCO TEÓRICO

1. El Trastorno Límite de la Personalidad

1.1. Concepto, Etiopatogenia y Epidemiología.....	13-18
1.2. Características.....	18-22
1.3. Teoría Biosocial.....	22-29
1.4. Apego y Regulación Emocional en los Trastorno Límite de la personalidad...29-37	
1.5. Alianza Terapéutica y Trastorno Límite de la personalidad.....	37-44

2. El Apego

2.1. Conceptualización.....	45-46
2.2. Origen Histórico de los Planteamientos Teóricos.....	46-49
2.3. Desarrollos Teóricos posteriores a Bowlby.....	49-55
2.4. Apego Adulto y Estabilidad de los Patrones de Vinculación Afectiva.....	55-60
2.5. Apego y Variables de Personalidad.....	60-67
2.6. Desorganización del Apego y Psicopatología.....	67-76
2.7. Estilo de Apego del Paciente y Establecimiento de la Alianza Terapéutica.....	76-85

3. Alianza terapéutica

3.1. Conceptualización.....	86-94
3.2. Alianza Terapéutica en la TDC.....	94-100
3.3. Alianza Terapéutica y Resultados en Psicoterapia.....	100-107
3.4. Alianza Terapéutica en Terapia Grupal: Resultados en Psicoterapia.....	107-112
3.5. Rupturas en la Alianza Terapéutica y abandonos prematuros de la Terapia Grupal.....	113-120

4. Tratamientos del Trastorno Límite de la Personalidad y Terapia Dialéctica Conductual

4.1. Tratamientos.....	121-125
4.2. Terapia Dialéctica Conductual (TDC).....	125-128
4.2.1. Principios Terapéuticos de la TDC.....	128-132
4.2.2. Estadios de Tratamiento y Objetivos.....	132-134
4.2.3. Modos de Terapia.....	134-140
4.3. Eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual en TLP.....	140-146

5. Hipótesis y Objetivos

5.1. Planteamiento general de la tesis.....	147-148
5.2. Hipótesis	148
5.3. Objetivos.....	149

2ª PARTE. MARCO METODOLÓGICO

6. Método

6.1. Diseño	150
6.2. Participantes	150-151
6.3. Instrumentos	151
6.3.1. DIB-R	152
6.3.2. WATOCI	152-153
6.3.3. ECR-S	153-155
6.3.4. BSL-23	155
6.3.5. DERS	156-157
6.3.6. EQ-D	157-158
6.4. Procedimiento.....	158-159
6.5. Análisis estadístico	160-163

7. Resultados

7.1. Análisis descriptivo de la muestra.....	164-167
7.2. Análisis comparativo de medias de las mediciones pre/post de las escalas	167-169
7.3. Contrastación de Hipótesis	169-183
7.3.1. Análisis del estilo de apego de los sujetos TLP	169-170
7.3.2. Análisis del estilo de apego y alianza terapéutica	171-175
7.3.3. Análisis del estilo de apego y regulación emocional	175-177
7.3.4. Análisis de la alianza terapéutica y mejora del paciente	177-181
7.3.5. Análisis de las variables influyentes en los abandonos prematuros ..	181-183

8. Discusión	184-202
---------------------------	---------

9. Referencias	203-249
-----------------------------	---------

10. Anexo	250-261
------------------------	---------

MOTIVACIÓN PERSONAL

La investigación objeto de la presente tesis se inició durante la estancia de su autora en Argentina en el año 2008, que dio lugar a la posterior realización del trabajo de fin de Máster que se presentó en el Máster Oficial en Psicología Clínica y de la Salud de la FPCEE Blanquerna en el año 2009.

Durante dicha estancia formativa en la Fundación Aiglé de Buenos Aires la autora de esta tesis doctoral llevó a cabo prácticas como psicoterapeuta, clases teóricas y algunas horas dedicadas a la investigación; en este caso sobre el estilo personal del terapeuta, el estilo de apego del paciente y la construcción de la alianza terapéutica. De dicha formación intensiva surge el interés en profundizar más sobre todo lo que tenga relación con el apego desde el punto de vista del paciente y con cómo se construye un vínculo con el terapeuta para poder obtener buenos resultados en psicoterapia.

Consecuentemente a este interés, el trabajo de fin de Máster al que se hacía referencia, se llevó a cabo centrado en estas variables y en él se reportaron resultados significativos. Para la realización de la tesis doctoral se siguió considerando interesante el tema del apego, dado que ha demostrado repetidamente ser un factor de primer orden por lo que respecta a la salud mental.

Asimismo, el interés por la investigación sobre la construcción y las rupturas de la alianza terapéutica fue en aumento tras estudiar tanto la historia y evolución del concepto, como las mejoras significativas que se obtienen en psicoterapia cuando dicha alianza es sólida. Junto a estas dos variables (apego y alianza terapéutica), se decidió ampliar el estudio aplicándolo concretamente a los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), por tratarse de un grupo en el que se han contrastado repetidamente dificultades severas en los patrones de apego y en la creación de vínculos terapéuticos.

Posteriormente, el interés se amplió en realizar este estudio dentro del ámbito de las terapias grupales, en concreto con la Terapia Dialéctica Conductual Grupal (TDC-G), por ser la terapia que más evidencia empírica demuestra con dichos trastornos y por ser el formato más utilizado en el ámbito de la salud mental pública en nuestro país.

En definitiva, el interés recaía en analizar la relación de todas las variables expuestas, apego, alianza terapéutica y analizar la mejora sintomática del trastorno límite de la personalidad dentro de un marco de psicoterapia grupal con TDC en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Santa Creu i de Sant Pau de Barcelona.

ABREVIATURAS

APA American Psychological Association

BSL-23 Inventario de síntomas de TLP

DERS Cuestionario de Dificultades en la Regulación Emocional

DIB-R Diagnostic Interview for Borderline-Revised

DSM Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales

ECR-S Cuestionario de relaciones interpersonales

EH-TDC Entrenamiento en habilidades en Terapia Dialéctica Conductual

EQ-D Cuestionario de descentramiento del pensamiento

NICE The National Institute for Health and Care Excellence

TDC Terapia Dialéctica Conductual

TDC-G Terapia Dialéctica Conductual Grupal

TLP Trastorno límite de la personalidad

WATOICI Working Alliance Theory of Change Inventory

INTRODUCCIÓN

La importancia del apego en el estudio de la salud mental ha sido cada vez más evidente tras las aportaciones pioneras de Bowlby y es por ello que desde distintas disciplinas ha habido un aumento significativo en la investigación en las últimas décadas. El reconocimiento del papel fundamental que juegan las experiencias provenientes de las relaciones de apego en el desarrollo de la plasticidad cerebral permite empezar a atisbar posibles integraciones entre la investigación sobre apego infantil, apego adulto y psicopatología. Además, las evidencias apuntan a que en los primeros años de vida el desarrollo cerebral se concentra especialmente en funciones que dependen de la maduración del hemisferio cerebral derecho, del sistema nervioso autónomo y del sistema límbico (encargado de la regulación emocional y determinante de la conducta del apego) (Oates, Karmiloff-Smith y Johnson, 2012). Teniendo en cuenta las implicaciones de los procesos regulados por tales estructuras en cuanto al desarrollo de la psicopatología (especialmente en la génesis de trastornos emocionales y de personalidad), no es de extrañar que se trate de un tema que está recibiendo un creciente interés entre la comunidad de investigadores en psicoterapia. (Levy, Johnson, Clouthier, Scala, y Temes, 2015). De acuerdo con la teoría del apego, los estilos de apego reflejan las normas que determinan nuestras respuestas ante situaciones que nos trastornan emocionalmente; es decir, la teoría del apego puede describirse como una teoría de la regulación del afecto (Feeney y Noller, 2001) o también como sistema inmunológico psicológico del ser humano (Holmes, 2009).

La evidencia neurobiológica del apego seguro (Siegel, 2001; Canterbury y Gillath, 2013) nos muestra que es un factor protector de la salud mental de las personas, así como el apego inseguro es un factor de vulnerabilidad psicológica. Se puede decir que es una variable con efecto cruzado, ya que el apego seguro es un factor protector, de

resiliencia psicológica y que fomenta el bienestar emocional, y, por el contrario, el apego inseguro es un factor de riesgo en la salud mental. La relación entre ambos resultados parece residir en la función de fomento de la autorregulación emocional que cumplen las relaciones de apego seguro. Los hallazgos neurobiológicos resaltan la importancia de la atención sensible y afectuosa y su impacto en el desarrollo cerebral y la mente del niño. Durante los primeros años de vida del niño los cuidados y el buen trato por parte de sus padres y/o cuidadores es determinante para la configuración y el desarrollo sano del cerebro y sus funciones a nivel motor, cognitivo, afectivo y relacional.

La teoría del apego es un modelo biopsicosocial para describir y explicar la forma en que un individuo se relaciona con otros cercanos: como sus padres, hijos y parejas sexuales. Es una forma aprendida de relacionarse durante la infancia temprana y sirve de molde para todas las relaciones íntimas durante la vida del sujeto. Un adulto con un apego seguro ha internalizado una relación de confianza con sus padres o cuidadores durante la infancia y es por lo tanto capaz de adaptarse a distintos contextos sociales, y de mantener un equilibrio adecuado entre autonomía y dependencia para la regulación del estrés. (Lorenzini y Fonagy, 2014).

La teoría del apego, tal y como fue expuesta por Bowlby, representa un modelo del desarrollo humano con claras implicaciones para la salud y la patología. El apego es una variable que puede predecir el estado futuro de salud mental del adulto, de aquí el interés por el estudio del apego de los sujetos adultos y en concreto de aquellos pacientes que padecen un trastorno límite de la personalidad (TLP). Nuestra primera regulación emocional está basada en la vinculación afectiva con nuestros padres o cuidadores por lo que es realmente importante en el inicio de la vida del niño para un posterior desarrollo sano y funcional.

La importancia del apego también aparece en el terreno de la psicoterapia, porque la terapia en sí es por definición una situación de apego (Crittenden, 2000; Fonagy, 2001; Liotti y Intreccialagli, 1998). Así, el vínculo paciente-terapeuta refleja las relaciones de apego de los primeros años de vida, internalizadas y codificadas como memoria procedimental, que opera fuera del conocimiento consciente.

Des de una perspectiva cognitiva la alianza terapéutica puede definirse como una relación real y consciente, en la que el paciente y el terapeuta están de acuerdo en trabajar juntos para ayudar al paciente a mejorar a través de una mejor comprensión y control (González, 2009). La alianza terapéutica es el resultado del proceso de relación interpersonal entre paciente y terapeuta, que se constituye como una base de apego segura y que está formada por características técnicas y personales de los participantes en ella (Safran y Segal, 1994). La alianza posibilita la exploración y reordenamiento de la experiencia inmediata del paciente, así como la explicación de éste dentro de un contexto técnico profesional protegido, que se orienta al desarrollo y mejoría del sujeto. Des de la TDC (Terapia Dialéctica Conductual) se le da una especial relevancia a la relación terapéutica siendo imprescindible la creación de un clima de aceptación incondicional y confianza entre paciente-terapeuta (Linehan, 1993).

En las últimas décadas autores de distintas líneas teóricas han llegado a concluir que el cambio en el proceso psicoterapéutico sería atribuible a factores comunes compartidos por los diversos enfoques (Lambert, 1992). Estos factores, también llamados variables inespecíficas, son definidos como aquellos aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, que son comunes a cualquier psicoterapia independiente de las técnicas o marco teórico empleado (Opazo, 2001).

No es de extrañar que el desafío mayor de la psicoterapia sea el establecimiento de la suficiente confianza y un vínculo seguro entre terapeuta y paciente como para

permitir que se dé una relación terapéutica de apego, dado que la investigación en psicoterapia demuestra repetidamente que la calidad del vínculo y de la alianza entre terapeuta y paciente explica el doble de variancia del éxito de la terapia que las técnicas por sí mismas (Bongar y Beutler, 1995; DeRubeis, Brotman y Gibbons, 2005; Horvath y Luborsky, 1993; Lambert, 1992). Por lo tanto, la calidad de la alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados obtenidos por distintas modalidades terapéuticas (Horvath y Symonds, 1991; Luborsky, 1994, citado en Corbella y Botella, 2003)

Diferentes estudios demuestran que pacientes con diagnóstico de TLP presentan patrones de apego problemático por definición, y en terapia dichos patrones de apego se activan comportando una situación de reto significativo para el terapeuta. Son muchas y muy diversas las referencias bibliográficas sobre la relación entre los procesos de apego y la aparición del TLP. El apego en este tipo de desorden es problemático en sí y se caracteriza por representaciones desorganizadas de sus vínculos (Fonagy et al., 1999), presentando un apego inseguro en la edad adulta y caracterizada por un déficit en la autorregulación emocional (inestabilidad emocional), necesidad de vinculación intensa, temor al abandono y relaciones inestables. Esta formulación del apego concuerda con la idea de Linehan (2003) en el que considera que los pacientes TLP presentan un déficit de habilidades interpersonales, de autorregulación (sobre todo emocional), de tolerancia al estrés y un entorno personal en el que los factores externos inhiben el uso de las habilidades conductuales que el propio individuo posee. Linehan sitúa estos factores en la génesis del TLP. La persona que sufre TLP describe tensión y malestar familiar, ansiedad y problemas psicológicos propios. También, refiere problemas relacionados con la cognición social, concretamente con la capacidad de identificar y diferenciar las emociones que siente la propia persona y las que sienten los demás. Junto con otros

aspectos que contribuyen a la compleja interacción descrita como invalidante, existe por parte del entorno familiar un cuestionamiento sistemático de la experiencia que tiene la persona en su propia mente.

Autores como Liotti (2001) han sido pioneros en integrar los conceptos basados en la teoría del apego con las explicaciones de la génesis de la psicopatología. En el caso concreto del TLP, Liotti comenta que en su origen evolutivo podría estar un patrón de apego desorganizado, en el que la figura de apego se comporta de forma inconsistente como una fuente de seguridad en algunas ocasiones y de amenaza en otras debido a sus propios traumas o duelos no resueltos. El apego desorganizado al ser internalizado dificulta alcanzar un estado de autorregulación emocional estable reactivándose en cada situación de apego. Para evitar esto, el niño puede aprender a inhibir el sistema de apego mediante la activación de otros sistemas motivacionales. Dado que la situación característica de la psicoterapia reactiva el sistema de apego (puesto que implica la demanda de ayuda en el contexto de una relación interpersonal de vínculo emocional), puede reactivar simultáneamente todo este sistema fragmentado, cosa que explicaría las características amenazas de ruptura del vínculo terapéutico de estos pacientes, o sus manifestaciones inadecuadas de conductas seductoras o erotizadas en la relación terapéutica.

El reto principal con el que se enfrenta la terapia con los pacientes con TLP es su tendencia a destruir aquello que más necesitan, así como la utilización de su hostilidad para conseguir o defenderse en contra de la vulnerabilidad y la persistencia de su disociación. Es sabido que son pacientes que generan una gran variedad de respuestas contratransferenciales, y esto puede interferir en la capacidad del terapeuta para atenderles correctamente.

El TLP es un trastorno psiquiátrico grave y frecuente que presenta una gran variedad de síntomas que, habitualmente, afectan severamente a múltiples áreas de la vida de los pacientes y caracterizado por la dificultad en regular las emociones y las conductas asociadas a éstas. Las emociones negativas intensas son comunes y entre ellas destacan la tristeza, la rabia, el miedo y la desesperanza.

El tratamiento de los pacientes con TLP es uno de los retos más difíciles a los que se enfrenta el profesional en la práctica clínica diaria por ser pacientes con una elevada comorbilidad y problemática social y frecuentes usuarios de los servicios de urgencias a causa de crisis emocionales, autolesiones o intentos de suicidio. Se calcula que entre el 8 y el 10% fallecen por suicidio consumado (APA, 2001; Herpertz et al., 2007; NICE, 2009).

El modelo etiológico propuesto por Linehan (1993), de tipo biosocial, es una de las teorías mejor articuladas sobre el origen del TLP. Según este modelo, la disregulación emocional, disfunción principal de los sujetos con TLP, es el resultado de la interacción entre una predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante. Así, el niño que ha nacido biológicamente vulnerable crece en un ambiente que responde de forma errática o exagerada a sus eventos internos (emociones, sensaciones, preferencias...), negándolos o atribuyéndolos a rasgos negativos de la personalidad. Las familias invalidantes restringen las demandas del niño, no tienen en cuenta sus preferencias y utilizan el castigo como forma de controlar la conducta. En este ambiente, el niño no aprende a poner nombre a sus emociones, modularlas, tolerar el malestar o confiar en sus repuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. Como consecuencia, durante su infancia y la vida adulta, estos sujetos tienen mayor sensibilidad emocional, dificultades para modular el afecto y un lento retorno a la línea base, lo que dificulta seriamente su

capacidad de adaptación vital y da lugar a la mayor parte de síntomas y signos característicos del TLP.

En la actualidad el TLP genera un gran interés siendo el trastorno de la personalidad más investigado (Herpertz et al.). Esto es debido, entre otras razones, a su alta prevalencia, gravedad y elevada comorbilidad, a los costos sanitarios que genera y a las nuevas opciones terapéuticas disponibles. En el ámbito clínico y social, el TLP se está convirtiendo en un trastorno de elevada entidad en salud pública. La creación en el año 2003 de un Grupo de Trabajo sobre TLP por parte del Servei Català de la Salut, y la creación de varias unidades asistenciales específicas para su diagnóstico y tratamiento son buena muestra de ello.

La relevancia de la psicoterapia en el tratamiento del TLP varía en función de la guía consultada, pero siempre ha resultado ser el eje central de la terapéutica de dicho trastorno (APA, 2001; Herpertz et al. 2007; NICE, 2009). Actualmente la terapia que mayor evidencia empírica presenta en el tratamiento del paciente con TLP es la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) de Linehan, con varios ensayos clínicos con resultados mayoritariamente positivos (Stoffers, Völlm, Rücker, Timmer Huband y Lieb, 2012)

La TDC creada por Marsha M. Linehan y su grupo de investigación en la Universidad de Washington (EEUU), es un tratamiento cognitivo-conductual perteneciente a la tercera ola de dicho tipo de terapias; creada hace más de 20 años, fue desarrollada específicamente para el TLP. Creada para pacientes suicidas y parasuicidas crónicos con TLP, es la única evaluada empíricamente que ha mostrado eficacia con este grupo de pacientes (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993).

La TDC hace uso de una amplia gama de estrategias de las terapias cognitivas y conductuales clásicas como solución de problemas, exposición, formación en

habilidades y modificación cognitiva; y da mucha importancia a la evaluación continua, recolección de datos de las conductas actuales y una relación de colaboración entre terapeuta y paciente. La TDC tiene una filosofía integradora, combinando elementos cognitivo conductuales con aproximaciones de aceptación del sufrimiento basadas en filosofías zen y budistas. La perspectiva dialéctica es uno de los aspectos más característicos de la TDC, y supone un factor diferenciador respecto a otras terapias cognitivo conductuales.

El tratamiento original de la TDC, consiste en un paquete que incluye psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades en formato grupal, atención telefónica de las crisis y reuniones periódicas de supervisión.

Tradicionalmente los pacientes con TLP no han sido considerados aptos para terapia de grupo ya que sus conductas disruptivas tienden a interferir con el desarrollo de la cohesión grupal; sin embargo, estas mismas características son las que pueden abordarse rápidamente en un grupo cuando éste ejerce una leve presión sobre el paciente para que reduzca estas conductas mal adaptativas. Con respecto a la psicoterapia de grupo, una revisión de la bibliografía mostró que algunos autores suponen que este tipo de psicoterapia es efectiva para el tratamiento de los pacientes límites debido a las ventajas especiales inherentes al proceso grupal (Livesly, 2001).

Des de la terapia grupal se ofrece la posibilidad de trabajar y observar las conductas interpersonales que surgen entre los participantes, proporciona apoyo y permite que los pacientes aprendan unos de otros, aumentando las fuentes de aprendizaje. Los pacientes suelen encontrar este formato educativo más útil y menos estresante que otros grupos destinados a la descarga emocional.

De todo ello se deriva a la presente tesis en el que se realiza un estudio con pacientes diagnosticados de TLP tratados con TDC-G con el objetivo de analizar las distintas variables expuestas (estilos de apego, alianza terapéutica y mejora sintomática) y de determinar si los estilos de apego de los pacientes con TLP y las características de la alianza terapéutica se relacionan con la mejora del paciente y con el seguimiento del proceso terapéutico en un formato de terapia grupal.

1a PARTE. MARCO TEÓRICO

1. El Trastorno Límite de la Personalidad

1.1. Concepto, Etiopatogenia y Epidemiología

El diagnóstico y tratamiento del TLP (trastorno límite de la personalidad) ha ido de la mano de la evolución histórica de la estructura psicopatológica. Fue Freud (1917) uno de los pioneros en describir este trastorno en su trabajo “Duelo y Melancolía” aunque la primera descripción del TLP como tal, la encontramos en Adolf Stern que basa este diagnóstico en 10 ítems heterogéneos donde mezcla criterios de fenomenología psiquiátrica con otros de corte psicoanalítico.

El término “límite” había sido frecuentemente utilizado por la comunidad psicoanalítica, desde su primera aparición en 1938 por parte de Adolf Stern, para describir a un grupo de pacientes ambulatorios refractarios al psicoanálisis, que no parecían ajustarse a las categorías estándar de “neurosis” o “psicosis”. A lo largo de los años, el término “límite” evolucionó generando algunas controversias: si éste representaba un conjunto de rasgos de personalidad o un estado psicopático transitorio; si realmente se podía distinguir de la esquizofrenia; si era un constructo unitario o formado por más de un subtipo y si la etiqueta “límite” resultaba o no adecuada. Las controversias sobre la adecuación de la etiqueta y la existencia de distintos subtipos aún perduran (Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009). El clúster de síntomas y patrones conductuales asociados con la personalidad límite incluían marcadas fluctuaciones de periodos de confianza a periodos de desesperación absoluta, además de una autoimagen inestable, rápidos cambios de humor, temores al abandono y rechazo, fuerte tendencia

hacia el pensamiento suicida, comportamiento autolesivo y síntomas psicóticos transitorios. Las características fundamentales de lo que hoy define el TLP fueron descritas por Gunderson y Kolb (1978) y se incorporaron a las clasificaciones psiquiátricas contemporáneas (NICE, The National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

En la actualidad la denominación límite se concibe como un nivel avanzado y potencialmente grave de funcionamiento desadaptativo de la personalidad. Aunque el término *borderline data* de mediados del siglo pasado, el TLP no fue reconocido formalmente como un diagnóstico hasta 1980. Desde su aparición en el DSM-III en este mismo año, se han realizado múltiples investigaciones y se ha generado una gran controversia entre profesionales especialmente en torno al tratamiento y posible pronóstico.

Existe una tendencia a estudiar el TLP como una forma de descontrol de los impulsos e inestabilidad afectiva debido a un daño orgánico, de temperamento y de perturbaciones psicológicas desde la primera infancia, con relación a experiencias adversas (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006).

En los últimos años se ha estudiado el carácter hereditario y la naturaleza polifactorial de la etiología del trastorno. Actualmente con la publicación del DSM-5, el TLP ha sufrido cambios a pesar de las críticas recibidas por parte de la comunidad científica e investigadores de este trastorno (Gunderson, 2010). Sigue manteniendo el sistema diagnóstico basado en criterios politéticos que ya eran planteados en el DSM-III, pero el DSM-5 añade confusión al proponer también un modelo alternativo híbrido dimensional-categorial aún pendiente de ser validado científicamente.

Las causas del TLP son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. La

GPC (Guía Práctica Clínica) del NICE (2009) describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego. Los factores genéticos juntamente con experiencias infantiles adversas pueden producir disregulación emocional e impulsividad, que conducirían a conductas disfuncionales, conflictos y déficits psicosociales, que a su vez, reforzarían la disregulación emocional y la impulsividad. (Torgensen, 2000).

Existen diferentes modelos teóricos de la etiopatogenia y de los factores predisponentes.

Los modelos más conocidos son:

1. La Clasificación psiquiátrica: DSM

El DSM (Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales) (APA, 1994) se fundamenta en el modelo médico tradicional y utiliza el concepto de categoría entendido como un conjunto limitado de síntomas que se suponen relacionados y forman un prototipo frecuente en la clínica. Pretende ser atórica y no plantea hipótesis explicativas. Se ha aceptado por consenso como taxonomía oficial. Trata de describir y clasificar operativamente los trastornos de la personalidad con el objetivo de aumentar la fiabilidad diagnóstica. Presupone la existencia de límites claros entre normalidad y patología y entre los diferentes trastornos que son considerados entidades independientes. En relación con la versión DSM-IV-R, publicada en 1994, el DSM-5 (2013) incluye cambios asociados a la organización de los trastornos y novedades relativas a los diagnósticos específicos.

2. Modelos de rasgos

Se basan en un concepto dimensional de la personalidad. Los sujetos se sitúan en el largo de rasgos continuos: neuroticismo-estabilidad; extraversión-introversión; afiliación-dureza; impulsividad-control; etc. Presentan más apoyo empírico que los modelos categóricos y reflejan mejor la naturaleza continua de las diferencias individuales. Los trastornos de la personalidad son la expresión de características extremas en una o varias de estas dimensiones. Así pues, el diagnóstico de TLP se aplica a sujetos con rasgos extremos de neuroticismo, impulsividad y antagonismo.

Gomà-i-Freixanet, Soler, Valero, Pascual y Sola (2008) realizaron un estudio de los rasgos de personalidad de los pacientes TLP. Des del modelo de los cinco factores (AFFM de Zuckerman y Kuhlman 1993), concluyeron que puntuaciones altas en neuroticismo-ansiedad e impulsividad-búsqueda de sensaciones y puntuaciones bajas en actividad, son rasgos de personalidad característicos de los pacientes con diagnóstico de TLP. En esta misma línea, Soler et al. (2014) realizaron un estudio comparativo entre un grupo de pacientes TLP, pacientes con depresión mayor y un grupo control, con el objetivo de analizar la teoría de susceptibilidad al castigo y a la recompensa de los trastornos de personalidad. Los resultados mostraron que el grupo TLP presentan puntuaciones altas en susceptibilidad al refuerzo (activación conductual/impulsividad) y alta susceptibilidad al castigo (neuroticismo).

3. Modelos cognitivos

Utilizan conceptos de proceso de la información. Los trastornos de la personalidad son consecuencia de sesgos perceptivos (por ejemplo detección de amenazas), pensamientos irracionales o esquemas disfuncionales. Se han desarrollado diferentes teorías cognitivas los trastornos de la personalidad (Beck y Freeman, 1992; Young, 1994).

4. Modelos psicodinámicos

Destacan las propuestas de Kernberg (1984), basadas en el modelo de las relaciones objetuales. El TLP se produce por un fallo en el proceso de diferenciación y se caracteriza por el síndrome de difusión de identidad, con prueba de realidad conservada, impulsividad, disregulación afectiva, predominio de afectos negativos, baja tolerancia a la frustración y ansiedades intensas. Como mecanismos de defensa inconscientes el paciente con TLP utiliza la escisión, la idealización y devaluación, la negación, la omnipotencia y la identificación proyectiva. También hay un establecimiento de reacciones transferenciales intensas, a veces masivas. Otros autores como Gunderson, Frank, Ronnigton, Wachter (1989) también han realizado contribuciones fundamentales al constructo del trastorno desde este modelo.

5. Modelos biosociales

El modelo de Millon (Millon y Davis, 1996) es un modelo categórico que integra variables dimensionales, postulados evolucionistas e hipótesis etiopatogénicas que incluyen factores biológicos y experiencias tempranas del aprendizaje. En el TLP destacan tres características clínicas: ansiedad por separación, conflictos cognitivos e inestabilidad afectiva y comportamental. Este modelo considera el TLP la exacerbación de otros trastornos de gravedad más moderada.

Linehan (1993) introduce un modelo cognitivo-conductual del TLP, que considera la disregulación emocional y el efecto de un ambiente invalidante como mecanismos etiopatogénicos y mantenedores del trastorno.

Existen pocos estudios epidemiológicos en población general y todos ellos han sido realizados en los países occidentales. Se estima que la prevalencia parece estar ligeramente por debajo del 1% (en torno al 0,7% en la mayoría de los estudios) de la población general adulta (Torgersen, 2001; NICE, 2009; Leichsenring, Leibing, Kruse,

New y Leweke 2011). En términos generales, se estima que su prevalencia aumenta al 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas y entre el 25 y el 50% en la población reclusa. (Grillo et al. 1998; Oldham et al., 1992).

El diagnóstico es predominantemente femenino, aproximadamente un 75% del total de casos (Herpertz et al., 2007). Aunque los primeros síntomas del TLP empiezan al inicio de la adolescencia (Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008), cuando se realiza el diagnóstico la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años, y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio. Aunque el TLP tradicionalmente se ha considerado como refractario y crónico, varios estudios de seguimiento han señalado una clara tendencia a la remisión con el paso de tiempo. Esta remisión se situaría desde un 39% a los 2 años de evolución, hasta un 88% a los 10 años del diagnóstico (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich y Silk, 2006) y tiene un mejor pronóstico que otras enfermedades mentales graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (Herpertz et al., 2007).

1.2. Características

El TLP es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, que se diferencia en sus determinantes etiológicos y en sus formas clínicas y comportamentales de presentación, no sólo de un individuo a otro sino, incluso, de una etapa en otra en la evolución del mismo paciente. El TLP es el trastorno de personalidad más frecuente en poblaciones clínicas. En la práctica clínica, diagnosticar los TLP no es sencillo y la impresión general es que se infradiagnostica o, incluso, se diagnostica mal.

La característica esencial del TLP es un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones, el afecto y la autoimagen y un escaso control de los impulsos. Las relaciones

interpersonales son muy inestables y se alternan entre la dependencia excesiva y la huida. Los principales rasgos y conductas interpersonales pueden estar asociados con una alteración de la regulación cognitiva. Es decir, las funciones cognitivas pueden deteriorarse en momentos de tensión interpersonal, lo que conduce a un procesamiento de la información escindido o dicotómico.

Lo más frecuente es que estas características se manifiesten al inicio de la etapa adulta y estén presentes en muchos ámbitos de la vida del individuo. El TLP causa un malestar significativo y genera una desadaptación social, ocupacional y funcional general. Este trastorno está asociado con elevadas tasas de comportamientos autodestructivos como tentativas de suicidio y suicidios consumados.

En el DSM-5 (APA, 2013), define el TLP como un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y del afecto, con alteraciones de conducta caracterizadas por una marcada impulsividad, que empieza en la edad adulta precoz y que se presenta en una importante diversidad de contextos. El trastorno se plantea en la sección III, una alternativa diagnóstica en base a un modelo híbrido dimensional-categorial que altera notablemente el sistema diagnóstico. Este modelo define los trastornos de personalidad como un constructo de patología en el que coexiste una alteración del funcionamiento de la personalidad en relación al self, a aspectos interpersonales, a la presencia de unos rasgos de personalidad patológicos más o menos específicos para cada trastorno. En el TLP plantea una serie de alteraciones en identidad, auto-dirección, empatía y/o relaciones íntimas, junto a rasgos de personalidad no adaptativos específicos de los dominios afecto negativo, y también antagonismo y/o desinhibición.

Siguiendo el DSM-IV los criterios diagnósticos se exponen a continuación:

F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
- 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- 4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
- 5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.
- 6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- 7) Sentimientos crónicos de vacío.
- 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

Figura 1 Criterios diagnósticos del Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-IV-TR

Otros rasgos comunes al TLP pueden recogerse tal y como propone Linehan (1993) en:

- a) Vulnerabilidad emocional: Pueden experimentar una activación emocional extra elevada, siendo muy sensibles a los estímulos emocionales negativos. Les cuesta mucho más tiempo bajar al nivel base de activación con la consiguiente dificultad para controlarse e impulsividad.
- b) Autoinvalidación: Tendencia a invalidar sus propias emociones, pensamientos, creencias y conductas; estableciendo a veces expectativas

demasiado elevadas y poco realistas para consigo mismos. Esto puede dar lugar a un intenso sentimiento de vergüenza, odio e ira dirigida a sí mismos.

- c) Aflicción inhibida: Tendencia a inhibir respuestas emocionales negativas, especialmente aquellas asociadas con dolor y pérdidas, incluyendo tristeza, ira, culpabilidad, vergüenza, ansiedad o pánico.
- d) Aparente competencia: Tendencia a parecer más competente de lo que en esos momentos se es. A veces ocultan bajo una especie de máscara su verdadero estado.

En la preparación del nuevo manual diagnóstico DSM-5 los modelos dimensionales se presentan como la base para la modificación de los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad. Los modelos dimensionales de personalidad, partiendo de análisis estadísticos, se han afianzado en la sustitución de los actuales modelos categoriales de trastornos de personalidad y algunos han apostado por la desdiferenciación entre ejes. Sin embargo, las aproximaciones dimensionales propuestas también están sujetas a críticas y se han realizado propuestas alternativas.

El DSM-5 mantiene ambos modelos (el tradicional en tipos y el alternativo). El nuevo modelo enfatiza los rasgos de personalidad y un concepto dimensional y permite describir las características de personalidad de todos los pacientes, tengan o no un trastorno de personalidad así como realizar valoraciones generales hasta descripciones más detalladas de los aspectos de personalidad.

El enfoque de prototipos propuesto para el DSM-5 ofrece una descripción de 5 desórdenes de personalidad:

- Trastornos antisociales / psicopáticos
- Trastorno evitativo

- **Trastorno límite**
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno esquizotípico

Aunque finalmente los criterios diagnósticos para el TLP en la reciente versión del DSM (APA, 2013), son los mismos que en la anterior versión, se ha procedido a cambiarle el nombre a Tipo Borderline o Límite y a incorporar una propuesta de clasificación alternativa (en la sección III) según la cual el TLP se caracterizaría por rasgos patológicos de la personalidad en los dominios de afectividad negativa (i.e. labilidad emocional, ansiedad y depresividad), desinhibición (i.e. impulsividad y propensión al riesgo) y antagonismo (i.e. hostilidad).

1.3. Teoría Biosocial

A pesar de conocer algunas variables relacionadas con el origen del trastorno, aún faltan estudios longitudinales que permitan identificar con mayor claridad los componentes clave relacionados con su desarrollo (Crowell et al., 2009). Existe un consenso acerca de que se trata de un trastorno con una etiología multifactorial en la que destacan aspectos genéticos, biológicos e influencias psicosociales (Linehan, 1993; Skodol et al., 2002).

Según la Teoría Biosocial propuesta por la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), inicialmente las disfunciones biológicas (p.ej., disfunción límbica) determinarían características como una alta sensibilidad a estímulos emocionales leves, una elevada magnitud de respuesta y un lento retorno a la línea base previa a la activación emocional (Chapman y Linehan, 2005; McMain, Korman, y Dimeff, 2001). La interacción de una vulnerabilidad biológica con determinadas situaciones causales (entornos invalidantes) podría causar, en último término, la disregulación emocional

global. La disregulación emocional des de este enfoque es considerada como la disfunción primaria en el TLP (Linehan, 1993) y los patrones conductuales propios del trastorno estarían funcionalmente relacionados con esta alteración, lo que afectaría al control de todo tipo de emociones, tanto negativas como positivas. La disregulación emocional acompañaría a la disregulación de otras áreas sintomatológicas como la cognitiva, la interpersonal, la del self y la conductual (Linehan, 1993).

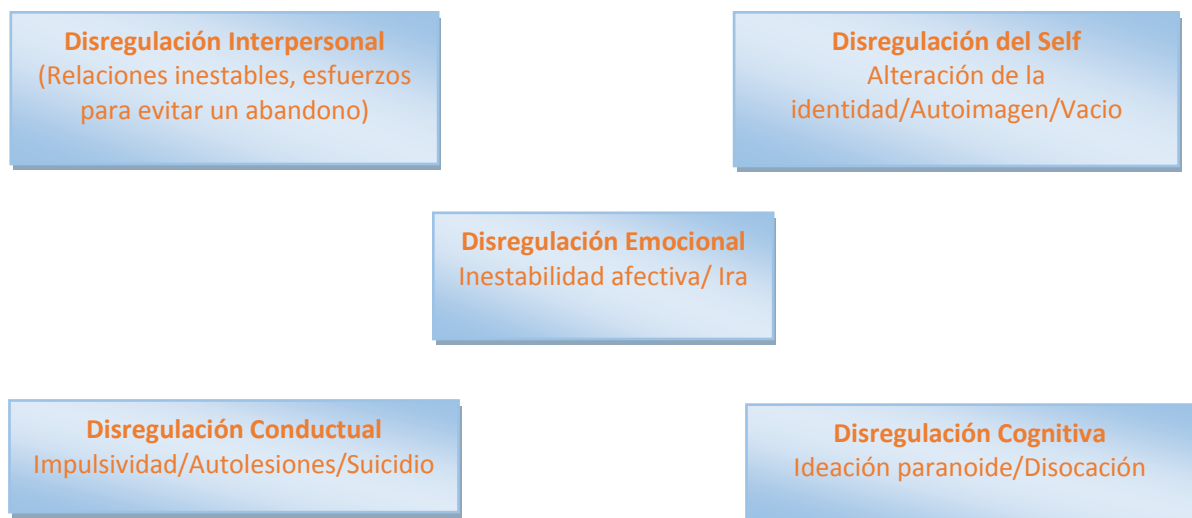


Figura 2. Reorganización de los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TLP en función de la disregulación emocional.

Esta asociación entre TLP y disfunción emocional resulta clave en la etiología del trastorno desde diferentes modelos y orientaciones teóricas (Linehan, 1993; Bateman y Fonagy, 2004). Para algunos modelos la disfunción es la causa primaria, como sucede en la TDC, para otros es secundaria, por ejemplo a interacciones interpersonales durante la infancia. Diferentes estudios muestran que los pacientes con TLP son más emocionales, presentan una respuesta afectiva mayor ante estímulos emocionales y experimentan un mayor grado de inestabilidad afectiva que los sujetos sanos. (Levine, Marziali y Hood, 1997; Reisch, Ebner-Priemer, Tschacher, Bohus y Linehan, 2008).

En los últimos años han aparecido trabajos que han utilizado técnicas de neuroimagen para explorar la neurofisiología de la disfunción emocional, centrándose mayoritariamente en córtex prefrontal, hipocampo y amígdala (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez, y Gunderson, 2006). Parecería coherente pensar que estas alteraciones estuvieran directamente implicadas en síntomas característicos del paciente con TLP como serían la impulsividad, la agresividad y la inestabilidad emocional. Actualmente se postula como posible hipótesis de la etiología biológica del TLP una disfunción del circuito fronto-amigdalario de tal forma que existiría, por una parte, una hiperactividad amigdalario que provocaría un estado de hiperreactividad emocional y, por otra, una disfunción a nivel prefrontal que provocaría un fracaso en la correcta regulación de estas emociones negativas (Tajima et al., 2009). Además, algunos de estos estudios han correlacionado alteraciones en hipocampo y amígdala con la presencia de experiencias traumáticas durante la infancia de los sujetos, pero esta relación, con una variable claramente ambiental, contrasta con la elevada concordancia entre pares de gemelos para el diagnóstico de TLP. En esta misma línea, Martín-Blanco et al. (2015) recientemente han publicado un estudio en el que el objetivo fue explorar la influencia de las variantes genéticas en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal en el riesgo del TLP y los efectos moduladores de experiencias traumáticas en la infancia. Los resultados sugieren una implicación genética del eje hipotalámico-pituitario-adrenal en el desarrollo de la patogénesis del TLP junto con factores ambientales.

Otros estudios también han intentado evaluar la implicación de variables genéticas en la etiopatogénesis del TLP. El estudio de Torgersen (2000) sugiere un fuerte componente genético en el TLP, con una concordancia del 38% entre gemelos monozigóticos y del 11% para los gemelos dizigóticos. Otros trabajos que han estudiado variables genéticas en el TLP, han observado la existencia de un mayor porcentaje de

trastornos del estado de ánimo entre los familiares de los pacientes límites, sugiriendo un factor etiológico común entre el TLP y los trastornos del estado de ánimo (Riso, Klein, Anderson y Ouimette, 2000).

Según la Teoría Biosocial, las alteraciones biológicas son parte de una ecuación etiológica que resultaría incompleta en ausencia del factor ambiental. Algunos contextos familiares presentes durante la infancia de los individuos biológicamente vulnerables, dificultarían la adquisición de habilidades de modulación emocional. La capacidad de modulación es adquirida mediante distintos aprendizajes que incluyen aprender 1) a inhibir conductas estado de ánimo dependientes, 2) a organizar la conducta al servicio de metas externas independientes al estado de ánimo presente, 3) a aumentar o disminuir el nivel de arousal fisiológico en función de la necesidad, 4) a distraer la atención lejos de un estímulo evocativo emocional, y/o 5) a experimentar la emoción sin inhibirla o escalarla. (Linehan, 1993).

Para la TDC, un contexto familiar con entorno invalidante es responsable de los déficits en la modulación emocional, así como contextos familiares caracterizados por desatención o abandono, abuso físico, emocional o sexual son extremadamente invalidantes (McMain et al., 2001; Wagner y Linehan, 1994). En estos entornos la expresión de las experiencias emocionales, es negada, ignorada, minimizada o castigada. Las manifestaciones emocionales intensas son reforzadas intermitentemente generando un patrón conductual que oscila entre la inhibición y la sobreexpresión de la emoción. Además, estos entornos transmiten un modelo sobre simplificado de solución de problemas en la consecución de las metas vitales, donde se trivializan las dificultades ambientales que podrían interferir con la meta. El resultado conjunto afecta tanto a la capacidad para describir y etiquetar emociones como para gestionar el nivel de activación de éstas, tolerar el sufrimiento y, especialmente, a confiar en las respuestas

emocionales propias como una reacción válida ante un acontecimiento estresante (Linehan, 1993). Así, el niño que ha nacido biológicamente vulnerable crece en un ambiente que responde de forma errática o exagerada a sus eventos internos (emociones, sensaciones, preferencias...), negándolos (“deja de llorar” “como vas a tener hambre si acabas de comer”) o atribuyéndolos a rasgos negativos de la personalidad (“eres un llorón” “no seas cobarde”). Las familias invalidantes restringen las demandas del niño, no tienen en cuenta sus preferencias (“que sabrás tú”) y utilizan el castigo como forma de controlar la conducta. En este ambiente, el niño no aprende a poner nombre a sus emociones, modularlas, tolerar el malestar o confiar en sus respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. Como consecuencia, durante su infancia y la vida adulta, estos sujetos tienen mayor sensibilidad emocional, dificultades para modular el afecto y un lento retorno a la línea base, lo que dificulta seriamente su capacidad de adaptación vital y da lugar a la mayor parte de síntomas y signos característicos del TLP (Soler, 2010).

En la figura siguiente se muestra gráficamente el modelo biosocial.

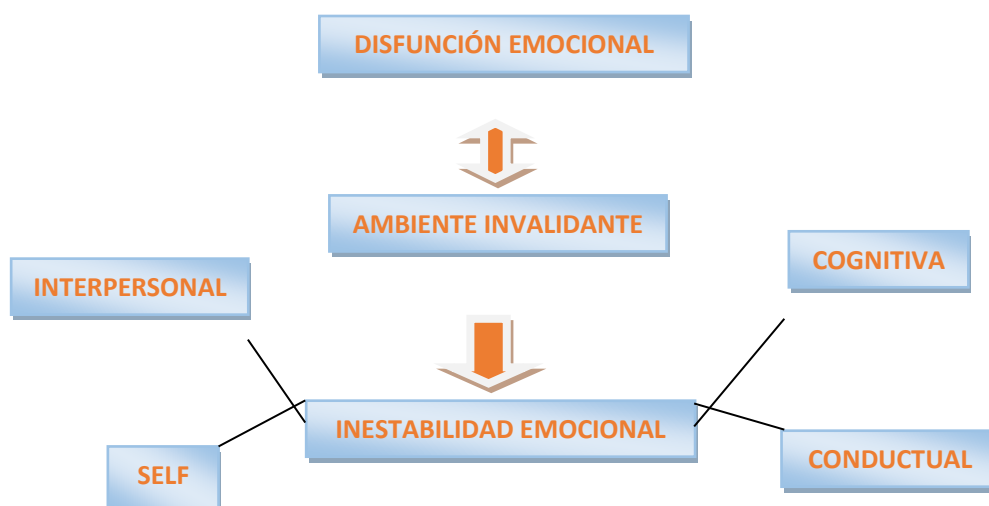


Figura 3. Modelo Biosocial

En este sentido algunos trabajos han presentado evidencias del elevado porcentaje de pacientes con TLP que presentan historias de abandono (92%), abuso físico (25%-73%) y/o abuso sexual (40%-76%) (Crowell et al., 2009). Para algunos autores, la presencia de estos contextos históricos sería un factor etiológico central en el desarrollo del trastorno, llegando a ver el TLP como una forma de estrés post traumático crónico, aunque la etiología del trastorno difícilmente se puede simplificar a un único hecho o factor. Por ello, el consenso actual sobre la relación entre abuso y TLP es que la experiencia de abuso aparece frecuentemente en la historia de los pacientes, pero no es necesaria ni suficiente para el desarrollo del trastorno (Crowell et al., 2009). Circunstancias ambientales menos extremas junto a una predisposición biológica pueden contribuir y generar el mismo resultado. (McMain et al., 2001).

Tradicionalmente, en el modelo biosocial, los patrones conductuales problemáticos y el comportamiento impulsivo comunes entre la población con TLP han sido considerados como intentos de regular emociones indeseadas o intolerables (Chapman et al., 2005), y se han entendido como un patrón general de evitación emocional. Desde este enfoque, las conductas impulsivas estarían asociadas al componente motor de una emoción, siendo mantenidas por las contingencias inmediatas que de ellas derivan (p. ej., refuerzo negativo) (Linehan, 1993).

Más recientemente Crowell et al. (2009) han propuesto una ampliación del modelo inicialmente desarrollado por Linehan (1993). El modelo ampliado se apoya en las evidencias teóricas y empíricas derivadas de la psicopatología del desarrollo y de la investigación más actual sobre las vulnerabilidades biológicas y factores de riesgo psicosociales vinculadas al TLP que permiten, según los autores, revisar la teoría inicial de Linehan y ofrecer una descripción más actualizada y completa de la etiología el TLP. Lo esencial de esta propuesta es el rol que se le concede a la impulsividad temprana en

la etiología del TLP, rol que se concibe como independiente de la disregulación emocional, y que constituiría un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de dificultades en la regulación emocional. En consonancia con una perspectiva enmarcada dentro de la psicopatología del desarrollo, en esta propuesta se describe un modelo transaccional, en el que las características individuales del niño (vulnerabilidad biológica) y las características del contexto (así como de los cuidadores) interactúan modelando y manteniendo la disregulación emocional, comportamental, interpersonal y cognitiva, característica de la personalidad límite (Crowell et al., 2009).

En resumen, para Linehan, el TLP consiste principalmente en una disfunción del sistema de regulación de la emoción. Esta disfunción a la hora de regular las emociones tiene por un lado causas biológicas que tienen que ver con la vulnerabilidad inicial del sujeto, por la cual es muy sensible a los estímulos emocionales. Este déficit produce dificultades en la inhibición del estado de ánimo cuando se ha de organizar una conducta independientemente de aquél, déficit para incrementar o bajar la excitación fisiológica cuando se necesita, déficit para distraer la atención de estímulos que evocan emociones no deseadas, y para experimentar emociones sin poder inhibirlas inmediatamente, o bien produciendo una emoción secundaria negativa extrema. Asimismo, como el nombre biosocial indica, para Linehan no es suficiente que se dé en el sujeto esta vulnerabilidad inicial sino que, además, éste ha de estar expuesto a un entorno invalidante. Como ya hemos dicho, las características de este entorno consisten en que niega o responde de modo no adecuado a las experiencias privadas de los sujetos; no se toman sus reacciones emocionales como válidas ante los hechos que las provocan, sino que se las trivializa, se las desprecia, se las desatiende o, incluso, se las castiga. Estas familias tienden a valorar el control de la expresión emocional, transmiten que la solución de los problemas es más simple de lo que realmente corresponde, y no

toleran la manifestación de afectos negativos. El resultado de todo esto es la exacerbación de la vulnerabilidad emocional del individuo, lo cual, a su vez, influye recíprocamente en el entorno invalidante. El sujeto desconfía de sus propios estados internos, lo que le lleva a una sobredependencia de los otros, y esto a su vez impide el desarrollo de un sentido del self cohesionado. Estos tres factores, las relaciones con los demás, la capacidad para regular las propias emociones y el sentido del self estable y cohesionado, influyen recíprocamente entre sí y, por tanto quedan todos alterados. Por último, para Linehan las conductas autolesivas de los sujetos límite se interpretan como intentos de regular el afecto, y además tienen un importante papel comunicativo en tanto que provocan conductas de ayuda en un entorno que en sí no responde empáticamente hacia ellos.

1.4. Apego y Regulación Emocional del Trastorno Límite de la Personalidad

La Teoría del Apego, concebida por John Bowlby (1969), se refiere a las formas características con que una persona se relaciona con sus más cercanos o “figuras de apego”: con sus padres, hijos y parejas sexuales (Hazan y Shaver, 1987). Desde el nacimiento, las interacciones entre el niño y sus figuras primarias establecerán las bases para el desarrollo de la personalidad y moldearán las interacciones íntimas subsiguientes, las expectativas de aceptación social y las actitudes frente al rechazo. Una base segura es formada a través de la estabilidad y seguridad que la figura primaria de apego provee al niño en momentos de estrés, lo que permite al niño explorar el ambiente a su alrededor. Así, el niño crea una serie de modelos mentales acerca de sí mismo y de los demás en un contexto de interacción social (los “modelos operantes internos”), basados en reiteradas interacciones con otros significativos (Bowlby, 1973). Estas relaciones de apego tempranas son cruciales para la adquisición de la capacidad

de regulación afectiva. Linehan (1993) se refiere a la idea de que un déficit en el sistema mental de la regulación de la experiencia y la expresión de las emociones está en la base de la patología del TLP. El sistema mental de la hipótesis de Linehan implica necesariamente el control metacognitivo de la experiencia emocional: un déficit metacognitivo está implícita en cualquier incapacidad para reflexionar y así regular o modular, los impulsos, afectos y cogniciones implicando una escasa capacidad para reflexionar sobre una de las representaciones mentales.

La regulación emocional comprende aquellos procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas (Thompson 1994). Estos procesos, no sólo nos permiten volver a nuestro estado de ánimo previo con mayor o menor celeridad, sino que además, parecen estar involucrados en la aparición y mantenimiento de diferentes problemas físicos y psicológicos (Hervás y Vázquez, 2006). Se refiere a la capacidad de la persona para modular sus respuestas emocionales a través de la activación de diferentes estrategias ya sean éstas emocionales, cognitivas o conductuales, siendo el polo opuesto la alteración de la regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, y Palfai, 1995). Thompson (1994) define regulación emocional como el “proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta” (p. 106). Esta definición se considera como base ya que permite conceptualizar la regulación emocional como un proceso que ayuda al ser humano a manejar sus estados emocionales, para lo que puede utilizar distintos tipos de estrategias que conducen a ese objetivo. La elección del tipo de estrategia tiene que ver con el estilo de apego que tenga el sujeto, es decir que en cada estilo se tiende a privilegiar ciertas formas de manejar y regular las emociones. Para Sroufe (2000), el apego es

concebido como la regulación diádica de la emoción; pronostica que cuando esta regulación es eficaz en la primera infancia a través de un apego seguro, tendrá consecuencias en la expresión, modulación y flexibilidad en el control de las emociones por el niño. Señala que niños con apego seguro expresan directamente sus emociones, exhiben notable curiosidad, gusto por la exploración y expresividad afectiva; en situaciones de afecto intenso permanecen organizados, manifiestan esfuerzos por modular la excitación, presentan flexibilidad en lo emocional adecuando la expresión de sus impulsos y emocionalidad al contexto. Además, acuden eficazmente a otros cuando sus propias capacidades fallan. Por el contrario, Sroufe enfatiza que en general, sujetos con historias de apego ansioso tienden a experimentar dificultades para manejar los desafíos emocionales de las relaciones con sus iguales. Lo anterior concuerda con los resultados de una investigación realizada por Kerr, Melley, Travea y Pole, (2003), cuyo objetivo era explorar la relación entre el estilo de apego adulto, experiencia y expresividad emocional, en que los participantes con estilo seguro son los más expresivos emocionalmente y reportan niveles más bajos de inhibición emocional; participantes con estilos inseguros, tanto ambivalentes como evitativos, presentan indicadores de expresión emocional significativamente más bajos que los de estilo seguro y ambos grupos reportan mayor inhibición emocional que los del grupo seguro. En cuanto a experiencia emocional, los grupos de estilos seguros y ambivalentes reportan los más altos niveles de intensidad emocional total y el grupo seguro es significativamente más alto que el grupo evitativo. Al examinar por separado experiencias afectivas positivas y negativas, el grupo ambivalente reporta los niveles más altos de afecto negativo, mientras que el grupo seguro reporta los niveles más altos de afecto positivo. El grupo evitativo reporta los niveles más bajos de experiencia emocional total y bajos niveles de emociones positivas. Kerr et al. (2003), concluyen

que si bien el grupo ambivalente no se considera a sí mismo expresando más emoción que el grupo seguro, estos tienen altos niveles de inhibición emocional y de experiencia emocional total, y los más altos niveles de afecto negativo. Estos resultados apoyan la noción que los niveles de expresividad en su conjunto, de sujetos con estilo ambivalente, no representan la cantidad de emoción que ellos experimentan, especialmente emociones negativas. Por otro lado, en el estilo evitativo se aprecia una incongruencia importante, ya que reporta niveles bajos de experiencia emocional total y, sin embargo, sus puntajes en inhibición fueron tan altos como los de los participantes ambivalentes, lo que sugiere una falta de conciencia o incapacidad de reconocer sus experiencias emocionales internas y dificultad en la expresión de emociones.

Otros autores como Mikulincer, Shaver y Pereg, (2003), también establecen relaciones entre estilos de apego y regulación emocional, y señalan que una de las mayores fuentes de variación en las estrategias de regulación del afecto, tiene que ver con la disponibilidad de la figura de apego. En el apego seguro se describe una disponibilidad de esta figura, que promueve la formación de un sentido de seguridad; así, se forman expectativas positivas acerca de la disponibilidad de los otros y visiones positivas del sí mismo como competente y valorado. Cuando otros significativos no están disponibles o no responden a las necesidades, la búsqueda de proximidad fracasa en aliviar el malestar y no se logra seguridad en el apego; así, se forman representaciones negativas del sí mismo y los otros, y se desarrollan estrategias de regulación afectiva distintas a la búsqueda de proximidad (Mikulincer et al., 2003). Así, los estilos de apego inseguros son caracterizados por el fracaso del alivio del estrés a través de la búsqueda de proximidad, lo que trae como consecuencia la adopción de otras estrategias de regulación emocional.

En la última década han comenzado a estudiar sistemáticamente la presencia de déficits de regulación emocional en diversos trastornos psicológicos: abuso de alcohol (McNally, Palfai, Levine y Moore, 2003), trastorno depresivo (Rude y McCarthy, 2003), trastorno de pánico (Feldner, Zvolensky, Eifert, y Spira, 2003), trastorno de estrés postraumático (Chapman, Gratz y Brown, 2006), y trastorno de ansiedad generalizada (Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005) (citado en Hervás y Jódar, 2008). El trastorno que parece estar más claramente asociado a las dificultades para regular las emociones es el TLP. Las personas diagnosticadas con este trastorno presentan una baja claridad y consciencia de lo que están sintiendo, un miedo general a las emociones y parecen emplear estrategias evitativas de regulación emocional (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez y Gunderson, 2006). La inhabilidad para regular las emociones es uno de los rasgos distintivos de los TLP. La intensidad emocional negativa, al igual que su incapacidad de anticipar las consecuencias de sus acciones, y los efectos de su conducta sobre los otros es una característica de estos pacientes.

Según Belloch y Fernández-Álvarez (2002) la inestabilidad afectiva e interpersonal es en gran medida consecuencia de una construcción deficitaria de la identidad, cuya característica esencial es la ausencia de cohesión y armonía interna. Esto se traduce en un padecimiento intenso, ya que no logran construir versiones del mundo congruentes con su guion de vida. Frente al menor estímulo la respuesta es inmediata. Una vez activada la emoción intensa, se desata una cadena de interpretaciones disfuncionales. La ideación elaborada aumenta el estado emocional, que a su vez da lugar a una ideación congruente, y así sucesivamente. Se desencadenan acciones para frenar el circuito y volver al estado emocional inicial. Según estos autores, a modo de síntesis, la disregulación emocional se manifiesta por:

- Especial vulnerabilidad a emociones negativas

- Falta de habilidad para observar, reflejar y poner palabras a los estados emocionales
- Dificultad para predecir y entender conductas
- Dificultad para reconocer la diferencia entre realidad interna y externa
- Dificultad para integrar estados mentales opuestos

El desarrollo de los repertorios autorregulatorios, especialmente la habilidad para inhibir y controlar el afecto, es uno de los aspectos más importantes del desarrollo de los niños. La habilidad para regular la experiencia y expresión de las emociones es crucial porque su ausencia conduce al trastorno de la conducta, especialmente de la conducta dirigida a un objetivo y otras conductas sociales. Por otro lado, las emociones intensas reorganizan y redirigen la conducta, preparando al individuo para llevar a cabo acciones que compiten con el repertorio de conducta no emocional o menos emocional. Las características conductuales de los individuos con TLP pueden ser conceptualizadas como los efectos de la disregulación de las emociones y de estrategias no adaptativas de regulación de las emociones. La conducta impulsiva y especialmente la parasuicida puede ser entendida como poco adaptativa pero muy eficiente como estrategia de regulación de las emociones.

La incapacidad para regular la activación emocional también interfiere en el desarrollo y mantenimiento del sentido del yo (Linehan, 2003). Generalmente, el propio sentido del yo se forma mediante las observaciones de las reacciones de uno mismo y de los demás ante las propias acciones. Los prerequisites del desarrollo de la identidad son la consistencia emocional y la predictibilidad, a lo largo del tiempo y en situaciones similares. La tendencia de los individuos con TLP a inhibir o intentar inhibir respuestas emocionales también puede contribuir a una ausencia de un fuerte sentido de identidad.

Las dificultades para regular las emociones interfieren en un sentido estable del yo y en la expresión emocional normal. Sin tales capacidades, se entiende que los individuos con TLP desarrollen relaciones caóticas. Esas dificultades a la hora de controlar las conductas impulsivas y la expresión de emociones negativas extremas causan estragos en su vida social; en particular, las dificultades con la ira y la expresión de la ira les impiden el mantenimiento de relaciones estables.

Junto a esta idea del sentido del yo, cabe destacar el concepto de fusión de los pensamientos o la capacidad de descentramiento que tienen dañada los sujetos TLP. El término fusión cognitiva se refiere a la incapacidad para detectar el actual proceso de pensamiento como diferente de los productos del pensar. Por ejemplo: "Estoy deprimido" o "no valgo nada" son pensamientos, pero aquí se fusionan con un sentido del yo, y pueden llegar a regular el comportamiento de una manera dañina. Descentramiento es definido como la capacidad de observar los pensamientos y sentimientos de manera individual. En la TDC se entrena la habilidad que permite identificar los pensamientos como pensamientos y no como hechos (p.ej. no tiene el mismo impacto emocional el pensamiento de no me quieren que el pensamiento de creo que no les caigo bien, en el primer caso el sujeto está fundido con la experiencia de no sentirse valorado por los otros y en cambio en el segundo no se ha fusionado con el pensamiento). Este cambio en la perspectiva de la relación entre objeto y sujeto de la experiencia es una habilidad que recibe el nombre de defusión o decentering y podría explicar en parte los efectos positivos del entrenamiento en mindfulness sobre la regulación emocional (Fresco, Segal, Tom y Kennedy, 2007). Tanto observar como describir permite ver a los distintos objetos mentales como un producto de nuestra mente y a desidentificarse de ellos ("yo no soy mis pensamientos"). Este tipo de práctica es de especial utilidad en aquellos casos en los que existe una

ansiedad elevada, muchos productos mentales y/o cuando resulta especialmente difícil no fusionarse con el contenido de la experiencia debido a la intensidad emocional de la misma. Un estudio reciente sobre la relación entre el entrenamiento en mindfulness en TDC y la regulación emocional, nos muestra resultados positivos reduciendo algunos de los síntomas psiquiátricos de los pacientes TLP (Feliu-Soler et al., 2014).

En el tratamiento de Linehan uno de los primeros y principales objetivos es el aprendizaje de la tolerancia al malestar y de habilidades de regulación emocional. El objetivo fundamental es que el paciente aprenda a regular la emocionalidad extrema, reduciéndose las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo y que aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos. Inciden de forma directa en el tratamiento de las emociones siendo los objetivos de estas técnicas las siguientes:

a) Identificar y etiquetar las emociones, es decir, aprender a observar y describir las emociones y los contextos en los que se dan. Se incluye psicoeducación sobre qué son las emociones, se analizan los distintos tipos de emociones y sus cualidades adaptativas. Se propone un modelo de las emociones que ayuda a discriminar lo que ocurre cuando se experimenta una emoción, y por tanto, a conocerlas.

b) Identificar obstáculos para el cambio emocional, analizando mediante análisis conductual las contingencias que refuerzan las emociones problemáticas.

c) Reducir la vulnerabilidad emocional, mediante el cambio de hábitos disfuncionales y la puesta en práctica de hábitos saludables (ingesta, sueño, conducta de enfermedad, etc.).

d) Incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos mediante la programación y realización de actividades placenteras.

Diferentes estudios indican que la disregulación emocional se asociaría a muchos de los síntomas propios del TLP, tales como la inestabilidad en las relaciones interpersonales, los problemas de identidad, la sintomatología depresiva, la ansiedad, el afecto negativo y las conductas impulsivas (Carpenter y Trull, 2013; Cheavens, Strunk y Chriki, 2012; Kim, Sharp y Carbone, 2014). De hecho, se ha hipotetizado que algunas terapias tales como la TDC, podrían ejercer su efecto beneficioso sobre la sintomatología límite, básicamente incrementando las habilidades de regulación emocional (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, Linehan, 2006). La mayor parte de la investigación destinada a caracterizar los componentes de la disregulación emocional en el TLP está basada en estudios observacionales en los que se han utilizado autoinformes del estado emocional y de la reactividad emocional percibida por el propio individuo. En estos trabajos generalmente se ha reportado que los pacientes con TLP parecerían presentar una mayor intensidad emocional y una respuesta afectiva más elevada respecto a controles sanos, otros trastornos de la personalidad, trastorno bipolar o depresión (Levine et al., 1997; Reisch et al., 2008; Rosenthal y Chapman, 2015, Gratz, Weiss y Tull, 2015).

1.5. Alianza Terapéutica y Trastorno Límite de la Personalidad

Los TLP han ido ganando en importancia como patología psiquiátrica debido a las características clínicas de los pacientes, que hacen difícil tratarles, por la tendencia a interrumpir los tratamientos que se les proponen y a recaer, por las repercusiones que generan desde el punto de vista sociosanitario así como el elevado consumo de servicios que generan, lo que les ha llevado a convertirse en un grave problema de salud pública.

La importancia de constituir una buena alianza terapéutica constituye uno de los factores predictivos más importantes del resultado o de indicador del proceso en el

tratamiento de varios trastornos mentales. La alianza terapéutica está estrechamente relacionada con la adherencia al tratamiento, conllevando a que una alianza insuficiente entre terapeuta y paciente conduce a menudo a un abandono temprano del tratamiento (Piero, Cairo y Ferrero (2012). En psicoterapia, las variables diagnósticas no parecen predecir el nivel de alianza terapéutica; en cambio la calidad de las relaciones interpersonales pasadas y actuales se asocia a menudo a la alianza terapéutica. Varios estudios como el de Piero et al. (2012) han detectado dificultades importantes en la construcción de la alianza terapéutica y los pacientes con TLP, dificultades que están relacionadas con alteraciones en el proceso de vinculación y con un patrón de disregulación emocional prevalente. Marziali, Munroe, McLeary, (1999) afirman que los pacientes con TLP presentan mucha dificultad para entablar relaciones terapéuticas productivas, situación que provoca que sean percibidos como demandantes y hostiles. El mantenimiento de una alianza terapéutica positiva favorecerá que el sujeto permanezca en tratamiento y que obtenga una mejoría sintomática importante de la intervención terapéutica así como una mejor adaptación a su medio. Hay que cuidar la extrema sensibilidad de estos pacientes a la deprivación y al abandono, que se intensifica sobre todo en los grupos terapéuticos, así como a la fuerte competitividad por lograr un lugar imaginario de favor o, por contra, la tendencia a los comportamientos (acting-out) que tienden a la ruptura de los límites de los encuadres grupales. (Gunderson y Gabbard, 2000).

Un estudio actual del Hospital General de Catalunya con pacientes TLP, muestra que la alianza terapéutica puede estar influenciada por algunas características clínicas, como la presencia de trastornos de la identidad graves. Algunos síntomas pueden complicar una buena alianza terapéutica, como la ira crónica, síntomas afectivos graves y una tendencia a la trascendencia (Patrizi, 2014), síntomas característicos del TLP.

Estos resultados preliminares pusieron de manifiesto que el patrón de la alianza con el terapeuta en los individuos con TLP podría estar relacionado no solo con la debilidad de carácter, sino también con un rasgo del temperamento característico de los individuos inhibidos y con tendencia a la evitación. Estos resultados sugieren que una evaluación del temperamento en los individuos que presentan un TLP podría ser útil para detectar a aquellos que tienen más dificultades para establecer una buena alianza terapéutica y para mejorar las intervenciones técnicas y los contextos de la psicoterapia de los pacientes con TLP con una mayor evitación del daño.

Los aspectos problemáticos del TLP, como fluctuaciones en la visión de sí mismo y de los demás, afectos intensos, evasión crónica, explosiones de ira, interfieren en el desarrollo de la alianza terapéutica y hacen que el tratamiento sea una tarea larga y difícil, con rupturas recurrentes y frecuente abandono prematuro del tratamiento. La mejora en la alianza conduce a la reducción en la psicopatología general del TLP y a un mejor pronóstico en todas las intervenciones terapéuticas.

La relación terapéutica en la TDC tiene especial relevancia, ya que según su autora Linehan (2003) los pacientes con TLP requieren de un clima de aceptación incondicional y confianza en el que se desarrolle una alianza entre paciente-terapeuta. En la TDC una función importante de la teoría es ayudar al terapeuta a comprender y lidiar con los efectos que producen en ellos los comportamientos de los pacientes TLP. Las interacciones problemáticas en la relación terapéutica son la base del cambio en el programa de la TDC. Esto incluye una serie de comportamientos que interfieren en la terapia tanto en el terapeuta como en el paciente, que tienen un segundo lugar de importancia en el tratamiento luego de las situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente y los comportamientos autodestructivos. La autoinvalidación y las desregulaciones emocionales, también focales en el tratamiento, suelen surgir en las

sesiones como resultado de las interacciones que se establecen entre terapeuta y paciente (Linehan, 2003). Estas interacciones son analizadas de manera colaborativa y modificadas en caso de ser posible. La TDC presta especial atención a los comportamientos intersesión que se extienden más allá de las terapias comportamentales en general. Cada modelo de tratamiento tiene sus propios parámetros en cuanto a la relación terapéutica, siendo típico de la TDC el uso de las consultas telefónicas y otras formas de consulta intersesión, que tienden a generar una particular forma de relación terapéutica, que en ocasiones está prescrita en algunos tratamientos. La TDC también enfatiza la relación particular que se establece entre el terapeuta y el equipo de consulta, que provee el apoyo y la guía que posibilitan el trabajo. Por otro lado, cada estrategia de la terapia sugiere una forma particular de relación terapéutica, resaltando algunas en particular. La estrategia dialéctica de permitir que el cambio naturalmente ocurra es diferente a enfatizar la necesidad de estructura y consistencia en el tratamiento con pacientes TLP. En cuanto a las estrategias nucleares, una relación terapéutica positiva tiene cualidades curativas en sí mismas para muchos pacientes, aunque generalmente no es suficiente para lograr el principal objetivo que es que los pacientes alcancen una vida que valga la pena ser vivida. El énfasis en la validación, y particularmente las estrategias que alientan al paciente, también ponen esta terapia en un lugar diferente al de otros tratamientos. Finalmente la postura genuina radical, siendo ésta natural y no como parte del rol, lleva a una forma particular de relación que está lejos de ser formal, reservada y de superioridad. Muchas de las estrategias nucleares sugieren también que la relación terapéutica es central, de manera diferente que en otros modelos. Esto incluye al terapeuta como detective, como conductor del análisis comportamental, como modelo, como maestro, como reforzador y castigador y como estimulador de las cuestiones que el paciente evita. En lo que respecta a las estrategias

comunicacionales, el terapeuta deliberadamente varía su estilo interpersonal; estilos de reciprocidad e irreverencia son los polos entre los cuales se encuentran el comportamiento del terapeuta y en la relación terapéutica. La terapia, correctamente aplicada, requiere de la habilidad de los terapeutas para comportarse y relacionarse de formas muy contrastantes. La primera dimensión en la cual deben mantener un balance dialéctico es la de aceptación y cambio. Una orientación excesiva hacia cualquiera de los dos extremos genera una interferencia, por lo que, con ayuda del equipo, el terapeuta deberá fortalecer el que se encuentre débil.

El programa de tratamiento de la TDC se estructura en fases.



Figura 4. Fases y metas del programa de tratamiento

Como podemos ver en la figura, la fase de pretratamiento está dirigida a la orientación del paciente hacia la terapia, es decir, el establecimiento de la relación

terapéutica, de las metas y de los compromisos. Es de gran importancia esta previa ya que se establecen las bases de la TDC, en el que la creación de una buena alianza terapéutica y buenos acuerdos en los objetivos es imprescindible para la continuidad del tratamiento. El programa de tratamiento (fase 1) se basa en una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia:

a) Reducción de conductas suicidas y parasuicidas; b) Reducción de conductas que amenazan el proceso de la terapia; c) Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente; d) Incrementar habilidades comportamentales; e) Resolver estrés-postraumático y, f) Lograr autovalidación y respeto por uno mismo.

Dentro de esta primera fase, en la reducción de conductas que amenazan el proceso de la terapia, se da especial importancia a la construcción de una relación terapéutica con el paciente TLP en el que se mantenga un ambiente colaborativo entre paciente-terapeuta. Se trabaja des de diferentes estrategias, tanto de validación como de solución de problemas. Linehan pone el énfasis en la aceptación y la validación, para desde ahí conseguir el cambio. Según el modelo los individuos con este trastorno han sufrido la invalidación por parte del ambiente, recibiendo el mensaje de que su forma de pensar, comportarse y sentir es errónea y que tienen que cambiar. Cuando se presenta un tratamiento cognitivo-comportamental a este tipo de pacientes se corre el riesgo de que interpreten la base lógica del tratamiento como el mensaje que siempre han escuchado por parte de su ambiente. Se les transmite que algo funciona mal en ellos y que hay que cambiarlo. Esto puede provocar que el paciente adopte una actitud defensiva respecto a la terapia. Linehan propone la aceptación y validación de los problemas emocionales del paciente para, a partir de ahí conseguir el cambio. Es más, esta terapia supone que el cambio sólo puede ocurrir en el contexto de la aceptación.

Es natural que la validación sea una de las estrategias utilizadas por el terapeuta en la TDC ya que la teoría biosocial, como hemos comentado, da importancia a la invalidación en la génesis de dicho trastorno. Validar, es comunicar al paciente de una forma no ambigua que su conducta tiene sentido bajo un determinado contexto, por lo que el terapeuta anima al paciente a intentar entender sus acciones, emociones, pensamientos o normas implícitas. El terapeuta acepta activamente al paciente y comunica su aceptación. La validación implica comunicar al paciente que sus respuestas tienen sentido dentro de su contexto y su situación vital, y con ello se comunica una aceptación. No se minusvalora el sufrimiento que le lleva a sus respuestas, por más disfuncionales o destructivas que éstas puedan parecer. La validación es un reconocimiento de lo que es válido, pero no significa “hacer” válido.

Linehan establece seis niveles distintos de validación, en orden creciente de complejidad. Estos niveles son descritos como: 1) estar genuinamente interesado en el paciente; 2) transmitir a éste entendimiento y reflexión de lo que éste ha dicho; 3) transmitirle a su vez comprensión de aspectos de la experiencia que el paciente no ha comunicado directamente; 4) validar la conducta a través de mostrar que ésta es causada; 5) mostrar los aspectos razonables y bien basados, en relación con la respuesta del entorno, de la conducta (sin evitar comentar también los aspectos disfuncionales); y 6) creer en el paciente como sujeto capaz de cambio, como persona de igual estatus e igual merecido respeto, que va más allá de lo que implica la etiqueta de su diagnóstico o su rol como paciente.

Indicar que se observa un paralelismo con las ideas de Rogers (1951): ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente son las tres características fundamentales que debe tener el terapeuta según Rogers para establecer una relación terapéutica efectiva con el cliente.

Las estrategias de validación son las más utilizadas ya que son clave para fortalecer la relación terapéutica.

La solución de problemas es la otra estrategia nuclear y es la contrapartida de la validación, ya que si ésta se centra en la aceptación de la situación presente, la resolución de problemas se centra en el cambio. La solución de problemas constituye la estrategia de cambio básica. El patrón de funcionamiento que presenta el paciente se trata como un problema que está causando malestar y gran interferencia en áreas vitales importantes de la persona. A lo largo de la terapia se analizan de forma conductual los problemas, se generan y analizan posibles soluciones y se orienta al paciente hacia la solución óptima. Se pacta un compromiso para involucrarse durante un tiempo en el tratamiento como posible forma de solución y se utilizan las técnicas terapéuticas necesarias para solucionar el problema. Entre las técnicas que se utilizan está el entrenamiento en habilidades, la exposición, la terapia cognitiva, manejo de contingencias, etc. Más adelante, en el apartado 3.2., se entrara en profundidad en este punto.

Se puede concluir, que la TDC da un especial papel a la creación de una buena alianza terapéutica para el trabajo con sujetos TLP, proponiendo formas de intervenir en ella para su creación y desarrollo, con el fin de trabajar los aspectos deficitarios de estos sujetos y mantenerlos en tratamiento.

2. EL APEGO

2.1. Conceptualización

En el proceso de construcción de la personalidad intervienen muchas variables estudiadas profundamente; la predisposición genética, el temperamento, la familia, la educación, el proceso de socialización, el ambiente, los acontecimientos vitales y otras. Todas ellas nos parecen entidades importantes, pero existe una, a nuestro entender, que ha de ser destacada. Son las primeras relaciones que se establecen con el cuidador principal (madre, padre u otros). Al nacer ninguno de nosotros somos capaces de regular nuestras propias emociones (Corbella y Botella, 2005; Schore, 2001; Fonagy, 1999). La relación más temprana que se establece y nos permite aprender a regular nuestro sistema emocional es la vinculación afectiva o apego con el cuidador más próximo, que se encargará de responder a nuestras señales o reacciones emocionales (Fonagy, 2004). Esto dependerá de la proximidad y seguridad alcanzada a través de la conducta de apego y por supuesto de la disponibilidad del cuidador primario (Hervás, 2000). Estos lazos o vínculos afectivos que se establecen y perduran en el tiempo hacen sentir al individuo los primeros sentimientos positivos (seguridad, afecto, confianza) y negativos (inseguridad, abandono, miedo). La relación afectiva paterno-filial es la base fundamental de los sentimientos de seguridad o inseguridad que presiden respectivamente las vinculaciones de buena y mala calidad.

Así, la respuesta de temor suscitada ante la inaccesibilidad de la madre, es una reacción de adaptación básica que en el curso de la evolución se ha convertido en una respuesta esencial para la contribución de la supervivencia de la especie (Bowlby, 1988).

El ser humano desarrolla desde sus comienzos una intensa vinculación hacia una única persona (en general, la madre) vinculación que, una vez establecida, se mantiene

constante. La separación de dicha persona (figura de apego) pone en marcha una reacción afectiva observable a través de una serie de manifestaciones de conducta que siguen un patrón constante. Este patrón presenta tres fases características que se desarrollan a medida que la separación es más larga. El niño separado de su madre manifiesta, en el primer momento, protesta; si la separación continúa, desesperación o desesperanza; y, finalmente, si la separación es lo suficientemente larga, desapego. Esta conducta manifiesta la necesidad de apego, necesidad que es primaria. Las conductas de apego se mantienen a lo largo de toda la vida, activándose en determinadas circunstancias: amenazas de pérdida o pérdida real. Las conductas de apego, que se desarrollan con la finalidad de mantener la proximidad a la figura de apego y tienen como función la supervivencia (protección de los individuos jóvenes frente a los predadores), se desarrollaron y mantuvieron de acuerdo al concepto darwiniano de la “selección natural”.

Esta necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos está recogida en la Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby (1988, 1979, 1969). En el núcleo de esta teoría se encuentra la necesidad recíproca de las relaciones tempranas.

2.2. Origen Histórico de los Planteamientos Teóricos

La investigación sobre el apego es un campo de la psicología evolutiva que estudia cómo los patrones de comunicación entre padres e hijos pautan el desarrollo del niño en diversas áreas tales como la social, la emocional y la cognitiva.

Los primeros escritos sobre apego corresponden a los trabajos de John Bowlby, influenciados por Spitz, en la década de los 60. Bowlby fue el primero en desarrollar una teoría del apego a partir de los conceptos derivados la psicología del desarrollo, con el objeto de describir y explicar por qué los niños se convierten en personas

emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación o pérdida.

El Dr. John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista de niños recalcó que los efectos inmediatos y a largo plazo que median la salud mental del niño, son la resultante de una experiencia de relación cálida, íntima y continúa entre la madre y su hijo por la cual ambos encuentran satisfacción y alegría (Bowlby, 1951 p. 11). La teoría del apego desarrollada por Bowlby durante los años 1969 a 1980, describe el efecto que producen las experiencias tempranas y la relación de la primera figura vincular en el desarrollo del niño, rescatando en la base de sus principios conceptos inherentes a la etología y al psicoanálisis. Bowlby estudió 44 niños institucionalizados por robo. En todos los casos había evidencias de experiencias previas de abuso y maltrato por parte de los progenitores. También estudió niños separados de sus madres tempranamente y por períodos prolongados, constatando los efectos en su salud mental posterior. En 1988, el Bowlby afirmaba que la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes que ocurren en el niño es influida por el patrón de apego o el vínculo que los individuos desarrollan durante el primer año de vida con el cuidador, generalmente la madre, aunque puede ser otra persona.

Bowlby (1995) define el apego como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera más capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados” (p. 40).

En este contexto, se define al apego como: “un fuerte lazo afectivo a una figura o figuras específicas que emerge completamente durante la segunda mitad del primer año de vida cuando las conductas de apego del infante comienzan a organizarse en un

sistema de control que regula la proximidad a la (s) figura (s) preferida(s)”. (Bowlby 1969, p. 222). Se describe los sistemas comportamentales como sistemas homeostáticos de control que mantienen una relación relativamente estable entre individuo y su entorno. El sistema de apego mantiene un equilibrio entre las conductas exploratorias y las conductas de proximidad.

No solo es entendida la conducta de apego en términos de mantener la proximidad del otro, sino también se han identificado otras funciones del apego; en general la figura de apego sirve como una base segura a partir de la cual el niño siente la seguridad necesaria para explorar y dominar su entorno, asimismo delante una situación de amenaza el cuidador tiene la función de refugio seguro para que el niño pueda encontrar de nuevo la seguridad para la seguir con la exploración (Bowlby, 1995). Así pues, las tres funciones de una relación de apego son la búsqueda de la proximidad, la base segura y el refugio seguro. Esta búsqueda de vinculación es entendida como una necesidad universal y primaria de los seres humanos, una urgencia biológica.

A partir de sus escritos se formula la teoría del apego, que se centra en describir y conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos o vínculos, especialmente entre las madres o cuidadores, y sus hijos/as (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969, 1979, 1988, 1995).

Bowlby explora los procesos a través de los cuales se establecen y se rompen los vínculos afectivos ya que considera que los niños necesitan una relación cercana y continuada con un cuidador primario para poder desarrollarse emocionalmente.

En el desarrollo de la personalidad se consideran dos tipos de influencias: el primero se relaciona con la presencia o ausencia de una figura confiable quien proporciona la base segura al niño; y el segundo se refiere a la capacidad del individuo de reconocer cuando otra persona es digna de confianza (factores internos). Un buen

apego incluye dos aspectos: base segura y exploración. La principal variable se concentra sobre la capacidad de los padres para proporcionar al niño una base segura, y la de animarlo a explorar a partir de ellos.

El ser humano no nace con la capacidad de regular sus reacciones emocionales. Necesita de un sistema regulador diádico, en el que las señales del niño sobre sus estados sean entendidas y respondidas por sus figuras significativas, lo que le permitirá alcanzar así la regulación de esos estados. Sus experiencias pasadas con la madre, por ejemplo, son incorporadas en sus modelos representacionales, a los cuales Bowlby (1973) denominó Modelos de Funcionamiento Interno (internal working models).

El sistema de apego, cuyo objetivo es la experiencia de seguridad, es un regulador de la experiencia emocional. Para Bowlby, la presencia de un sistema de control del apego y su conexión con los modelos operantes del sí mismo, modelos de funcionamiento interno, y de las figuras de apego, constituyen características centrales del funcionamiento de la personalidad. La salud estará relacionada con la capacidad del individuo de reconocer figuras adecuadas para darle una base segura, y su capacidad para colaborar en el establecimiento de una relación mutuamente gratificante.

Para Bowlby, los patrones de apego se mantienen a lo largo del tiempo, es decir que los "modelos de funcionamiento interno" del self y de los otros proveen prototipos para todas las relaciones ulteriores, siendo relativamente estables a lo largo del ciclo vital.

2.3. Desarrollos Teóricos Posteriores a Bowlby

Planteamientos posteriores a los originales de Bowlby consideran que el apego responde a un modelo cibernético según el cual el vínculo madre-hijo es el producto de la actividad de diversos sistemas comportamentales, que resultan en la cercanía a la

misma. El ser humano hereda el potencial para desarrollar dichos sistemas, cuya naturaleza y forma difieren según el entorno.

Siegel y Hartzell (2003) exponen los ABCs del apego, que son la secuencia evolutiva de: (A) sintonía: alienación entre los estados internos de la madre y los del niño, generalmente a través de la contingencia de señales no-verbales mutuas; (B) equilibrio corporal, emocional y de los estados mentales del niño mediante la sintonía con la madre y; (C) coherencia: sensación de integración que el niño adquiere a través de su relación con sus padres y en la que se puede llegar a sentir internamente integrado e interpersonalmente conectado con los demás.

Los sistemas comportamentales se describe como sistemas homeostáticos de control que mantienen una relación relativamente estable entre individuo y su entorno. El sistema de apego mantiene un equilibrio entre las conductas exploratorias y las conductas de proximidad.

La calidad de estos vínculos permitirá tanto el desarrollo socioemocional como mental de los niños/as, y sus raíces se encuentran primordialmente en la infancia temprana (Sroufe, 2000). De este modo, varios autores coinciden en que el apego es una conducta surgida en el curso de la evolución de la especie, y que tiene un innegable valor de supervivencia en términos darwinianos (Garelli y Montuori, 1998; Sroufe, 2000).

Los patrones de apego se desarrollan en la temprana infancia y están directamente relacionados con la historia de interacciones entre el niño y sus cuidadores, en cuanto a la satisfacción o no de los requerimientos del niño de cercanía, acogida y protección frente al temor, dolor y fatiga, entre otros (Bowlby, 1969, 1979). Existen diferencias individuales en los patrones de apego, ya que diferentes autores han sugerido que existen tres factores que influirían en las manifestaciones específicas del

estilo de apego; la experiencia individual, la constitución genética y las influencias culturales, aunque existe un gran debate respecto de la supremacía de estos factores como determinantes de los patrones de apego.

Los patrones de apego sugeridos originalmente por Bowlby fueron categorizados en términos de a) apego seguro; b) apego inseguro ansioso-ambivalente y c) apego inseguro evitativo (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978), añadiéndose posteriormente el d) apego desorganizado (Main y Solomon, 1986).

Estos autores, influenciados por las ideas de Bowlby, hicieron grandes aportaciones a las ideas de éste y realizaron la categorización los patrones de conducta infantil para identificar dichos tipos de estilo de apego. Los patrones de conducta infantil que definen estos tres estilos están relacionados sistemáticamente con la cantidad de interacciones entre madre e hijo y con la sensibilidad y receptividad de la madre a las señales y necesidades del niño.

El estilo de apego seguro responde a niños sociables y con altos niveles de exploración en el que existe una disponibilidad y receptividad cálida por parte del cuidador, es decir, el apego seguro se da cuando la persona que cuida demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza. En el dominio interpersonal, las personas seguras tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo (Mikulincer, 1998).

El estilo de apego inseguro ansioso-ambivalente, corresponde a niños que responden con conductas de protesta, con ansiedad de separación y un enfado ambivalente hacia el otro frente de un cuidador inconsistente, insensible e intrusivo. Este tipo se da cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en

ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. No tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales. Es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás (Mikulincer, 1998).

El estilo de apego inseguro-evitativo, corresponde a niños que responden con defensividad y evitando el contacto cercano, ante los que el cuidador presenta conductas de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión al contacto. Se da cuando el cuidador deja de atender constantemente las señales de necesidad de protección del niño, lo que no le permite el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita. Se sienten inseguros hacia los demás y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono (Mikulincer, 1998).

De acuerdo con la teoría del apego, los estilos de apego reflejan las normas que determinan nuestras respuestas ante situaciones que nos trastornan emocionalmente; es decir, la teoría del apego puede describirse como una teoría de la regulación del afecto (Feeney y Noller, 2001). Más recientemente, Holmes (2009) considera la teoría del apego como el “sistema inmunológico psicológico” del ser humano.

El apego seguro reflejaría normas que permiten al individuo el reconocimiento de que está angustiado y acudir a los demás para obtener consuelo; el apego evitativo refleja normas que restringen el deseo a reconocer la angustia y buscar apoyo; y el apego ansioso-ambivalente está marcado por la hipersensibilidad hacia las emociones negativas y las expresiones intensificadas de angustia.

Esta clasificación tripartita se amplió a una cuarta categoría ya que Main y Solomon (1986) se dieron cuenta de que no todos los niños entraban en la clasificación previa. El cuarto estilo de apego que definieron es conocido como desorganizado-

desorientado del apego inseguro. Este grupo tiende a mostrar conductas de acercamiento contradictorias, confusión o aprensión en respuesta al acercamiento de la figura de apego, y afecto cambiante o deprimido.

La teoría del apego reconoce el hecho de que el modelo de interacción entre el niño y sus padres (que tiene lugar en un contexto social) tiende a convertirse en una estructura interna, o sea, en un sistema representacional”. Los modelos representacionales se construyen en la experiencia de estar con los cuidadores en edades tempranas y a lo largo de la niñez y adolescencia. Tienden a fijarse en estructuras cognitivas estables. Esta teoría, desarrollada por Bowlby (1969, 1979, 1980), postula que las experiencias vinculares tempranas se internalizan como esquemas representacionales denominados modelos operativos internos de sí mismo y los otros que influirían la forma de enfrentar las relaciones afectivas adultas, especialmente ante situaciones de conflicto o estrés. El concepto de modelos operativos o modelos operativos internos (MOI) es central en la teoría del apego. Los MOI son mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno. Los MOI hacen posible la organización de la experiencia subjetiva y de la experiencia cognitiva, además de la conducta adaptativa. Una función de estos modelos es posibilitar el filtrado de información acerca de uno mismo o acerca del mundo exterior.

Un enfoque más reciente sobre el apego es el de Marrone y Diamond (2001). Para estos autores, los seres humanos tienden a establecer vínculos fuertes, selectivos y duraderos, y su ruptura da lugar al proceso de duelo, el cual puede tener mayores o menores complejidad y consecuencias para el desarrollo evolutivo posterior. Si bien las vicisitudes de estos vínculos afectan a todo individuo a lo largo del ciclo vital, asegura el experto, éstas tienen una influencia más marcada y poderosa en la niñez y la

adolescencia. Marrone, que se formó como psiquiatra y psicoanalista en Inglaterra, donde trabajó en el Servicio Nacional de Salud y en la práctica privada, estudió la teoría del apego en la Clínica Tavistock de Londres junto a John Bowlby durante diez años. Es autor del libro *La Teoría del Apego: Un enfoque actual*, insistió en que los trastornos de estos vínculos tienden a crear ansiedad y vulnerabilidad. La observación clínica, según Marrone, no aporta datos suficientes para dar solidez a una teoría del desarrollo evolutivo y, por lo tanto, debe ser enriquecida por la investigación empírica. Para entender la psicología evolutiva, Marrone propone acudir al contexto familiar y a los estudios longitudinales. El apego proporciona la seguridad emocional del niño y necesita un contexto interaccional o intersubjetivo en el que, según Marrone, coexistan la respuesta sensible y el diálogo reflexivo. La primera se consigue a través de la empatía y el tacto. La conducta de la madre debe atender a la sensibilidad a las señales, la cooperación versus interferencia, la disponibilidad y la aceptación de las necesidades del bebé. Marrone cita a Bowlby (1973) cuando éste sostiene: *“Lo que por motivos de conveniencia denomino teoría del apego es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva”* (pág. 31). *“Lo esencial del paradigma propuesto por Bowlby es que supone que los dolores, alegrías y el significado del apego no pueden ser reducidos a una pulsión secundaria... Su intención era postular un nuevo concepto de conducta pulsional dentro de la cual la necesidad de formar y mantener relaciones de apego es primaria y diferenciada de la necesidad de alimentación y de la necesidad sexual”* (páginas 33 y 34).

Otro enfoque interesante sobre la teoría del apego es el que presenta Gilbert (2009) desde la Terapia Centrada en la Compasión. Gilbert llama al sistema de las relaciones de apego como «sistema de calma y afiliación», que nos proporciona seguridad, satisfacción, paz, contento y alegría. El niño se calma cuando su madre lo acoge en sus brazos. Se siente protegido, seguro, acompañado, evocándole sentimientos de seguridad, de cariño y de satisfacción. En el adulto, el sistema de calma y afiliación sigue siendo la base neural de nuestra capacidad de sentirnos seguros, tranquilos, satisfechos y queridos. Cuando nos encontramos bajo la influencia de este sistema, surgen sentimientos de benevolencia y de compasión. Sentimos bondad y eso nos hace felices. El problema suele ser que, en nuestra cultura, tan dominada por la necesidad de logro y el afán competitivo, no activamos este sistema con la suficiente intensidad y frecuencia. Por el contrario, es más habitual que prevalezcan la ansiedad y el estrés. El sistema del cuidado nos conduce asimismo a la afiliación (afiliar procede del latín *affiliare*: incorporar como hijo), es decir, al establecimiento de vínculos positivos con nuestros semejantes. Nos impulsa a relacionarnos con otros seres humanos y a ser comunitarios y solidarios. Des de este enfoque, se utiliza la compasión como herramienta para restablecer el equilibrio emocional. En el apartado 2.6 se profundizara con esta teoría del apego y la relación con el desarrollo de la psicopatología.

2.4. Apego Adulto y Estabilidad de los Patrones de Vinculación Afectiva

Si bien inicialmente la teoría del apego fue discutida en el ámbito de las relaciones tempranas, surgió con posterioridad una serie de estudios que han aplicado los principios del apego para la comprensión de las relaciones de pareja (Hazan y Shaver, 1987), por ser estos vínculos que propician la intimidad y el cuidado mutuo (Fraley y Shaver, 2000).

Los primeros estudios empíricos del apego adulto parten de Hazan y Shaver (1987) que analizan teórica y empíricamente el amor y el apego. Su principal premisa es que el amor de pareja puede conceptualizarse como un proceso de apego, y que los tres estilos de apego descritos en los estudios sobre la infancia se ponen de manifiesto en el amor de pareja adulto.

Estos autores realizaron estudios con muestras de adultos a partir de medidas de cuestionarios (autoinformes para evaluar el apego adulto) y estudiaron la asociación entre el estilo de apego y estilos aspectos relacionales de la infancia y la edad adulta. Los resultados de los estudios indican que las frecuencias relativas de los tres estilos están muy próximas a las observadas en los niños. Estas publicaciones proporcionaron un cuerpo de evidencias teóricas y empíricas a la perspectiva del apego sobre el amor de pareja.

En la conceptualización del apego en el adulto, se ha propuesto que dos dimensiones darían cuenta de diferencias individuales en la forma de enfrentar vínculos de intimidad: la ansiedad o temor al abandono y la evitación de la cercanía e intimidad (Mikulincer y Shaver, 2007).

Una de las principales dimensiones del apego es la inseguridad, compuesta por dos polos: ansiedad (ante la separación o el abandono) y evitación (de la cercanía o de la dependencia) (Fournier, Brassard y Shaver, 2011; Mauricio y Lopez, 2009). La dimensión ansiedad refleja los miedos al rechazo y el abandono, que se combinan con las dudas sobre la capacidad e importancia social de uno mismo. La evitación de la dependencia o de la intimidad se vincula a un fuerte énfasis en la independencia, auto-suficiencia y la habilidad para hacer frente a los retos solo.

La dimensión de ansiedad alude al grado en que la persona se siente segura o no respecto de la disponibilidad del otro y el nivel en que experimenta preocupación por el

potencial abandono o rechazo. Por su parte, la dimensión de evitación alude al grado en que la persona se siente cómoda con la cercanía y dependencia de otros. Se presume que las personas que tienen baja ansiedad y baja evitación serían seguras en el apego, por cuanto se perciben a sí mismas como merecedoras de cuidado y no temen involucrarse íntimamente con otro. Se ha propuesto además que de la combinación de ambas dimensiones, se configuran los estilos de apego (Bartholomew y Horowitz, 1991), entendidos como patrones sistemáticos de expectativas, estrategias de regulación emocional y conducta social (Feeney y Noller, 2001). Se desprende que la medición del apego puede hacerse tanto categorial (estilos de apego) como dimensionalmente (ansiedad y evitación) (Martínez y Santelices, 2005). Como comentábamos, los estilos de apego pueden ser vistos como combinaciones lineares de estas dos dimensiones (Yárnoz-Yaben, 2008). Por ejemplo, una persona prototípicamente preocupada se muestra atenta a cuestiones relacionadas con el apego (es decir, se sitúa en la parte alta de la dimensión ansiedad) y no utiliza estrategias evitativas para regular sus comportamientos y sentimientos (puntuía bajo en dimensión evitación); una persona prototípicamente temerosa, se muestra relativamente atenta a cuestiones relacionadas con el apego (es decir, se sitúa en la parte alta de la dimensión ansiedad) y utiliza de manera típica estrategias evitativas para regular sus comportamientos y sentimientos (puntuía alto en dimensión evitación). Por lo contrario, una persona prototípicamente desvalorizadora también emplea estrategias evitativas, pero esta menos atenta a cuestiones del apego (es decir, se sitúa en la parte baja de la dimensión ansiedad). Una persona prototípicamente segura puntuaría bajo en ambas dimensiones.

Batholomew y Horowitz (1991), desarrollaron un modelo de cuatro categorías de apego, uno seguro y tres inseguros: preocupado, temeroso, desentendido, a los cuales subyacen las dos dimensiones descritas que han sido asociadas a distintos aspectos del

funcionamiento interpersonal (Mikulincer, Shaver y Slav, 2006). Este modelo alude a la idea de Bowlby de que los patrones de apego reflejan tanto los modelos de funcionamiento del sí mismo como los de las figuras de apego. Proponen un modelo de funcionamiento del sí mismo que se puede combinar con el modelo de funcionamiento del otro para definir los cuatro modelos de apego adulto; los cuatro estilos parten de dos dimensiones subyacentes, el objeto de los modelos mentales y el sentimiento predominante hacia ese objeto. Estos dos autores también desarrollaron descripciones prototípicas de los cuatro estilos de apego similares en forma a las tres descripciones del apego que utilizaron Hazan y Shaver (1987).

		MODELO DEL YO	
		Positivo	Negativo
MODELO DE LOS OTROS	Positivo	SEGURO (con intimidad y autonomía)	PREOCUPADO (preocupado por las relaciones)
	Negativo	RECHAZANTE (evita y niega la necesidad de intimidad)	TEMEROSO (teme la intimidad y tiene evitación social)

Figura 5. Modelo de prototipos de Bartholomew y Horowitz (1991).

Los teóricos del apego sostienen que los patrones de apego son relativamente estables, y esto es debido principalmente a la persistencia de los modelos mentales del sí mismo y de los otros, que operan en un contexto de entorno familiar relativamente estable (Stein, et al., 2002). Por otro lado, hay teóricos que reconocen que la conducta de apego no es algo fijado en el tiempo, sino que es susceptible de modificación.

Los lazos formados en la niñez pueden persistir en forma de modelos en el mundo representacional del adulto, los modelos operativos internos como anteriormente

ya mencionamos. Estos modelos internos en el adulto intentan reflejar la complejidad y densidad (presencia de interconexiones) de las redes relacionales típicas de los adultos. Como dice Bretherton (1985) los modelos internos permiten afrontar nuevas situaciones con las ventajas que aporta la experiencia previa. Así mismo, Bowlby considera que estos modelos se van ajustando y son influidos por las experiencias tempranas con los cuidadores primarios, es decir, el entorno familiar.

Estos modelos operativos internos en los adultos se han clasificado en cuatro categorías (Main y Hesse, 1990), correspondiéndose con los patrones de apego seguro, inseguro ansioso-ambivalente, inseguro evitativo y desorganizado de la infancia: a) autónomo, b) preocupado, c) rechazante y d) no resuelto.

- a) El estilo autónomo corresponde a adultos que se muestran accesibles a sus hijos o hijas, sensibles a sus necesidades, que favorecen el contacto cuando éstos o éstas lo necesitan y que a la vez estimulan y permiten la autonomía. Tienen una mayor probabilidad de tener hijos con patrón de apego seguro.
- b) El estilo preocupado corresponde a adultos que se muestran ambivalentes e imprevisibles ante las posibilidades de acceder a ellos cuando sus hijos o hijas muestran necesidad de contacto, lo cual llevaría a desarrollar con mayor probabilidad en los niños un patrón de apego ansioso-ambivalente.
- c) El estilo rechazante se aprecia en adultos que se muestran insensibles y tienden a impedirles a sus hijos o hijas el acceso al contacto cuando los necesitan. Tienen una mayor probabilidad de tener niños/as con patrón de apego evitativo.
- d) Finalmente, el estilo no resuelto corresponde a adultos que se muestran desorientados y confusos en la manera en que se relacionan con sus hijos/as

y otras personas, característica del contacto que llevaría a que sus niños o niñas desarrollen un patrón de apego de tipo desorganizado.

Los modelos operativos internos son estructuras con tendencia a la estabilidad y la autopropagación, pero tienen a la vez amplias posibilidades de cambiar durante el desarrollo y la vida adulta hacia un patrón más autónomo, en la medida en que la persona va teniendo nuevas experiencias gratificantes y seguras con figuras de apego seguras, o también cuando se vive algún proceso de redefinición, como podría ser un proceso psicoterapéutico.

La revisión de Feeney y Noller (2001) concluye que es válido considerar que algunas relaciones adultas son relaciones de apego. Las relaciones entre adultos y sus padres y, en psicoterapia, entre pacientes y terapeutas, es probable que presenten las propiedades de los vínculos de apego por lo que presenten cualidades reparadoras y de cambio.

2.5. Apego y Variables de Personalidad

La calidad del apego madre-hijo va a depender de lo que cada una de las partes involucradas aporte a la relación, así como de la influencia directa que cada una de ellas ejerce sobre la otra (Bowlby, 1990; Corbella y Botella, 2005). En este sentido, existen distintas investigaciones que han relacionado el estilo de apego con variables como la experiencia individual y constitución genética (Weaver y de Waal, 2002), la calidad del cuidado, la receptividad al llanto, la alimentación, la accesibilidad psicológica, la cooperación y la aceptación de la madre. Al mismo tiempo se han realizado investigaciones que buscan comparar la calidad de las relaciones del niño con cada uno de sus padres, llamando la atención el hecho de que es posible que el niño desarrolle un

estilo de apego seguro con un padre y un estilo de apego inseguro con el otro (Fox, Kimberly y Schafer, 1991), constituyéndose esto en una evidencia de que una característica de personalidad como el temperamento, por sí solo no permite clasificar a los niños de acuerdo a un patrón de apego seguro o inseguro; aun cuando hay estudios que atribuyen mayor importancia al temperamento infantil en la predicción del estilo de apego (Martinez-Fuentes, Brito de la Nuez y Pérez-López., 2000; Calkins y Fox, 1992).

Según Bowlby, el estilo de apego refleja la interacción entre la personalidad del niño, la familia y el entorno más amplio, por lo que no debe resultarnos extraño que exista una influencia conjunta entre las variables propias del cuidador y el temperamento infantil.

Sobre la calidad del apego, un estudio llevado a cabo en niños españoles muestra cómo la calidad del apego está más fuertemente ligada al temperamento del niño que a los rasgos de personalidad de la madre (Martínez-Fuentes et al., 2000), lo que apunta a un mayor protagonismo del niño en la constitución del vínculo. Diferentes investigadores han tratado de demostrar que los distintos estilos de apego se asocian a condiciones personales. Así, Shaven y Brennan citados por Bourbeau Diehl, Elnick y Labouvie-Vief, (1998) examinaron las relaciones entre estilos de apego y cinco grandes factores de la personalidad, encontrando que los individuos seguros eran menos neuróticos, más extrovertidos y más conformes que los individuos inseguros que eran más ansiosos y esquivos. En la misma línea, Lafuente (2000) confirma su hipótesis y reconoce que los adultos con un estilo de apego seguro tienen más alta autoestima, son socialmente más activos y presentan menos soledad que los individuos con un apego inseguro ambivalente. Bartholomew y Horowitz (1991) han examinado las relaciones existentes entre el contexto familiar y variables de personalidad en adultos. Este estudio se basó en las categorías de apego descritas por ellos y se aplicó a jóvenes y adultos,

encontrándose que en general, las personas con estilo de apego seguro tenían una evaluación más positiva de la familia de origen y del clima familiar actual, tenían una personalidad más positiva, mayor sociabilidad, dominio, autoestima y empatía. Las de apego inseguro, eran temerosas y preocupadas (Bourbeau et al., 1998). En otros estudios se ha comprobado que las personas que han tenido un apego seguro, poseen una mejor visión de sí mismas, mejor estructura propia, más positiva, se sienten más fuertes frente a las adversidades, al contrario de lo que pasa con las personas que han tenido un apego inseguro o no tan firme. (Mikulincer, 1995). De estas referencias se desprende que algunas características de personalidad y los estilos de apego pueden mantenerse estables a lo largo de la vida (Váldez, 2002), aunque esto no sería tan estricto para toda la gente, ya que los estilos de apego describen modelos prototípicos de contestaciones emocionales y de conducta interpersonal y deben verse como un sistema más grande de motivación humana. Es más, algunos individuos con estilo de apego seguro también pueden presentar ansiedad, depresión y aislamiento social (Bourbeau et al., 1998).

En consecuencia, una primera postura con respecto a esta cuestión es la de considerar que algunas de las características temperamentales del niño pueden afectar a su comportamiento y sus reacciones en la Situación del Extraño, y por lo tanto a su clasificación en un tipo de apego. El temperamento determinaría la calidad de la relación afectiva siempre y cuando constituyera un obstáculo difícil de superar por parte del cuidador. Por ejemplo, un niño irritable es probable que experimente más malestar ante la separación, y que busque más contacto cuando vuelva la madre, aunque sin llegar a calmarse. Esta reacción sería independiente de las características de responsividad y sensibilidad de la madre. Este niño tendrá más posibilidades de ser considerado de apego inseguro-ambivalente. Sin embargo, existen también estudios que

indican que el temperamento del niño parece influir sobre el comportamiento de éste en la Situación del Extraño, pero sin afectar a aspectos que tienen que ver con la clasificación que recibe el niño. En concreto, lo que se ve afectado es la expresión emocional de la seguridad o inseguridad del niño en esta situación (Belsky y Rovine, 1987).

Entre los argumentos expuestos por quienes consideran que temperamento y apego son factores independientes, hay que destacar la alusión a las diferencias entre los tipos de apego que el niño establece con distintas figuras como padre y madre, padres y cuidador. Los datos más completos proceden de un metaanálisis realizado por Fox et al. (1991) y son bastantes concluyentes, ya que, en la mayoría de los casos existe concordancia entre el tipo de apego establecido con el padre y la madre. Sin embargo, ello no quiere decir que sea debido sólo a la influencia de las características temperamentales del niño, la responsividad de la madre es un factor determinante y que mediatiza, todas las interacciones que sostiene con él y que además determinará la seguridad del apego establecido. Sobre este punto referido, se deberían tener en cuenta variables como la personalidad de la madre o cuidador principal. No obstante la concordancia en las relaciones de apego puede deberse a que los padres comparten valores e ideas en cuanto a aspectos tan relevantes para la formación del apego como la responsividad y sensibilidad hacia las peticiones del niño. A juicio de Oliva (2004), la mejor hipótesis sobre las relaciones entre temperamento y apego es la que plantea el modelo de bondad de ajuste de Thomas y Chess, (1977), referida a la interacción entre las características temperamentales del niño y las características de los padres. Es decir, ciertos rasgos del niño pueden influir en el tipo de interacción adulto-niño y, por tanto, en la seguridad del apego, pero en función de la personalidad y circunstancias del adulto. Era más probable que un niño estableciese un apego inseguro con su madre

cuando éste tenía un temperamento difícil y, además, su madre mostraba una alta compulsión. Crockenberg (1981) fue capaz de predecir la inseguridad en el apego a los doce meses a partir de la irritabilidad del recién nacido, pero sólo para bebés cuyas madres eran poco responsivas al llanto de su hijo cuando éste tenía tres meses, y que además carecían de apoyo social. Es decir, aunque el temperamento difícil del niño no lleva directamente a la formación de un vínculo afectivo inseguro, sí limita las posibilidades de que desarrolle un apego seguro (Oliva, 2004).

En esta misma línea, es lo que se desprende de la teoría biosocial ya mencionada, en el que Linehan sostiene que la disfunción del sistema de regulación emocional es producto de la interacción entre aspectos biológicos del niño y un ambiente invalidante, un ambiente que tiene sus efectos en el desarrollo de la personalidad, es decir, durante la infancia y adolescencia. En el caso del desarrollo del TLP se refiere sobre todo a un patrón de crianza que responde con respuestas inapropiadas o no contingentes a la comunicación de experiencias íntimas. Cuando se produce una expresión emocional intensa, el ambiente hace ver al individuo que se equivoca en su descripción de la experiencia emocional y se atribuye su forma de expresar emociones a características de personalidad socialmente inaceptables. El problema surge cuando el individuo es vulnerable emocionalmente, es decir, cuando tiene dificultades para regular sus emociones. No se reconocen los problemas emocionales del niño, se le dice que se controle, que no está bien la manera en que expresa sus afectos, que no sabe reaccionar ante los acontecimientos. Es decir, se le pide que cambie pero no se le enseña cómo. Linehan (1993) lo describe como decirle a un niño sin piernas que camine, pero sin proporcionarle muletas o piernas artificiales. Además, en un ambiente de esas características, muchas veces son necesarias expresiones emocionales extremas para provocar una respuesta de apoyo. El ambiente

castiga la expresión de emociones negativas, pero refuerza de forma intermitente las expresiones emocionales muy extremas.

El estilo de apego depende del trato recibido por las principales figuras afectivas que a su vez deriva de las características personales de las mismas (Lafuente, 2000). En otras palabras, el apego es el resultado de una relación que se establece entre los dos miembros de una díada donde las características del niño y del cuidador pueden influir en la seguridad del apego que se ha establecido (Oliva, 2004).

Desde este punto de vista, es razonable pensar que el temperamento del niño puede influir en el tipo de apego que llegue a establecer. La existencia de esta relación ha suscitado debate en los últimos años, sin que se haya llegado a un acuerdo absoluto (Fonagy, 2004). De los estudios que se han realizado y cuyo objetivo era poner de relieve la correlación entre el patrón de apego y algunas características de personalidad, Fonagy (2004) considera que del resultado de estos, no se desprende una relación unívoca entre tipo de apego y comportamiento manifiesto de la personalidad; mientras que, probablemente, la modalidad de apego incide en la capacidad representacional del sujeto respecto del self de los otros, y a la relación con los otros. Leondari y Kiosseoglou (2000) analizaron la relación entre los estilos de apego y la separación psicológica de los padres, según el funcionamiento psicológico de un grupo de adolescentes. Observaron que existía una asociación positiva entre el estilo de apego seguro y la libertad para sentir la ausencia de sentimientos de culpabilidad, ausencia de ansiedad y ausencia de resentimiento hacia los padres, lo que sugería una relación inversa entre un apego y la independencia emocional, funcional y actitudinal de éstos. Esto también puede llevarnos a suponer que los individuos que han desarrollado un estilo de apego seguro, tienen una percepción más positiva de sí mismos (Siegel, 1999), más seguridad y la capacidad para enfrentar los problemas con una estructura más

organizada, al contrario de lo que podríamos esperar con aquellos que han desarrollado un estilo de apego inseguro. Hay investigaciones que sugieren la asociación entre estilo de apego y ciertas conductas de riesgo para la salud, como el uso de sustancias y la falta de compromiso con cualquier tipo de tratamiento (Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003).

Muchas de las características del apego inseguro adulto se asemejan a los signos y síntomas de los trastornos de la personalidad (Adshead y Sarkar, 2012). Existe una gran cantidad de estudios acerca de los patrones de apego en personas que presentan trastornos de la personalidad, especialmente del clúster B (Bender, Farber, y Geller, 2001), que señalan que estos individuos exhiben mayores índices de apego inseguro que la población general (Cassidy y Shaver, 2008). A la inversa, se ha demostrado que el apego seguro está rara vez asociado al trastorno de la personalidad límite o por evitación (Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape, y Egan, 2001; Westen, Nakash, Thomas y Bradley, 2006). Adultos con un estilo de apego ansioso son más sensibles al rechazo y a la ansiedad, y por lo tanto son propensos a trastornos de la personalidad: histriónico, límite, por evitación y por dependencia. Por otro lado, la hipoactivación del sistema de apego exhibido por individuos con un estilo evitativo explica la asociación con trastornos de la personalidad esquizoide, narcisista, antisocial y paranoide (Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn, 2009; Barone, 2003; Choi-Kain, Fitzmaurice, Zanarini, Laverdiere, y Gunderson, 2009; Fossati et al., 2003; McGauley, Yakeley, Williams, y Bateman, 2011; Westen et al., 2006).

En un estudio más reciente (Camps-Pons, Castillo-Garayoa y Cifre, 2014) evalúan el estilo de apego y la sintomatología psicopatológica de una muestra de adolescentes-jóvenes que han sufrido maltrato intrafamiliar. Aproximadamente uno de cada tres adolescentes-jóvenes (32.5%) presenta apego seguro, mientras que algo más de dos de cada tres (67.5%) presentan apego inseguro, sea de

tipo evitativo (37.5%), preocupado (20%) o temeroso (10%). El maltrato intra-familiar implicaría un mayor riesgo de dificultades para establecer un auto-concepto y una visión de los demás que permitan regular adecuadamente las emociones y establecer relaciones de confianza, minimizando así la vulnerabilidad a sufrir dificultades psicopatológicas.

2.6. Desorganización del Apego y Psicopatología

Es probable que sean muchos los caminos que desemboquen en el desarrollo de ciertos estilos de apego y en sus riesgos psicopatológicos concomitantes.

Dentro de las posibles relaciones existentes entre los patrones de apego y la psicopatología, no podemos pasar por alto las conductas contradictorias, desorganizadas o estereotipadas. En el año 1986, Main y Solomon describieron por primera vez la conducta desorganizada de apego. Más tarde Main y Hesse (1990) relacionaron el apego desorganizado con un ambiente asustado o de cierto miedo. Este patrón de apego, según los autores citados, aparece con frecuencia en niños cuyos cuidadores inspiran miedo, por lo que se encuentran frente a la paradoja de necesitar protección de las figuras que a su vez les provocan circunstancias atemorizantes. En una investigación posterior Lyons-Ruth, Bronfman y Parsons (1999) hallaron también que cuando la figura del cuidador provoca miedo, esto puede predecir la desorganización del apego. Así podemos suponer que el estilo de apego desorganizado mantiene una relación con la agresividad infantil, la disociación y las reacciones violentas. Este tipo de conductas desorganizadas están relacionadas con diferentes factores familiares, psicopatológicos, sociales, ambientales etc.

Des de un enfoque más reciente, Gilbert (2009) realiza una síntesis de las teorías del apego de Bowlby y la teoría de la mente que junto con la visión evolutiva del cerebro humano -especialmente dotado para la búsqueda del contacto y las relaciones

con los demás miembros de su especie- y algunas referencias de corte budista, sirve de base a su propia visión de los tres sistemas de regulación de los afectos -el sistema de amenaza, el de activación y el de confortamiento- para, a partir de dicha síntesis, establecer la compasión como el regulador principal de los tres sistemas. Destaca tres sistemas emocionales particularmente importantes para el mantenimiento de la salud mental. Estos sistemas son: 1) el sistema de amenaza y protección, 2) el sistema de logro y búsqueda de recursos y 3) el sistema de satisfacción, calma y seguridad. Él afirma que en nuestras sociedades avanzadas existe un gran incremento de la actividad tanto del sistema de amenaza (la autocrítica y la vergüenza nos hacen sentirnos amenazados), como del sistema de logro (la ambición y la persecución obsesiva de bienes materiales y de posición social), mientras que el sistema de la satisfacción y de la calma (sistema de relaciones de apego) se encuentra menos activo de lo que resultaría conveniente. Y precisamente este sistema, el de la calma y satisfacción, es el que sería capaz de contrarrestar la actividad de los otros dos y devolvernos el equilibrio emocional perdido. El sistema de amenaza y protección evolucionó para que pudiéramos detectar y responder con rapidez a las amenazas y agresiones que proceden, en general, del mundo externo. Este sistema se encarga de producir emociones como el miedo y la ansiedad, el enfado, los celos y el asco (Gilbert y Choden, 2013). Aunque se desarrolló para proteger a los seres vivos de los peligros externos, también puede ser activado por estímulos internos. En el caso de los seres humanos (con un cerebro muy capaz de imaginar los escenarios más diversos), el sistema fácilmente puede volverse contra nosotros mismos y producir estados de ansiedad, miedo, enfado o rabia, aunque no estemos amenazados por ningún peligro del mundo externo. La autocrítica genera desilusión, enfado y frustración, pero dirigidos hacia nosotros mismos, es decir, nos auto agredimos sin necesidad de que nadie nos ataque. Para contrarrestar la autocrítica

se recurre a la autocompasión. Pero, además, la autocrítica bloquea la propia autocompasión, por lo que es fácil que nos quedemos atrapados en un callejón de sufrimiento al que no le vemos salida alguna. El sistema de amenaza, aunque muy útil para defendernos de los peligros del mundo físico externo, no nos facilita, precisamente, la producción de los sentimientos de calma y seguridad que tanto necesitamos para contrarrestar las situaciones estresantes. Por otro lado, el sistema del logro orienta a la búsqueda de los recursos necesarios para sobrevivir. Impulsa a conseguir alimentos, a buscar sitios seguros para refugiarnos, a protegernos de las adversidades climáticas y de los predadores, a buscar parejas sexuales y, en general, a explorar el entorno para encontrar todo lo necesario para la vida. En el caso de los seres humanos, resulta frecuente que este sistema funcione sin freno y que, a pesar de tener suficiente para subsistir (incluso con holgura), sigamos tratando de conseguir más cosas, más posesiones, de manera que, con facilidad, nos encontramos inmersos en una espiral de ambición desmedida, en la que siempre queremos más, pero nunca nos sentimos satisfechos, por mucho que ya tengamos. En estas condiciones, de producirse algún logro importante, la satisfacción que obtenemos es muy efímera, ya que enseguida nos proponemos una nueva meta y volvemos a sumergirnos en la carrera frenética del siempre más. El resultado es que el sistema de logro, de manera similar al de amenaza, aunque necesario para sobrevivir, no nos depara la calma, y se convierte, de hecho, en una fuente de estrés y de insatisfacción.

En la actualidad, existen factores claramente culturales que hacen que ambos sistemas, el de amenaza y el de logro, se encuentren hiperactivos en una gran parte de la población. El resultado es el estrés y sus numerosas consecuencias nocivas para la salud, tanto física como psicológica. Basta que pensemos por un momento en las enfermedades cardiovasculares, como ejemplo de una patología física en que el estrés

desempeña un papel destacado. O en los trastornos de ansiedad y de depresión, como ejemplos de trastornos psicológicos, también favorecidos por el estrés. Por ello se hace necesario frenar los efectos nocivos de ambos sistemas con medios que contrarresten su hiperactividad. Esto es precisamente lo que hace el sistema de la calma y satisfacción, cuya razón de ser ya se ha esbozado en el apartado anterior. Por ello, la activación de este sistema es capaz de contrarrestar el efecto estresante de los otros dos y de proporcionar, a los individuos que sepan activarlo adecuadamente, la calma, la satisfacción y la serenidad que constituyen el mejor antídoto para el estrés en el que habitualmente nos encontramos inmersos. El desarrollo de la compasión tiene pues sentido como una herramienta de autorregulación y como un método para incrementar el bienestar y las cualidades mentales positivas. Desde este punto de vista, resulta comprensible que, en la actualidad, se estén desarrollando protocolos prácticos para desarrollar la compasión. Estas prácticas reciben el nombre de «prácticas generativas» y constituyen un tipo de ejercicios ligeramente diferentes a las tradicionales prácticas contemplativas. Constituyen un complemento importante a la «atención focalizada» y a la «meditación de campo abierto», que eran, hasta ahora, las dos formas principales de practicar mindfulness. Gilbert (2009) habla de la necesidad de mejorar las habilidades psicoterapéuticas y se refiere a la existencia de muchos pacientes difíciles, que se caracterizan por tener un alto nivel de vergüenza y de autocrítica, por tener miedo a otras personas, por no gustarse a sí mismos y por tener dificultades para sentir sentimientos positivos de cariño hacia sí mismos. Son este tipo de pacientes los que más pueden beneficiarse de las terapias basadas en el desarrollo de la compasión.

Diversos estudios han explorado la relación entre la desorganización del apego y la psicopatología en adultos. Aizpuru (1994) refiere que en diversos estudios se ha

encontrado que en niños maltratados hay una mayor incidencia de apego ansioso y que estos muestran un mayor índice de frustración y de agresión. El apego desorganizado parece ser un factor general de riesgo que favorece la conducta desadaptada. Liotti (1995) ha relacionado los síntomas disociativos con experiencias de pérdida de las figuras parentales en los primeros años de vida del niño. Para Hesse y Main, los individuos con un trauma no resuelto o experiencias de pérdida, son más propensos a fenómenos disociativos (citado en Fonagy, 2004). En estudios sobre muestras de riesgo, Shaw y cols., (1996) sugieren que el apego desorganizado puede ser un factor de vulnerabilidad para trastornos psicológicos posteriores, si se combina con otros factores de riesgo.

Algunos estudios han encontrado las siguientes relaciones entre diferentes patrones de apego y algunos trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia; sobre el apego inseguro, Weinfield, Sroufe, Egeland y Carlson (1999) encontraron relaciones con la depresión en la infancia, dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia. Warren, Huston, Egeland y Sroufe (1997) relacionaron el apego ambivalente en la infancia con el trastorno de ansiedad en el adolescente. Rosenstein y Horowitz (1996) por otro lado observaron que los adolescentes con una organización de apego evitativo eran más susceptibles a desarrollar problemas de conducta, abusos de sustancias (Girón et al., 2003), trastorno de personalidad narcisista o antisocial, y rasgos paranoicos de personalidad. Mientras que aquellos con una organización de apego ansioso eran más susceptibles a desarrollar trastornos afectivos o un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, histriónico, trastorno límite de la personalidad o esquizoide. También sobre el apego inseguro, evitativo o desorganizado en la infancia, Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlosn y Egeland, (1997) encontraron relación significativa con los síntomas disociativos a edades entre

17 y 19 años. Greenberg (1999) en su revisión de la literatura al respecto, muestra importantes relaciones entre el tipo de apego y la psicopatología.

Parece probado que los apegos inseguros son iniciadores de caminos que, con probabilidad están asociados con posteriores patologías. Por el contrario, parece ser que las personas con un estilo de apego seguro desarrollan una gran confianza hacia sí mismos y los demás. La naturaleza estable de los estilos de apego da cuenta del desarrollo de estrategias permanentes para la regulación afectiva y del contacto social. Individuos con apego seguro confían en sus figuras de apego y perciben el ambiente como poco amenazante, por lo tanto, este grupo de individuos son los menos propensos a los trastornos de la personalidad. Estos sujetos continúan buscando relaciones de apego efectivas durante toda la vida (Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes y Luyten, 2011). Sujetos evitativos, que han carecido crónicamente del apoyo de figuras de apego, suelen negar o desestimar las amenazas del ambiente (Bennett, 2005). Por lo tanto, presentan un umbral más alto frente a emociones negativas o frente a las necesidades de apego. Individuos con apego ansioso, luego de una historia de apoyo inconsistente por parte de sus figuras de apego primarias, presentan un umbral más bajo para la percepción de las amenazas ambientales y por tanto, para desarrollar estrés. Esto explica la frecuente activación del sistema de apego, lo que provoca angustia e ira. Por consiguiente, estos sujetos exhiben búsqueda compulsiva de atención y sobredependencia.

En general se admite que el estilo de apego seguro es un factor de protección y resiliencia (Siegel, 1999) respecto al desarrollo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta. Las personas con apego seguro muestran menos hostilidad y más habilidad a la hora de regular la relación con otros (Fonagy, 2004).

Otros autores en este sentido, han realizado investigaciones con el fin de demostrar que los distintos estilos de apego están asociados a ciertas características

personales sobre todo con los trastornos de ansiedad, depresión y el trastorno límite de personalidad (Bifulco, Moran, Ball y Bernazzani, 2002; Meyer, et al., 2001; Gerlsma y Luteijn, 2000). En esta línea de investigación, Buchheim, Strauss y Kächele (2002) observaron que existía una asociación entre el estilo de apego ansioso, las experiencias traumáticas sin resolver y el trastorno de ansiedad y la personalidad límite. Sin embargo algunos autores discrepan sobre estas tesis y dicen que no existen suficientes datos que permitan validar dichas afirmaciones (Fonagy, 2004; Girón et al., 2003).

Relaciones de apego de buena calidad son el elemento crítico en el desarrollo del apego seguro. A su vez, el apego seguro emocional más que la estimulación intelectual, es crucial para el desarrollo de una personalidad saludable (Braun y Bock, 2011). No es sorprendente entonces, que exista una alta prevalencia de trauma infantil tanto en individuos con apego inseguro como en pacientes con trastornos de la personalidad. El TLP está significativamente asociado al apego ansioso en presencia de traumas no resueltos (Aaronson, Bender, Skodol y Gunderson 2006; Ainsworth et al., 1978; Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn, 2009; Barone, 2003; Westen et al., 2006) y con estilos de apego desorganizados (Westen et al., 2006). Los estudios demuestran que un 50-80% de los pacientes con TLP cumplen los criterios para al menos uno de estos estilos (Agrawal, Gunderson, Holmes, y Lyons-Ruth, 2004; Barone, Fossati y Guiducci, 2011).

Costello (2013) presenta una aproximación basada en el apego a la terapia que se ocupa de los limitantes y perjudiciales efectos de las experiencias negativas de apego temprano. Nos expone como nuestras experiencias de apego temprano con nuestro cuidador principal influyen en el adulto que nos convertimos. Estas experiencias forjan nuestros patrones de comunicación, experiencia emocional, relaciones íntimas, y el modo de vivir en el mundo. Si nuestras primeras experiencias son seguras, aprendemos

a acceder y comunicar sentimientos adaptativos, pensamientos y comportamientos. Por el contrario, si nuestras experiencias tempranas de apego son inseguras, podemos luchar con, emociones desadaptativas desreguladas y tienen dificultades en nuestras relaciones íntimas - que conduce a la ansiedad, la depresión y la ira excesiva o mal dirigida.

Estudios recientes (Martin-Blanco et al., 2014) investigan la relación entre el maltrato infantil y los rasgos temperamentales de la gravedad del TLP ya que juegan un papel importante en el desarrollo del trastorno. De una muestra de 130 sujetos con TLP aproximadamente el 70% de la muestra informó de algún tipo de abuso o negligencia. El maltrato infantil se correlaciona inversamente con sociabilidad, pero no se observó correlación con los otros rasgos temperamentales. Los resultados mostraron que el rasgo neuroticismo-ansiedad y rasgo de agresión-hostilidad, así como el abuso emocional, fueron factores de riesgo asociados de forma independiente con la severidad del TLP. El abuso sexual no se asociaba con la gravedad del trastorno. Por último, la interacción entre los rasgos altos de neuroticismo-ansiedad y la presencia de abuso emocional se asoció con la gravedad del TLP. Estos resultados sugieren que la interacción entre los rasgos temperamentales y las historias de abusos en la infancia influye no sólo en el desarrollo, sino también de la severidad del trastorno. Los autores comentan que se necesitan más estudios para identificar los factores más biológicos y ambientales asociados con la gravedad del trastorno.

Otro estudio muy reciente (Elices et al., 2015) investiga la relación entre los diferentes tipos de trauma infantil, los rasgos de personalidad y las facetas de la atención plena (mindfulness) en una muestra de TLP. Los resultados muestran relaciones significativas entre rasgos de personalidad en neuroticismo-ansiedad y varias facetas de mindfulness: actuación en consciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad, y entre impulsividad con ausencia de juicio. Parece que, en TLP, los

déficits en mindfulness pueden estar más estrechamente asociados con mayores niveles de neuroticismo y la impulsividad en lugar de experiencias traumáticas tempranas. En relación al trauma infantil los resultados muestran relaciones significativas con experiencias de abuso sexual y déficits en mindfulness. Estos resultados deben ser tomados con precaución, ya que los autores comentan que parece que las intervenciones basadas en mindfulness podrían ofrecer un enfoque valioso para el tratamiento de la disregulación emocional con la historia del trauma. En general, el presente estudio indica que los rasgos de personalidad pueden tener un mayor impacto en la capacidad de mindfulness que las experiencias traumáticas tempranas en pacientes TLP. Estos estudios resaltan la importancia del temperamento en la formación del trastorno TLP.

Dado que la evidencia empírica ha demostrado que el apego inseguro es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de la personalidad y otras enfermedades mentales, los investigadores han impulsado en el estudio de la relación entre este concepto y el éxito de los procesos psicoterapéuticos.

Es ampliamente aceptado que las características del apego individual influyen los resultados de la psicoterapia, sin embargo los resultados son inconsistentes (Kirchmann et al., 2011; Sauer, Anderson, Gormley, Richmond, y Preacco, 2010). La mayoría de los estudios muestran que los pacientes con apego seguro obtienen mejores resultados (Conradi, De Jonge, Neeleman, Simons, y Sytema, 2011; Levy, Ellison, Scott y Bernecker, 2011; Sauer et al., 2010), pero otros informan de resultados más ventajosos con pacientes evitativos y desorganizados (Fonagy et al., 1996). El metaanálisis más importante acerca de la influencia de los estilos de apego sobre los resultados psicoterapéuticos en varios diagnósticos (incluidos los trastornos de la personalidad), tratados desde diversas orientaciones terapéuticas, demostró que el apego ansioso tiende a obtener malos resultados en psicoterapia, mientras que el apego

evitativo parece no tener efecto. Este metaanálisis confirma que el apego seguro predice el éxito psicoterapéutico de manera consistente (Levy et al., 2011). El apego influye también en la alianza terapéutica, que a su vez tiene importantes efectos en el resultado de la terapia (Barber, Connolly, CritsChristoph, Gladis y Siqueland, 2000).

2.7. Estilo de Apego del Paciente y Establecimiento de la Alianza

Terapéutica

Como se ha descrito, los estilos de apego no están fijados rígidamente, lo que lleva a pensar que con experiencias positivas de vida, una intervención terapéutica apropiada y una alta motivación para el cambio es posible que una persona adulta modifique su estilo relacional y la manera de poder experimentar intimidad y proximidad. Además, tal y como se comentó, la relación con las figuras de apego posibilita la construcción de un modelo del mundo y de sí mismo en función de su desarrollo cognitivo y afectivo, que le permitirá actuar, comprender la realidad, anticipar el futuro y establecer metas. Si partimos de la premisa de que los modelos de realidad son estructuras cognitivas que forman los modelos representacionales del mundo, entonces debe reconocerse que son además la única forma que tiene el individuo para establecer una relación con éste (Guidano, 1994). Esto significa que una característica importante para el desarrollo de una relación estrecha son las construcciones autorreferenciales recíprocas con la imagen de la persona significativa, lo que al mismo tiempo permite estabilizar y desarrollar aún más la dinámica relacional. En psicoterapia es primordial proporcionar las herramientas de análisis y auto-observación necesarias que permitan al paciente realizar un reordenamiento gradual de su experiencia personal, y la relación terapéutica es justamente el contexto específico

que permite poner en práctica situaciones de cambio que guiarán dicho proceso de reorganización (Guidano, 1994).

Numerosos estudios han mostrado la gran utilidad que puede tener la teoría del apego en diferentes campos de la investigación en psicoterapia, tales como el de las características del terapeuta y los diferentes aspectos de la alianza terapéutica. Así, sobre la base de las relaciones entre adultos durante el proceso psicoterapéutico, es muy probable que la organización del apego del terapeuta puede llegar a influir en el trabajo terapéutico (Leiper y Casares, 2000), aun cuando se hayan realizado algunas investigaciones que han demostrado lo contrario (Ligiéro y Gelso, 2002). Holmes (1997) por ejemplo, se ha dedicado a estudiar la teoría del apego como un aspecto relevante para la práctica psicoterapéutica, concluyendo que las experiencias de apego logran internalizarse como una narrativa propia a la edad de entre 3 y 5 años, y que esta es la base de una función autoreflexiva y de una capacidad autobiográfica de la propia vida posteriormente, lo que lleva a plantear como objetivos psicoterapéuticos la búsqueda de la intimidad y de la autonomía. En este sentido, un patrón de apego seguro es el punto de partida para la búsqueda de intimidad, así como la capacidad de protestar sanamente permite la separación y la consecuente autonomía.

Más recientemente, las investigaciones se han enfocado a estudiar la relación entre el tipo de apego de pacientes adultos y la alianza terapéutica. Además de relacionarse con los resultados sintomáticos, el apego está asociado a la deserción en psicoterapia. La investigación muestra que las personas con apego seguro forman una alianza terapéutica caracterizada por altos niveles de alianza global, y crean especialmente altos niveles de alianza emocional y relacional y acuerdo en metas y tareas. Por otro lado, las personas con apego temeroso encuentran dificultades en establecer una alianza, especialmente en crear el vínculo emocional y relacional con el

terapeuta (Hietanem y Punamäki, 2006). Se ha observado que el estilo de apego inseguro está asociado con evaluaciones más bajas de la alianza, mientras que el estilo de apego seguro lo está con las evaluaciones más altas (Eames y Roth, 2000). Este mismo estudio también indicó que la frecuencia de ruptura estaba asociada al tipo de apego: un apego ansioso con rupturas más frecuentes y un apego evitativo con una frecuencia menor de rupturas. Con respecto al tipo de apego de pacientes adultos y la alianza terapéutica en la fase inicial, Eames y Roth (2000) encontraron que los pacientes con apego ansioso puntuaban una menor alianza mientras que los pacientes con apego confiado se asociaron con puntuaciones altas en la evaluación de la alianza.

En un estudio de Tasca, Balfour, Ritchie y Bissada, (2007) sobre la alianza terapéutica y el apego, observaron el impacto del tratamiento en el contexto y cómo influye en relación entre el apego ansioso/evitativo y el crecimiento de la alianza terapéutica en una terapia de grupo 65 mujeres con diagnóstico de trastorno de alimentación divididas en dos grupos; un grupo de terapia cognitiva-conductual y otro grupo de psicoterapia psicodinámica interpersonal. Las escalas de apego se completaron antes del tratamiento y una escala de alianza terapéutica se completó después de cada sesión de terapia. La curva de crecimiento indica un aumento del crecimiento lineal en la alianza terapéutica para ambos tratamientos. Para el grupo de psicoterapia psicoanalítica, se muestran resultados en la línea de mayor ansiedad y menor apego evitativo estaban relacionados con el crecimiento de la alianza. Estas relaciones no eran evidentes para la psicoterapia cognitivo conductual.

Muran (2002) propuso un enfoque relacional para comprender el self y el cambio, basado en una convergencia de perspectivas y desarrollos teóricos en relación a las rupturas de la alianza y los impases.

Safran y Muran (2000) presentan un análisis detallado de las posibles rupturas de la alianza terapéutica y de las formas de restaurarla. A partir de sus estudios dividen las posibles rupturas en dos: por distanciamiento y por confrontación. La primera se produce cuando el paciente se desvincula del proceso terapéutico y se muestra desinteresado, desmotivado y pasivo. El segundo se da cuando el paciente se enfrenta activamente a su terapeuta cuestionando constantemente sus intervenciones o su competencia profesional. Debido a las dificultades relacionales de los pacientes con TLP es probable que se produzcan ambas.

Corbella y Botella (2005), presenten una aproximación a los efectos de la relación terapeuta-paciente, más concretamente de la alianza terapéutica, desde los conocimientos científicos actuales sobre la influencia de las relaciones de apego en la neurobiología de la autorregulación afectiva. Se pone de manifiesto que la calidad de las relaciones de apego afecta a la capacidad de autorregulación afectiva. Estos autores consideran que la base de un apego seguro depende de la relación, de lo que llaman, una sincronización comunicativa y una resonancia emocional. De lo contrario un déficit de sincronización comunicativa y resonancia emocional puede llegar a dañar el desarrollo de una persona, siendo de gran importancia una psicoterapia para la creación de nuevas relaciones de apego seguro, mediante la relación terapéutica, ya que ejerce un efecto reconstructivo sobre los patrones problemáticos iniciales. Estos autores comentan como los estudios de desarrollo neurobiológico han contribuido a demostrar la naturaleza social y relacional de nuestro sistema nervioso. La base del interés por estudiar los efectos neurobiológicos de las diferencias de los patrones de apego radica en la evidencia de que el desarrollo neurológico óptimo en la infancia depende en gran medida de las condiciones de la relación de vinculación que se establece entre el niño y su figura de apego primaria. La noción de los modelos internos de funcionamiento (ya

descritos anteriormente) permite entender por qué las relaciones de apego van más allá de la necesidad de protección. La permanencia y estabilidad de estos modelos se explica porque las formas de regulación emocional propias de cada uno de los diferentes patrones de apego se interiorizan a partir de las experiencias de interacción tempranas.

Desde esta perspectiva, se entiende la relación terapéutica como un sistema de sincronización comunicativa y resonancia emocional. Conciben la relación terapeuta-paciente, especialmente, la alianza terapéutica, “como un elemento esencial en el proceso psicoterapéutico, no solo como facilitador de aplicación de técnicas sino como ingrediente activo en la promoción del cambio en el paciente” (Corbella y Botella, 2005, p.86). Entienden el término alianza terapéutica como el factor predictor de éxito en psicoterapia y explican que no hay una única variable del terapeuta o del paciente que por sí solas y con independencia de las otras, sea decisiva en la alianza (Corbella y Botella, 2004a). Se concibe la relación terapéutica como una relación de apego susceptible de reestructurar la memoria implícita de los patrones de apego.

Crittenden (2000), considera que la aplicación de la teoría del apego puede ser útil para entender la relación terapéutica, ya que la psicoterapia se puede considerar una relación de apego correctiva limitada en el tiempo. La perspectiva de la maduración dinámica de la teoría del apego se aplica en primer lugar a la relación padres-hijo y luego se compara con la relación terapeuta-paciente a través de la consideración de seis componentes del self (procesos emergentes, función, maduración, reciprocidad con el no-self, multiplicidad de los selves potenciales e integración). Expone las ideas de Guidano, que considera el self como un proceso organizador continuo (Guidano, 1994). La experiencia modifica profundamente el self y gracias a la danza interpersonal de protección, consuelo y desafío. Es un proceso de moldeado y remodelado por parte de ambos selves, el del niño y los padres. En el proceso psicoterapéutico los terapeutas han

de ser conscientes del proceso de cambio de los pacientes. Los psicoterapeutas funcionan como figuras de apego sustitutivas de los pacientes que buscan protección respecto a una amenaza percibida por el self. Esto conlleva a un proceso correctivo, en el que el terapeuta proporciona una base segura sobre la cual los pacientes pueden explorar sus experiencias anteriores. Crittenden (2000) expone su conceptualización del paciente y del terapeuta como dos selves emergentes que se van formando, y el concepto de terapia como una interacción en el cual ambos trabajan la autoprotección del cliente, una nueva manera de plantear la idea alianza terapéutica.

Obegi (2008), expone como el vínculo entre el cliente y el terapeuta, el componente de la alianza es el que desempeña un papel crucial en el apoyo a la labor de la terapia. Este autor, considera que la teoría del apego, con su énfasis en el desarrollo y la dinámica de las relaciones íntimas, es un lente a través del cual podemos ampliar nuestra comprensión del vínculo terapeuta-cliente.

Desde la teoría revisada hasta el momento existen distintos estudios que examinan la relación de los resultados en psicoterapia con los estilos de apego (Castonguay y Beutler 2006). Los resultados convergen en distintos hallazgos importantes: los pacientes con apego seguro tienden a funcionar mejor que otros pacientes; los pacientes con apegos preocupados o inseguros tienden a responder más pobremente a diferencia de otros pacientes con otros estilos de apego; los pacientes con estilos de apego seguros obtienen más beneficio con tratamientos breves.

En un estudio previo a esta tesis realizado por la propia autora y colaboradores (Lossa, Corbella y Botella, 2012) se tuvo como objetivo el profundizar en el conocimiento de la relación entre el estilo de apego del paciente y la construcción de la alianza terapéutica. Se administró el Cuestionario de Relaciones Interpersonales (ECR-S) y el Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI) mostrando como

resultados que los estilos de apego ansioso presentan más dificultades en el establecimiento de la relación terapéutica, a diferencia de estilos de apego evitativos en el que no existe correlación. De las tres subescalas del WATOICI, el factor objetivo es el que correlaciona más negativamente con el estilo de apego ansioso. La dimensión de ansiedad se obtuvo que predice un 23.5 % de la variancia del WATOICI en la octava sesión.

Otros estudios sobre la relación entre la alianza terapéutica y patrones de apego del paciente son los que utilizan el instrumento de evaluación de AAS (Adult Attachment Style), en el que se evalúa el concepto de intimidad, comodidad, capacidad de depender de los demás o no y el miedo al abandono en una muestra es de 76 pacientes. Los resultados muestran que la comodidad e intimidad correlacionan positivamente con alianza, mientras que el miedo al abandono correlaciona negativamente con la alianza (Mallinckrodt, Coble y Gantt, 1995).

Otro estudio de (Kivlighan, Patton y Foote 1998, citado en Corbella y Botella, 2003) demuestra que la comodidad, la intimidad y la capacidad de depender de los otros predicen una buena alianza terapéutica. Estos estudios muestran como conclusión que clientes con patrones de apego seguros construyen una buena alianza terapéutica a diferencia de clientes con patrones de apego inseguro.

Un estudio más actual de Sauer, Lopez y Gormley (2003), utiliza la metodología estadística de modelos jerárquicos lineales para investigar sobre los patrones de apego del paciente y terapeuta sobre la calidad de la alianza terapéutica. Los resultados muestran diferencias en la calidad de la alianza terapéutica según el estilo de apego del paciente.

El estudio de Diener y Monroe (2011) examinó mediante un metaanálisis, la relación entre el estilo de apego adulto y la alianza terapéutica en la psicoterapia

individual en una gran muestra de pacientes. Los resultados indicaron que una mayor seguridad en el apego se asoció con alianzas terapéuticas más fuertes, mientras que por lo contrario una mayor inseguridad en el apego se asoció con alianzas terapéuticas más débiles.

Un estudio más reciente (Navia y Arias, 2012) fue diseñado con el propósito de determinar las variaciones de la alianza terapéutica a lo largo de la terapia y determinar la relación con el apego del paciente y del terapeuta. El apego se evaluó mediante la AAS y la alianza terapéutica a través del Inventario de Alianza Terapéutica aplicado en la 1ª, la 3ª y la 10ª o última sesión. Los resultados indicaron que el apego seguro favorece el desarrollo de la alianza terapéutica evaluada por el terapeuta, en especial en la 1ª sesión. Posteriormente, la apertura a la intimidad con el paciente y la confianza en el procedimiento terapéutico benefician la alianza terapéutica.

Soares, Botella, Corbella, Serra de Lemos y Fernández, (2013) realizaron un estudio de los diferentes estilos de pacientes y construcción de la alianza con un terapeuta. El objetivo principal fue la comprensión del desarrollo en la co-construcción de la alianza terapéutica en la fase inicial del proceso terapéutico con 19 pacientes con diferentes estilos y un terapeuta. Se utilizó el estilo de afrontamiento del paciente, su resistencia (Cuestionario para Evaluar la Personalidad del Cliente - CEPC, Beutler, 2000) y el Inventario de la Alianza Terapéutica (Working Alliance Inventory-WAI). Los pacientes parecen aumentar sus niveles de externalización, más que sus niveles de internalización durante el proceso terapéutico. También fue interesante determinar si los pacientes que abandonaron la terapia presentaban un perfil específico y altos niveles de resistencia. Los niveles de externalización de los pacientes que permanecieron en terapia aumentaron más que los niveles de internalización, y estos pacientes presentaron

menores niveles de resistencia. La relación terapéutica es la dimensión con un acuerdo absoluto entre el terapeuta y paciente.

Marmarosh, Markin y Spiegel, (2013) aplican la teoría del apego a la psicoterapia de grupo, explicando cómo los terapeutas de grupo pueden trabajar eficazmente con miembros de diferentes estilos de apego. Mediante la comprensión de las necesidades de cada miembro sobre la base de su estilo de apego, el terapeuta puede fomentar mejor los intercambios emocionales correctivos que desafían las creencias desadaptativas de los miembros acerca de sí mismos y de los demás.

Muy recientemente Zack et al., (2015) estudiaron la relación entre el apego y los resultados en psicoterapia y encontraron que aquellos sujetos adolescentes que presentaban historias de apego de base segura con sus padres, la alianza terapéutica no era un predictor significativo de reducción de los síntomas y por el contrario, los jóvenes con la historia más pobre apego, la alianza terapéutica tenía una relación más fuerte con el resultado.

Otro estudio correlacional reciente con 70 adultos jóvenes tratados con psicoterapia psicoanalítica, demostró resultados positivos y mejoría sintomática de aquellos pacientes que construían una buena alianza terapéutica con su terapeuta (Lilliengren, Falkenström, Sandell, Mothandery Werbart, 2015).

Recientemente, un estudio de metaanálisis desde 1995 hasta 2013 sobre el estilo de apego del paciente y el establecimiento de la alianza terapéutica, nos muestran que los estilos de apego evitativos correlacionan negativamente con la alianza terapéutica (Mallinckrodt y Jeong, 2015).

Todos estos estudios nos llevan a concluir que la dimensión de estilo de apego es una variable a tener en cuenta en psicoterapia ya que pareciera influir en la construcción de la alianza terapéutica y por ende en los resultados psicoterapéuticos. Nos conducen a

pensar que los estilos de apego seguros conllevan un establecimiento de la alianza terapéutica más fuerte o positivo, a diferencia de estilos de apego inseguro, como ansioso o evitativo, que obstaculizan o dificultan esta construcción de la alianza terapéutica.

3. ALIANZA TERAPÉUTICA

3.1. Conceptualización

La conceptualización del término alianza terapéutica fue desarrollándose a lo largo del siglo XX. En términos generales el concepto de alianza terapéutica ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico, en donde ambos trabajan juntos en armonía. En el intento por definir y sistematizar los elementos que componen la relación terapéutica, que resulten de mayor utilidad para el éxito de la terapia, la noción alianza terapéutica adquiere especial relevancia.

La importancia de la relación terapéutica fue originalmente discutida por Sigmund Freud en su teoría sobre el papel de la transferencia. Fue el primero en hablar de la importancia de la colaboración por parte del paciente, en el proceso psicoterapéutico (Safran y Segal, 1994, citando a Freud). En su trabajo “La dinámica de la transferencia”, Freud (1912; 1976, citado en Corbella y Botella, 2003) planteó que el primer objetivo del tratamiento es desarrollar un vínculo entre paciente y terapeuta, señalando la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista, disipando las actitudes de resistencia que se manifiestan al principio de la terapia. El concepto de alianza terapéutica tuvo su origen en el seno del modelo psicoanalítico y la influencia más importante en este concepto se desprende pues, de los desarrollos en la perspectiva psicoanalítica de la Teoría relacional, en el que se plantean que tanto terapeuta como paciente participan en la configuración relacional que será el mecanismo central del cambio.

Algunos trabajos de la teoría psicoanalítica contemporánea han avanzado hacia una perspectiva relacional donde la participación y subjetividad del terapeuta resultan de gran relevancia (Mitchell, 1988, citado en Corbella y Botella, 2003). La neutralidad y abstinencia clásica defendida por el psicoanálisis ha ido dejando paso a una mayor inclusión de la interacción, espontaneidad y autenticidad del terapeuta (Mitchell, 1997, citado en Corbella y Botella, 2003). Posiblemente esta sea la razón del actual crecimiento de la atención que se presta a la alianza desde la tradición psicoanalítica y psicodinámica (Safran y Muran, 2000).

La aportación de Bordin (1979) con su definición de alianza basada en el trabajo de Greenson (1965) que elabora el concepto de alianza de trabajo en el que propone un modelo que tiene 3 componentes: la transferencia, la alianza de trabajo y la relación real, ayudó a establecer una conceptualización que aclaró hasta cierto punto las dudas sobre el papel de la transferencia y permitió la definición de la alianza de modo que las principales escuelas terapéuticas se sintiesen cómodas con un concepto común a todas, aunque la diversidad de matices en la conceptualización de la alianza según cada perspectiva teórica continúa siendo debatida (citado en Corbella y Botella, 2003). Greenson considera que el desarrollo de una alianza terapéutica depende de la capacidad del paciente y el terapeuta para desarrollar una colaboración real y no distorsionada el uno con el otro, sobre la base de auténticos sentimientos de simpatía, confianza y respeto. (Safran y Segal, 1994 citando a Greenson, 1967). En términos generales se define la alianza terapéutica como el vínculo colaborativo entre paciente y terapeuta. (Krupnick, Sotsky, Simmens, Moyer, Elkin, Watkins y Pilkonis, 1996).

Orlinsky y Howard (1986) consideran que el vínculo terapéutico está formado por tres componentes entre los cuales está la alianza terapéutica, mientras que según Bordin (1994 citado en Horvath y Greenberg, 1994), la alianza terapéutica está

constituida por tres componentes, uno de las cuales es el vínculo terapéutico. Sin embargo podemos afirmar que la alianza terapéutica es el componente de la relación terapéutica cuya importancia recibe más consenso en cuanto a la formación de la relación terapéutica.

Aunque la alianza terapéutica figura desde hace bastante tiempo como un concepto importante en la literatura psicoanalítica, a fines de la década de los 70 comenzó atraer la atención y despertar el interés de teóricos e investigadores de la psicoterapia. En ese sentido, probablemente dos de los autores más influyentes en la concepción actual de la alianza terapéutica sean Bordin y Luborsky. El primero (Bordin, 1979) definió la alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) acuerdo en los objetivos y (c) vínculo positivo. Horvath y Greenberg (1989) aclararon el significado de estos 3 términos: *tareas* son las actividades específicas (sean explícitas o implícitas) que requiere que el paciente realice para beneficiarse del tratamiento y entendidas como continuidad del tratamiento fuera de la terapia (citado en Safran y Segal, 1994). Terapeuta y paciente tienen la sensación mutua de que las tareas propuestas en la terapia son razonables, asequibles y están relacionadas con los objetivos del tratamiento. El *acuerdo de objetivos*, se refiere al acuerdo acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos; se refiere a las conductas y cogniciones que tienen lugar dentro de la terapia y que constituyen la sustancia del proceso psicoterapéutico. Terapeuta y cliente están de acuerdo en los objetivos del proceso terapéutico. El cliente es consciente de la relevancia de los objetivos y se siente identificado con los temas explícitos e implícitos del proceso particular en el que está involucrado. El terapeuta tiene alguna evidencia directa o indirecta de que los objetivos establecidos en la relación terapéutica son compartidos y

aceptados por el cliente. El concepto de *vínculo* se refiere al grado en que se desarrolla una relación entre terapeuta y paciente presidida por la aceptación y la confianza mutuas. “La calidad de éste determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta, que influye en su colaboración en el proceso terapéutico” (Feixas y Miró, 1993, p. 29). Una fuerte alianza terapéutica se caracteriza también por el acuerdo existente entre paciente y terapeuta sobre los objetivos que van a ser el foco de trabajo durante la terapia. “Son los objetivos generales hacia los que se dirige la psicoterapia” (Safran y Segal, 1994, p. 53).

Pinsoff y Catherall (1986), operacionalizaron la conceptualización de Bordin y desarrollaron escalas para la evaluación de la alianza en el contexto individual, familiar y de pareja. Se han desarrollado diferentes instrumentos de medida para la evaluación de alianza terapéutica, como son; Escalas de Penn de Alexander y Luborsky; los instrumentos de Vanderbilt de Suh; Strupp y O’Malley; Calpas de Marmar, Weiss y Gaston; EAPI de Pinsoff y Catherall; WAI de Horvath y Greenberg y sus diferentes versiones (Corbella y Botella, 2003).

También Luborsky (1976) desarrolló una conceptualización de la alianza más cercana a la visión psicodinámica original sugiriendo que es una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia (citado en Horvath y Luborsky, 1993). El mismo autor describió dos tipos de alianza en función de la fase o etapa de la terapia de la que se trate. La alianza de tipo 1 se da sobre todo en el inicio de la terapia y se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente “sobre el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta como contenedor” (Luborsky, 1976).

La alianza de tipo 2 se da en fases posteriores del proceso terapéutico y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y el

malestar del paciente, desarrollando un sentido de pertenencia en dicha relación. A pesar de las diferencias existentes entre los planteamientos de Bordin y Luborsky, parece posible la complementariedad de ambos. La alianza tipo 1 de Luborsky podría ser entendida como la sensación de comodidad que experimentan los pacientes al sentirse acogidos y se puede relacionar con el componente de aceptación o vínculo positivo de Bordin. El acuerdo en las tareas y en los objetivos por parte del terapeuta y del paciente acaba por constituir lo que Luborsky describió como alianza de tipo 2.

Distintas aportaciones recientes dan apoyo a la consideración de la negociación entre terapeuta y paciente sobre las tareas y los objetivos como punto importante para el establecimiento de la alianza y para el proceso de cambio (Safran y Muran, 2000), distanciándose de concepciones tradicionales que asumían la alianza como responsabilidad del terapeuta.

De este modo se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro, resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza modula la relación.

El concepto de alianza terapéutica ha sido incorporado por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, pero distanciándose de la lectura transferencial proporcionada por el contexto psicoanalítico. Como es conocido, desde el movimiento humanista se prestó, desde su propio inicio, una especial atención al papel de la alianza terapéutica en el proceso psicoterapéutico y aunque, desde esta perspectiva no se alude a ella con el concepto de alianza terapéutica, Rogers es considerado uno de los pioneros en el trabajo de definir los componentes activos de la relación terapéutica. Este autor se refirió a la importancia de la calidad de la relación terapéutica, siendo uno de los

primeros en enfatizar que el contacto terapéutico en sí, es una experiencia de crecimiento (Rogers, 1951). Según este autor, el tipo de relación que establece un terapeuta, puede ser un factor que facilite el que en la persona se establezca un modo de funcionamiento sano. Rogers, postuló que lo esencial de la psicoterapia es la calidad emocional de la relación terapéutica y sostuvo que el elemento más importante para su mantenimiento es la calidad del encuentro interpersonal con el cliente (Rogers, 1951). Expone las condiciones claves en la calidad de la relación terapéutica, considerando que la importancia de estas condiciones radica en su universalidad, es decir, que pueden ser aplicables a todo tipo de terapia, terapeutas y clientes: ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente eran las tres características fundamentales que debía tener el terapeuta según Rogers (1951) para establecer una relación terapéutica efectiva con el cliente. Sin embargo, esta manera de concebir la relación terapéutica se funda completamente sobre las cualidades personales del terapeuta, a diferencia de la concepción de Bordin que hace más hincapié a la importancia de la cualidad de mutualidad y colaboración terapeuta y cliente para la eficacia de la psicoterapia. Otra diferencia entre Bordin y otros autores es que éste no considera la alianza terapéutica como una intervención terapéutica en sí, sino como un vehículo que posibilita y facilita la aplicación de las técnicas específicas en psicoterapia.

La propuesta de Rogers significó, para la psicoterapia en general, la posibilidad de cuestionar el papel primordial que se le venía otorgando a las técnicas utilizadas por los distintos enfoques psicoterapéuticos y, gradualmente, comenzar a dirigir la atención hacia el rol del terapeuta y la relación terapéutica.

Desde una orientación cognitiva, Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), consideran que una buena relación terapéutica es necesaria pero no suficiente para la eficacia de la terapia cognitiva. Los autores llegan a la conclusión de que la relación y los factores

técnicos tienen papeles aditivos e independientes en el proceso de cambio; separaron la relación terapéutica de los ingredientes activos de la terapia, y no la consideraban un requisito previo para el proceso de cambio. Desde una visión más constructivista, se plantea que la relación terapéutica es esencial para crear el contexto interpersonal necesario para generar las condiciones de cambio y la definen como un encuentro entre dos o más personas, entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios en la organización de uno o más de los participantes en esta interacción. Esto se expresa en la alianza terapéutica, que consideran que es el resultado del proceso de relación interpersonal entre paciente y terapeuta, que se constituye como una base de apego segura y que está formada por características técnicas y personales de los participantes en ella (Safran y Segal, 1994). La alianza posibilita la exploración y reordenamiento de la experiencia inmediata del paciente, así como la explicación de éste dentro de un contexto técnico profesional protegido, que se orienta al desarrollo y mejoría del sujeto.

Desde una orientación cognitiva-conductual, y más concretamente desde la TDC, la relación terapéutica consiste en centrarse en combinar aceptación con cambio, apoyo en cuestionamiento, flexibilidad y límites, énfasis en las habilidades y aceptación de déficit. Se supone que el cambio se facilita al enfatizar la aceptación y la aceptación al enfatizar el cambio. La TDC promueve la construcción y mantenimiento de una relación colaborativa, interpersonal y positiva entre cliente y terapeuta. Una característica fundamental de la relación terapéutica es que el terapeuta es consultor del cliente, no consultor de terceras personas. El terapeuta está pues de la parte del cliente. La formación de habilidades psicosociales, la relación entre el cliente y el terapeuta (y, en terapia grupal, la relación entre los clientes) es una fuerza poderosa a la hora de mantener al paciente en la terapia.

La llamada revolución cognitiva significó la revitalización del interés por la relación terapéutica. De hecho, la orientación cognitiva (y más concretamente las perspectivas constructivistas) han llegado a considerar la alianza terapéutica como un aspecto central del proceso terapéutico (Arnkoff, 1995; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998, citado en Corbella y Botella, 2003). Probablemente este interés renovado no es ajeno a algunas conclusiones obtenidas a partir de la investigación de resultados en psicoterapia en las últimas dos décadas. Así, los datos proporcionados por la investigación sobre la eficacia diferencial de las psicoterapias demostraron que la mayoría de tratamientos estudiados no presentaban grandes diferencias de resultados entre sí. Los avances, tanto teóricos como empíricos en el campo de la psicoterapia, apuntan cada vez más al rol fundamental de la relación terapéutica en el proceso de cambio, y los terapeutas cognitivos comienzan a prestar mayor atención al papel que tiene en el tratamiento. Tras diversas formulaciones teóricas, años de investigación en psicoterapia y aun cuando no existe una definición única del concepto alianza terapéutica, hay autores que declaran que uno de los hallazgos más consistentes es que la calidad de ésta es el predictor más poderoso del éxito del tratamiento (Safran y Muran, 2000).

Respeto a la evaluación, aunque no es el propósito de este trabajo, solo comentar que se han desarrollado a partir de la década de los 80 diversos instrumentos de evaluación de la alianza terapéutica, procurando reflejar las diferentes perspectivas teóricas que han dado lugar a las diversas conceptualizaciones (Wiseman, Tishby y Barber, 2012). Por ejemplo, la construcción de la Working Alliance Inventory (WAI; Horvath y Greenberg, 1986) comprende tres factores que corresponden a la conceptualización de la alianza según los desarrollos de Bordin. Dicho instrumento ha provisto un mayor ímpetu para los fundamentos empíricos sobre la alianza en

psicoterapia. La WAI junto a Helping Alliance Questionnaires (HAQifi; Luborsky, Barber, Siqueland. y Johnson, 1996), California Psychotherapy Alliance Scale (CALPS; Gaston, y Marmar, 1994) y Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS; O'Malley, Suh, y Strupp, 1983) representan los instrumentos de medición más empleados para el estudio de la relación terapéutica. El uso de técnicas multivariantes en el análisis estadístico de las escalas releja que éstas presentan en común el concepto de la relación de colaboración en confianza (Horvath, Del Re, Fluckiger y Symonds, 2011). Por su parte, los trabajos de Gelso han dado lugar a la construcción del Real Relationship Inventory (Kelley, Gelso, Fuertes, Marmosch y Lanier, 2010). Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds y Wampold (2012) realizan un metaanálisis con el objeto de evaluar los efectos del terapeuta en la alianza y los resultados de la psicoterapia. A tal efecto, los autores realizaron un análisis de efectos aleatorios examinando varios moderadores de dicha asociación, que incluyen (a) ratio paciente-terapeuta (N paciente dividido por N terapeuta), (b) alianza (paciente, terapeuta y observador), (c) medidas del constructo, (d) diseño de la investigación y (e) diagnóstico DSM-IV. De acuerdo con los resultados, la relación paciente-terapeuta (PTR) resulta un moderador significativo de la correlación entre la alianza y el resultado. Del Re et al (2012) corroboran investigaciones previas, observando que la variabilidad del terapeuta en la alianza parece ser más importante que la variabilidad en los pacientes, en relación al resultado de la terapia.

3.2. Alianza Terapéutica en la TDC

Es necesario adentrarnos más detalladamente al concepto de alianza terapéutica des de un enfoque cognitivo-conductual, que importancia y relevancia se le da a dicho concepto des de la TDC.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la relación terapéutica en la TDC tiene especial relevancia, ya que según su autora Linehan, los pacientes con TLP requieren de un clima de aceptación incondicional y confianza en el que se desarrolle una alianza entre paciente-terapeuta.

Linehan (1993) postula varias razones por las que la TDC difiere de los enfoques cognitivo–conductuales clásicos. En primer lugar, en la TDC el foco está puesto en la aceptación y validación de la realidad tal cual es y poniendo énfasis en el cambio, enfatiza la importancia de balancear cambio y aceptación, tomando para esto la filosofía dialéctica. También se hace énfasis en el trabajo sobre las conductas que interfieren con la terapia. Para Linehan (1993), esto puede asemejarse al énfasis que hacen las terapias psicodinámicas en la “transferencia”. En tercer lugar, en la TDC la relación terapéutica adquiere especial relevancia puesto que el área de las relaciones interpersonales es un área seriamente afectada en pacientes con TLP y la relación terapéutica sirve de modelo para el paciente (Linehan, 1993).

Las estrategias de tratamiento en la TDC, que se describen como aquellas actividades, tácticas y procedimientos coordinados que un terapeuta emplea para conseguir los objetivos del tratamiento, pueden agruparse en cinco categorías:

1. Estrategias nucleares
2. Estrategias dialécticas
3. Estrategias estilísticas
4. Estrategias de gestión de casos
5. Estrategias integradoras y estructurales

Las estrategias nucleares (validación y resolución de problemas) y las estrategias dialécticas, forman los componentes esenciales de la TDC (Linehan, 1993). Son

importantes ya que junto a las demás estrategias, uno de los fines es el fomentar una buena alianza terapéutica y solventar posibles amenazas y riesgos de disolución de ésta.

Las estrategias dialécticas tienen su raíz en la filosofía dialéctica que postula la realidad como un estado de permanente proceso y cambio, siendo especialmente útiles cuando ocurren polarizaciones (Linehan, 1993). La tensión dialéctica más importante es la de lograr el cambio en un contexto de aceptación de la realidad tal cual es. El terapeuta debe estar alerta a las tensiones dialécticas que puedan surgir en la relación con el paciente, y procurará balancear la aceptación con el cambio. En un contexto grupal, todos los miembros se hallan en un constante estado de tensión dialéctica, a muchos niveles y en muchas direcciones en el que el terapeuta deberá estar atento y mantener un equilibrio terapéutico. Además, el terapeuta funciona como modelo para enseñar comportamientos dialécticos, para lograr esto ofrecerá modos de pensar/actuar alternativos, procurando no tener una postura rígida y tomar el cambio como algo inevitable.

Las estrategias nucleares son la validación y la resolución de problemas. La validación consiste en reflejar de forma directa la aceptación de los comportamientos, pensamientos y emociones del paciente. Validar implica una serie de conductas, siendo el primer nivel observar y escuchar al otro con toda nuestra atención. Estar atentos implica sostener una actitud de respeto por lo que nuestro paciente siente, piensa y hace. Mediante la validación se le comunica al paciente de una forma clara que sus comportamientos tienen sentido y son entendidos por el terapeuta en el contexto en que se producen (Linehan, 1993). El terapeuta en TDC podrá sostener los cambios de intensidad emocional en sesión sin retirarse. El rol que adoptará en momentos será sumamente directivo y, en otros, muy flexible, a la vez que será cálido y genuino en la comunicación. Usará el movimiento, la velocidad y la variación de la intensidad en las

sesiones. El terapeuta en TDC desarrolla una relación real con el cliente y ayudará a que el cliente cambie dentro de esa relación. Se utilizan las terapias centradas en el cliente.

Linehan (1993) postula la existencia de tres niveles de validación. El primero consiste en la “observación activa”; el terapeuta recoge información desde una postura de no juzgar al paciente. El segundo nivel consiste en “reflejar” aquello que pudimos observar, para esto se debe adoptar una postura empática. Finalmente, se realiza la “validación directa”; el terapeuta comunica de forma empática y clara al paciente que sus emociones, pensamientos y conductas son entendidos por él en el contexto en que han ocurrido. La validación del terapeuta es necesaria para que el paciente aprenda a autovalidarse. Es el componente que nos permite balancear las estrategias de cambio.

En terapia grupal también es importante fomentar y reforzar la validación que se puedan dar los pacientes entre sí. La habilidad para validar a los demás es una de las prácticas que se enseñan en el módulo de efectividad interpersonal. Los pacientes TLP, aunque destacan por su capacidad para empatizar y validarse los unos a los otros, también son capaces de dar respuestas muy sentenciosas que deberán tener en cuenta los terapeutas ya que puede convertirse en un problema para el grupo. Los pacientes tienen dificultades para entender y validar las pautas emocionales que no han experimentado, las pautas de pensamiento que no conocen y las conductas que nunca han mostrado. En las sesiones grupales, la validación significa que los terapeutas deben destacar la verdad inherente de los comentarios y experiencias grupales de los pacientes, aunque simultáneamente, se demuestre que tienen un punto de vista contradictorio. El conflicto dentro del grupo o entre un miembro y el terapeuta se maneja validando las dos partes del conflicto y llegando a una resolución que integre ambos puntos de vista, más que invalidando una de ellos.

En contraposición, las técnicas de resolución de problemas se focalizan en el cambio. El énfasis en la aceptación como parte del cambio surge de la integración de las prácticas de mindfulness (fundamentalmente derivadas de la filosofía Zen), con las prácticas de la psicología occidental (fundamentalmente de la terapia cognitivo-conductual) (Linehan, 1997). Para lograr cambiar aquellas conductas, pensamientos o emociones que el paciente necesita modificar se utilizan técnicas que provienen de la TCC standard, como por ejemplo: automonitoreo, análisis de los comportamientos, manejo de contingencias, reestructuración cognitiva y exposición. El manejo de contingencias se refiere a la contingencia dentro de las sesiones de tratamiento, en tanto que toda respuesta del terapeuta es un posible reforzamiento, castigo, o eliminación de reforzamiento para una determinada conducta del paciente. Señalan los autores que la contingencia más importante para la mayoría de los pacientes límite es la conducta interpersonal del terapeuta con el paciente, y que a su vez la habilidad del terapeuta para influir en el paciente está directamente relacionada con las características de la relación existente entre los dos.

El terapeuta en TDC balanceará validación y aceptación con cambio. La validación y la resolución de problemas son estrategias usadas en cada interacción con el paciente, y muchas de las interrupciones terapéuticas son producto de un balance incorrecto entre estas dos estrategias (Linehan, 1993).

Las estrategias estilísticas describen cuáles son los estilos comunicativos e interpersonales necesarios para llevar esta terapia a buen término, es decir se refieren al balanceo de dos estilos de comunicación, el estilo recíproco y el estilo irreverente. El estilo recíproco es un estilo amistoso que transmite calidez y compromiso en la relación terapéutica, y, el estilo irreverente es usado para captar la atención del paciente presentando un punto de vista alternativo o cambiando la respuesta afectiva. Resulta

especialmente útil cuando la terapia se ha estancado. Las estrategias de gestión de casos, especifican como ha de interactuar y responder el terapeuta a la red social en el que está inmerso el paciente y sirven para mejorar la generalización de las habilidades, e incluyen la consulta al paciente, la intervención en el entorno y la consulta al terapeuta.

Finalmente, es importante mencionar las estrategias integradoras que son aquellas estrategias que nos hablan de cómo se debe manejar las distintas situaciones problemáticas que suelen surgir cuando se trabaja con individuos con TLP, tales como problemas en la relación terapéutica, conductas suicidas, conductas que interfieren en la terapia, etc. Las estrategias destinadas a la relación terapéutica tratan la aceptación de la relación, la mejora de ésta y la resolución de problemas en ella. La aceptación de la relación en la formación grupal de habilidades requiere que los terapeutas experimenten y comuniquen la aceptación de los miembros del grupo en diferentes esferas, con una actitud no sentenciosa y una visión de los problemas como parte del proceso terapéutico. Las estrategias destinadas a la mejora de la relación se refieren a las conductas de los terapeutas que incrementan el valor terapéutico de la relación. Una relación interpersonal colaborativa y positiva es importante en la formación de habilidades en terapia grupal. Finalmente, se trabaja para la resolución de problemas en la relación entre paciente-terapeuta, grupo-terapeuta, paciente-paciente, terapeuta-terapeutas. Los sujetos con TLP son sensibles a cualquier amenaza, rechazo o crítica por lo que si se realiza en el grupo de deberá trabajar para resolver el problema.

Por último, las estrategias estructurales nos hacen referencia a la estructuración del tiempo de la terapia. Dichas estrategias son importante mencionarlas ya que contemplan estrategias de contrato (en el que terapeuta y paciente se comprometen a trabajar seriamente y en seguir el programa de tratamiento) y las estrategias de selección de objetivos (atender a aquellas conductas que puedan interferir o destruir la terapia y

reducirlas). Son estrategias de relevancia ya que constituyen los inicios de la relación terapéutica entre el grupo, sus miembros y con el terapeuta.

Como se ha podido observar, relación terapéutica en la TDC tiene un papel fundamental tanto en tratamiento individual como grupal en el que se le presta una importante relevancia y en el que se trabaja para fomentarla y mantenerla.

3.3. Alianza Terapéutica y Resultados en Psicoterapia

El estudio de los factores comunes iniciado por Lambert (1992) ha llevado a importantes cambios en la teoría y práctica psicoterapéutica, comenzándose a reconocer la relación terapéutica como un mecanismo fundamental del cambio.

Las investigaciones establecieron en un 15% la proporción de mejoría del paciente explicada por las técnicas empleadas, mientras que la proporción explicada por la relación terapéutica llegaba al 30% (Lambert, 1992, citado en Hubble, Duncan y Miller 1999). La conclusión a extraer de los datos parece obvia: la técnica, al menos como variable aislada, no parece ser el elemento esencial del proceso terapéutico. El héroe de este proceso, como dicen Duncan y Miller (2000), es el cliente; mientras que los aspectos que parecen depender más de los terapeutas son: su habilidad para establecer una buena relación terapéutica, su capacidad para generar expectativas de cambio y, también, su acierto al elegir una buena técnica e implementarla de forma competente. Otros estudios como el de Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher (1991, citado en Castonguay y Beutler, 2006) o el de Barber, Crits-Cristoph y Luborsky (1992, citado en Horvath y Luborsky, 1993) encontraron que la alianza terapéutica explicaba entre un 36% y un 57% de la variancia del resultado al final de la terapia. Estas afirmaciones guiaron la atención de algunos investigadores hacia la investigación sobre los factores comunes a todas las orientaciones psicoterapéuticas, de entre los cuales

destaca la alianza terapéutica. Varios autores, como Beutler, Bordin, Howard, consideran que la alianza terapéutica puede ser un elemento común en modalidades distintas que pueda explicar la variabilidad en la mejoría o deterioro en los resultados de una intervención.

En las últimas décadas autores de distintas líneas teóricas han llegado a concluir que el cambio en el proceso psicoterapéutico sería atribuible a factores comunes compartidos por los diversos enfoques. Estos factores, también llamados variables inespecíficas, son definidos como aquellos aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, que son comunes a cualquier psicoterapia independiente de las técnicas o marco teórico empleado (Opazo, 2001). La alianza terapéutica es uno de los conceptos que más se ha estudiado en investigación de procesos, ya que ofrece un marco idóneo para entender y trabajar la relación entre paciente y terapeuta y es la variable que ha mostrado correlaciones más consistentes con los resultados a través de diversas mediadas (Caro, 1993).

Krupnick et al. (1996), hicieron la primera investigación empírica de comparación y contraste de los diferentes niveles de alianza terapéutica y la relación con los resultados. Los resultados mostraron una relación significativa entre los índices totales de la relación terapéutica y los resultados de tratamiento de diferentes modalidades.

En 1991, Horvath y Symonds (citado en Horvath y Luborsky, 1993) utilizaron la técnica de meta-análisis para investigación, con la finalidad de sintetizar el estudio cuantitativo que establece la relación entre alianza y resultados de la terapia. Basándose en 24 estudios revisados, encontraron un valor de efecto promedio que relacionaba la calidad de la alianza terapéutica con el resultado de la terapia. El vínculo terapeuta-cliente juega una función primordial en determinar el éxito de la terapia. Un estudio

meta-analítico más reciente demostró una correlación similar entre alianza y resultados en psicoterapia. (Martin et al. 2000, citado en DeRubeis et al., 2005). Asimismo, Orlinsky, Grawe y Parks (1994) revisaron 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico y concluyeron que existe una fuerte relación entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia, concluyendo que un 66% de los casos considerados, el vínculo terapéutico es relacionado con el éxito.

DeRubeis et al. (2005) en un estudio sobre factores comunes en psicoterapia, comentan que las mayores áreas de investigación han sido utilizadas como evidencia de que los factores no específicos son el mecanismo primario de cambio. Frank (1961, citado en DeRubeis et al. 2005), postuló que en toda psicoterapia participan factores no específicos; mientras que cada psicoterapia tiene sus propios factores específicos, aquellos referidos a las técnicas del terapeuta en base a su orientación (Butler y Strupp, 1986, citado en DeRubeis et al. 2005).

Según Corbella y Botella (2003), en la mayoría de las orientaciones estudiadas la alianza se relaciona con el resultado final de la psicoterapia (Alexander y Luborsky, 1986; Horvath y Symonds, 1991; Horvath y Luborsky, 1993; Henry y Strupp, 1994; Krupnick et al., 1996). Las diferencias encontradas en algunos estudios son explicables por los distintos instrumentos y perspectivas empleados para la evaluación de la alianza y de los resultados, así como también por la fase de la terapia en la que se realizó la evaluación (Horvath y Luborsky, 1993).

Botella et al. (2008) presentan un estudio intensivo de los resultados y el proceso de los tratamientos psicoterapéuticos. Analizan en detalle la relación entre los resultados (mejora) y el proceso (alianza terapéutica). Además de los buenos resultados de la psicoterapia y el mantenimiento de cambio después del tratamiento terapéutico, los

resultados también demostraron la importancia de distintos aspectos de la alianza terapéutica como predictores de los resultados y el proceso terapéutico.

Macneil, Hasty, Evans, Redlich, y Berk, (2009), más recientemente, comentan la evidencia acumulada por las investigaciones, en el que se muestra que la calidad de la relación terapéutica es un significativo predictor de resultado clínico en todo tipo de desórdenes.

Hersoug, Høglend, Havik, Von der Lippe y Monsen, (2009) realizan un estudio explorando las características de los pacientes en pre terapia, asociadas con el nivel y crecimiento de alianza terapéutica. La calidad de alianza terapéutica fue valorada tanto por pacientes (N=201) como terapeutas (N=61) en las sesiones 3, 12, y 20 y posteriormente en cada veintiunava sesión sucesiva. Los pacientes informaron que experiencias de cuidado maternal positivo hasta la adolescencia y buenas relaciones interpersonales en la actualidad eran asociadas con índices positivos de alianza terapéutica durante la terapia. Niveles más altos de problemas interpersonales se asociaba con alianza terapéutica temprana más pobre. Por otro lado, este tipo de problemas interpersonales era también asociado con la mejora de la alianza terapéutica con el paso del tiempo.

Un estudio reciente, demostró que la alianza terapéutica es una variable importante para la predicción de los resultados en psicoterapia. Encontraron evidencia de que la alianza terapéutica es una condición previa para la ejecución adherente y competente de las técnicas terapéuticas. (Weck, Grikscheit, Jakob, Höfling, Stangier, 2015).

Al ser la alianza terapéutica fundamental para que se produzca el proceso de cambio, es de gran importancia la formación de terapeutas en los factores que pueden influir en ella. Los teóricos consideran que hay tres factores relacionados con la fuerza

de la alianza terapéutica: las características del paciente antes de la terapia, las características personales del terapeuta y las técnicas del terapeuta. DeRubeis et al. (2005), cuestionan qué o quién es responsable de la variación de la alianza y consideran que hay 4 posibles fuentes: el terapeuta, el paciente, la interacción entre ambos y la mejora sintomática. Consideran que la variable del terapeuta es la fuente de mayor potencia de la variación de la alianza. La relación entre las características del terapeuta y las del paciente también determina los resultados.

Las actitudes terapéuticas propuestas por Rogers (1951) autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional, suscitaron gran interés en diversas investigaciones que pretendían hallar las características y conductas del terapeuta beneficiosas para el resultado terapéutico (Orlinsky y Howard, 1986; Patterson y Forgatch, 1985, citado en Corbella y Botella, 2003). El enfoque de Rogers generó un cambio de valoración de las técnicas hacia las actitudes, cuestión que no sólo fue fruto de la experiencia clínica de los psicoterapeutas rogerianos, sino que se fue sometiendo paralelamente a investigaciones sistemáticas que corroboraban el papel decisivo de las actitudes del terapeuta en el éxito de la psicoterapia. Bongar y Beutler (1995), demostró a través de sus investigaciones, que la persona del terapeuta es 8 veces más influyente que su orientación teórica, y/o el uso de técnicas específicas terapéuticas.

Safran, Muran y Samstag (1994, citado en Corbella y Botella, 2003), observaron que la alianza terapéutica se veía favorecida tanto cuando el terapeuta era capaz de aceptar su cuota de responsabilidad en sus rupturas relacionales en terapia, como cuando se metacomunicaba con el paciente con relación a posibles malos entendidos. De acuerdo con estos mismos autores, aparentemente las variables interpersonales así como las intrapersonales, influyen de manera similar y significativamente sobre la alianza terapéutica. En este sentido, personas con dificultades para mantener vínculos

sociales o que mantienen relaciones familiares deficientes tienen menos posibilidades de desarrollar vínculos terapéuticos sólidos. Asimismo, personas con escasas expectativas de éxito que adoptan una actitud de permanente defensa, que no se encuentran psicológicamente bien dispuestos y con relaciones de objeto defectuosas, generalmente desarrollan un vínculo terapéutico deficiente. Por otro lado, la severidad de los síntomas tiene un pequeño impacto en la habilidad para desarrollar una relación terapéutica de buena calidad (Horvath y Symonds, 1991, en Corbella y Botella, 2004a).

Por otra parte, algunos estudios sobre las percepciones del cliente en el transcurso de la terapia parecen apoyar la noción acerca de que la idea que éste desarrolla sobre la terapia se basa, en parte, en sus propias expectativas y son en último término interactivas más que reactivas a las características del terapeuta (Hill y O'Grady, 1985; Martin y Slemon, 1989; Howard, Marx, 1990, citado en Horvath y Luborsky, 1993). Si bien, tanto las actitudes y características del paciente como las del terapeuta influyen en la alianza terapéutica, el tipo de interacción que establezcan será igualmente importante para ésta. Opazo, señala que en función de la calidad de la relación, los posibles aportes del paciente y del terapeuta podrían potenciar o empobrecer el proceso psicoterapéutico. Es así como, “las potencialidades del paciente pasarían a ser activadas, las cualidades del terapeuta pasarían a ser valoradas y el proceso de cambio se vería fortalecido” (Opazo, 2001, p. 9).

Corbella y Botella (2003) señalan que la relación estadísticamente significativa que se ha encontrado entre la compatibilidad terapeuta/paciente y la alianza establecida por éstos, lleva a plantear la similitud entre ambos conceptos y exponen una serie de estudios que apoyan dicha idea. Entre ellos se cuentan algunos como el de Quintana y Meara (1990) y el de Henry, Schacht y Strupp (1990), quienes concluyeron que desde las primeras sesiones se genera o no una complementariedad entre terapeuta y paciente;

Kiesler y Goldston (1988) plantean que existen distintos niveles de complementariedad entre los distintos psicoterapeutas, dependiendo ésta tanto de variables del paciente (Kiesler y Watkins, 1989) como de características del terapeuta (Tracey y Hays, 1989) y los de Kiesler y Watkins (1989) y Reandeu y Wampold (1991), quienes observaron que la complementariedad entre terapeuta y paciente estaba relacionada significativamente con la alianza (citados en Corbella y Botella, 2003). Además plantean que la complementariedad entre ambos va facilitando o dificultando el proceso de establecimiento de la alianza terapéutica.

De acuerdo con Horvath y Luborsky (1993), parece probable que tanto la historia personal de los pacientes como la de los terapeutas tengan alguna influencia en la capacidad de ambos para desarrollar una buena alianza terapéutica; algunas de las cualidades de ambos pueden interactuar para generar pautas de alianza, propicias o pobres. En general, las investigaciones realizadas permiten constatar que los terapeutas y los clientes perciben de manera distinta la relación terapéutica. En este sentido, se tiende a pensar que las actitudes terapéuticas no son una cualidad intrínseca del terapeuta, sino que el cliente participa también en su activación (Corbella y Botella, 2003).

En un estudio muy reciente (Fasulo, Ball, Jurkovic y Miller, 2015), se detalla la adaptación de un tratamiento de terapia de grupo manualizada para jóvenes que experimentan estrés crónico. El grupo estaba formado por jóvenes entre 14 y 17 años con desórdenes conductuales, traumas y con historias de detención juvenil. Los autores prestan atención a la importancia del desarrollo de la alianza terapéutica en la fase inicial del tratamiento como punto esencial de partida antes de que otros objetivos de tratamiento sean perseguidos. Utilizan la TDC con el uso de estrategias basadas en la

aceptación con el fin de lograr una buena alianza terapéutica y un enfoque orientado cambio.

En el estudio de Barnicot et al. (2012) realizaron una búsqueda de diferentes estudios en los que se analizara los factores que predicen los resultados en psicoterapia, encontrando que la alianza terapéutica es un factor común que predice el resultado en el tratamiento de pacientes con TLP.

Aún con estos estudios es complejo establecer una causalidad entre los resultados de un tratamiento y la alianza terapéutica, dado que no se puede manipular experimentalmente (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds y Wampold, 2012). En consecuencia, las investigaciones actuales intentan demostrar la vinculación existente entre la relación terapéutica y los resultados favorables en la terapia, a través de la evaluación de las percepciones que poseen terapeutas y pacientes acerca de las dimensiones de la alianza terapéutica a lo largo de la terapia, como también, la validez predictiva de los instrumentos sobre la alianza de trabajo.

3.4. Alianza Terapéutica en Terapia Grupal: Resultados en Psicoterapia

Actualmente la relación coste-efectividad hace que la psicoterapia de grupo este en auge y sea el formato por excelencia en el ámbito clínico y hospitalario para tratar pacientes con diferentes trastornos o dificultades. Es por ello que es importante resaltar algunos estudios en relación a los resultados obtenidos respecto a la alianza terapéutica constituida en psicoterapia grupal.

Como Yalom (1986) ya exponía la terapia grupal ayuda a los pacientes a efectuar cambios a nivel cognitivo, conductual y emocionales mediante mecanismos como la reestructuración cognitiva, la exposición, la consideración positiva incondicional facilitados por la terapia grupal. Pero gran parte de la mejoría de los

pacientes no se explica por los componentes de teoría y práctica sino que hay características terapéuticas como es la relación terapéutica que se identifica como uno de los mecanismos generales más significativos de cambio en psicoterapia de grupo (Johnson, Burlingame, Olsen, Davies y Gleave, 2005).

Fernandez- Álvarez (2009) nos indica como la terapia grupal tiene valores agregados a la terapia individual; potencia la actualización de la experiencia; se conforman redes y es efectiva y consistente en los cambios. Considera que la terapia grupal promueve procesos de cambio y brinda beneficios recíprocos a los participantes.

El término alianza terapéutica tiene significados distintos en la literatura de la terapia de grupo. Marziali, Munroe-Blum y McCleary (1997) examinaron la relación entre la relación terapéutica de grupo y resultados en grupos para el TLP, centrándose en la alianza terapéutica y la cohesión. Alianza terapéutica se puede dividir en dos dimensiones cuando se habla en formato grupal (Gillaspy, Wright, Campbell, Stokes y Adinoff ,2002). La primera dimensión es la que el paciente especifica en relación a cada miembro del grupo y en relación al terapeuta, conocida como "alianza individual". La segunda dimensión es la "alianza de grupo" o la relación de un individuo con todo el grupo.

Uno de los primeros estudios experimentales de comparación de grupos de tratamientos, es el estudio de Turner (2000) en el que presenta los resultados de una investigación que compara la eficacia de la TDC en comparación con un grupo control con terapia centrada en el cliente (TCC) para pacientes con TLP. Los resultados mostraron que el grupo TDC mejoró más que el grupo de TCC en la mayoría de las medidas. Además encontraron que obtenía más adherencia al grupo los sujetos en TDC. La calidad de la alianza terapéutica representó una variación significativa en los resultados de los pacientes a través de ambos tratamientos. El autor destacó la

importancia de la alianza terapéutica ya que considera que está relacionada con la mejora de los pacientes.

En un estudio controlado aleatorio (Linehan et. al. 2002) de 12 meses de duración para evaluar la eficacia de la TDC versus la terapia de validación de los 12 pasos (CVT+12), para mujeres con TLP y adicciones, concluyeron: en primer lugar, los resultados indicaron que ambas condiciones de tratamiento fueron eficaces para reducir el consumo de opiáceos. A los 16 meses después de la aleatorización (4 meses después del tratamiento), todos los participantes mantuvieron los resultados. Con respecto a las diferencias entre condición, los participantes asignados a TDC mantuvieron reducciones en el uso promedio de opiáceos a través de 12 meses de tratamiento activo, mientras que los asignados a CVT+12 aumentaron significativamente el consumo de opiáceos en los últimos 4 meses de tratamiento. En segundo lugar, hubo más adherencia al tratamiento de TDC que al CVT+12. Por último, después del tratamiento y en la evaluación de seguimiento de 16 meses, los sujetos en ambas condiciones de tratamiento mostraron reducciones significativas en el nivel general de la psicopatología en relación al inicio.

Beech y Hamilton-Giachritsis (2005) examinaron programas de tratamiento con delincuentes reincidentes centrándose en la variable de clima terapéutico. Existen dificultades para evaluar el concepto de alianza terapéutica en un formato grupal por falta de consenso del constructo, y es evaluado desde diferentes variables constituyentes de la terapia grupal como son el clima, alianza, cohesión del grupo y la empatía.

Un estudio de Johnson (2007) muestra la calidad de la alianza terapéutica en un grupo con pacientes esquizofrénicos, mostrando buenos resultados en la cohesión grupal correlacionándose con el aumento de la tasa de asistencia y compromiso con el grupo. Los resultados indican que una alianza grupal mayor a la mitad del tratamiento, estuvo

asociada a mayores niveles totales de lucidez grupal y a una preocupación autística individual menor y un desempeño social en la valoración inicial. Además, una alianza grupal más fuerte estuvo significativamente correlacionada con índices de asistencia mayores y de evaluaciones de conformidad del tratamiento por parte de los terapeutas.

Ha habido un creciente cuerpo de investigaciones que demuestran la eficacia de la TDC adaptado a grupos de habilidades en la reducción de los síntomas asociados con el trastorno límite de la personalidad, así como los síntomas comórbidos.

Hart-Mitchell (2010) realizaron un estudio de evaluación de un grupo de habilidades en TDC con 34 mujeres participantes que se les administró las medidas de los síntomas de TLP, la ansiedad y la depresión en cinco períodos: Lista de Espera, Semana 1 (inicio del grupo); Semana 4 (punto medio del grupo); Semana 8 (final del grupo), y a los 3 meses de seguimiento. La evaluación general de diagnóstico de síntomas concomitantes también se llevó a cabo antes y después del tratamiento. No encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de los participantes sobre las medidas en la Lista de Espera y Semana 1 períodos de tiempo y las puntuaciones medias indican niveles de gravedad clínica de la ansiedad y la depresión al inicio del tratamiento en grupo. Mostraron una reducción global de los síntomas del TLP, la depresión y la ansiedad, con puntuaciones medias en la semana 8 siendo significativamente menor que las puntuaciones medias iniciales en la semana 1. En la Semana 8, los niveles medios de la ansiedad y la depresión se redujeron a dentro del rango de leve a moderada. A los 3 meses de seguimiento, las puntuaciones medias en las mismas medidas de los síntomas de TLP, la ansiedad y la depresión eran elevadas en comparación con la sesión 8. En general, los participantes reportaron un alto nivel de satisfacción con el programa de tratamiento de grupo y altas puntuaciones en la alianza terapéutica. Estos resultados apoyan el uso de grupos de TDC en TLP. Sin embargo, la

constatación de que los síntomas medidos a tres meses de seguimiento, comenzó a aumentar en magnitud probable que sugiere que el tratamiento a largo plazo es necesario si los logros del tratamiento se van a mantener.

Un estudio de Federici (2010) tuvo como objetivo evaluar la eficacia de una intervención de entrenamiento de 20 semanas de TDC en habilidades a 33 sujetos diagnosticados de TLP comórbidos, con atracones y/o conductas de purga, y conductas suicidas recurrentes/autolesión. Se usó de un pre y post tratamiento, los participantes fueron evaluados al inicio del estudio, la mitad del tratamiento (semana 10), post-tratamiento (semana 20), y en tres meses de seguimiento. Los análisis de los resultados primarios mostraron que la participación en el grupo de TDC en habilidades se asoció con una disminución significativa en el número de episodios de suicidas. No hubo diferencias significativas en el número de episodios de atracones y vómitos. Se detectaron diferencias significativas en una serie de resultados secundarios, como las características de personalidad relacionadas con inestabilidad afectiva, la sintomatología TLP, y la atención.

Pasieczny y Connor (2011) examinaron la efectividad clínica y el coste de proporcionar TDC-G sobre el tratamiento habitual en un servicio de salud mental pública australiano. Cuarenta y tres pacientes adultos con TLP se les proporcionó TDC-G ambulatoria durante seis meses en comparación con un grupo control que recibió el tratamiento habitual (TAU) desde el mismo servicio. Después de seis meses de tratamiento el grupo TDC mostraron significativamente mayores reducciones en la autolesión suicida / no suicidas, visitas a urgencias, ingresos psiquiátricos y los días de cama. Se administraron medidas de auto-informe a una muestra reducida de pacientes. Con este grupo, los pacientes TDC demostraron significativamente mejorar la depresión, la ansiedad y las puntuaciones de gravedad de los síntomas generales en

comparación con el TAU a los seis meses. Este estudio demostró que la provisión de TDC a los pacientes TLP en los entornos de salud mental públicos, puede ser tanto clínicamente eficaz como rentable.

Un estudio de Bedics, Atkins, Comtois y Linehan, (2012) exploró el papel de la alianza terapéutica en dos tipos de tratamientos para una muestra de mujeres con TLP; un grupo con TDC y un grupo control reportando resultados positivos en la relación terapéutica de los pacientes que recibieron TDC versus grupo control.

Un estudio más reciente del mismo autor, Bedics, Atkins, Harned y Linehan, (2015) exploró las facetas de la alianza terapéutica como predictor de diferentes variables (intentos de suicidio, autolesiones no suicidas, depresión e introspección) durante el transcurso de 2 tratamientos psicosociales para el trastorno límite de la personalidad. Un total de 101 mujeres participaron en un ensayo controlado aleatorio de la TDC versus tratamiento comunitario dirigido por expertos. Tanto pacientes como terapeutas calificaron la alianza terapéutica en cuatro momentos del tratamiento durante 1 año de duración de este. Los resultados no mostraron diferencias significativas en las calificaciones de los pacientes de la alianza por la condición de tratamiento y los terapeutas en TDC reportaron una mayor estrategia de trabajo de consenso al principio del tratamiento y una mayor alianza global durante el tratamiento. Las puntuaciones de los pacientes respecto al compromiso y capacidad de trabajo se asociaron con un menor número de intentos de suicidio y reducción de autolesiones no suicidas.

Otro estudio reciente, Tourani (2015), analizó las diferencias de eficacia de tres tratamientos ambulatorios para el TLP: tratamiento TDC, tratamiento EH-TDC y un grupo control. Los resultados mostraron una reducción mayor de la sintomatología con el EH-TDC en comparación con los demás grupos.

3.5. Rupturas en la Alianza Terapéutica y abandonos prematuros de la Terapia Grupal

Una vez demostrada la importancia de la alianza terapéutica en los resultados finales de la psicoterapia, distintos autores han profundizado en el conocimiento de los motivos y tipos de rupturas de la alianza y en cómo trabajar en terapia para resolverlas (Arnkoff, 1995; Safran y Muran, 2000; Watson y Greenberg, 1995 en Corbella y Botella, 2003).

Uno de los principales obstáculos a los que se enfrenta cualquier tipo de psicoterapia es la deserción. En estudios de psicoterapia individual se ha observado que los índices de deserción se ubican entre 30 y 45% (Hoglend, 1993); las causas de esto se han atribuido al tipo de paciente, el grupo familiar, las condiciones culturales y socioeconómicas, características de la institución y del terapeuta, calidad del vínculo emocional establecido, las técnicas de intervención, duración del tratamiento, y a la frecuencia de las sesiones y metas propuestas (Fiorini, 2000; Torres-Torija y Lara 2002). En la terapia de grupo se observa el mismo fenómeno y se ha detectado que la fase inicial del tratamiento es la más susceptible, pues en esta etapa el índice de abandono documentado oscila entre 13 y 63%, con un promedio de 35% (Lothstein, 1993). Se han buscado algunos factores que pudieran influir en el abandono del tratamiento y se ha encontrado que los pacientes que desertan están menos dispuestos psicológicamente y tienen sintomatología psiquiátrica general más severa (McCallum, Piper y Joyce, 1992), además de haber experimentado menos sentimientos positivos y haber sido calificada como más baja su cohesión en los terapeutas (McCallum, Piper, Ogrodniksumn y Joyce 2002).

Los pacientes con Trastornos de la Personalidad (TP) presentan mayores índices de deserción al compararlos con los sujetos sin TP, y dentro de un grupo, se ha

encontrado que los pacientes TLP desertan hasta en un 60 % (Gunderson et al., 1989). Como ejemplo citamos el estudio de Budman, Demby, Soldz y Merry (1996), quienes documentaron el resultado de una investigación realizada en 49 pacientes divididos en cuatro grupos, todos con el diagnóstico de algún trastorno de la personalidad, excepto el de antisociales. Aplicaron una terapia grupal interpersonal orientada, y observaron que 51% de los pacientes abandonó la terapia antes de que finalizara oficialmente el grupo, y de éstos, más de la mitad presentaba un diagnóstico probable o definitivo de TLP.

Roback y Smith (1987, citado en Lothstein, 1993) resumen las razones por las que los pacientes abandonan la terapia de grupo, atribuyéndolas a estados circunstanciales propios del paciente, defensas caracterológicas, problemas con la autorevelación, dificultades con la intimidad, uso excesivo de la negación y tendencia a ser inusualmente callados y hostiles. Algunos estudios con pacientes TLP han encontrado que las contribuciones de los terapeutas a los acuerdos y la alianza, se relacionan positivamente con la permanencia en la terapia y, por otro lado, la impulsividad tiene un efecto contrario (Yeomans, Gutfreund, Selzer y Clarkin, 1994).

Mantener la relación y la alianza terapéutica supone comprender que la terapia se desarrolla a través de un proceso de rupturas y reparaciones. Con cada intervención el terapeuta crea una posibilidad de ruptura en la relación a la que deberá seguir un proceso de restauración de la relación (Beutler y Harwood, 2000).

La conceptualización de Bordin (1979) acerca de la alianza terapéutica destaca la importancia de la negociación entre paciente y terapeuta tanto de las metas como las tareas terapéuticas de una manera dinámica y mutua. Por lo tanto, es útil conceptualizar las rupturas en la alianza terapéutica en función de los desacuerdos sobre las tareas, metas o problemas en la dimensión del vínculo, por ejemplo: si el paciente no confía en

el terapeuta o no se siente respetado por él, la exploración de las tensiones en la relación puede conducir a trabajar sobre temas relacionales nucleares en el paciente.

Belloch y Fernández-Álvarez (2002) señalan que todos los obstáculos que se plantean en la relación terapéutica representan una alteración en la atribución recíproca de confianza entre los protagonistas del tratamiento.

Safran y Muran (2000) definen la ruptura terapéutica como “deterioros en la relación entre terapeuta y paciente” indicados por “conductas o comunicaciones del paciente que son marcadores interpersonales e indican los puntos críticos para su exploración”. Por lo tanto, las rupturas desde este punto de vista, son una desconexión emocional entre paciente y terapeuta que crean un cambio negativo en la calidad de la alianza terapéutica. Una idea central es la importancia de que los terapeutas reconozcan y consideren los problemas en la relación.

En este sentido es aconsejable revalorar con los pacientes sus sentimientos y percepciones sobre la interacción terapéutica. Safran y Segal (1994), utilizaron la expresión “disciplina interior” para indicar las operaciones mentales con que el terapeuta puede procurar localizar en su interior el hilo perdido de la alianza terapéutica y de las relaciones de cuidado. Las operaciones de disciplina interior pueden ser muy útiles para permitir al terapeuta pasar de momentos problemáticos donde no logra compartir la situación emocional, a la comprensión de qué parte de la experiencia del paciente es compartida o potencialmente compartible por él mismo. Consisten sustancialmente en operaciones empáticas por las cuales el terapeuta focalizando sobre su propio estado problemático se pregunta cuales aspectos de él mismo son similares o complementarios a aquellos que el paciente experimenta o refiere haber experimentado (Semerari, Carcione y Nicoló, 2000).

Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue y Hughes (1996) describen las rupturas en la terapia cognitivo-conductual como resultado de la adherencia rígida a modelos de tratamiento. Las rupturas ocurren cuando los terapeutas responden a tensiones en la relación con la persistencia dogmática de la aplicación de una técnica terapéutica, en lugar de explorar las dificultades en la experiencia emocional del paciente y su impacto.

Con la terapia cognitivo-conductual, ha aumentado el reconocimiento de que las interrupciones en la relación terapéutica ofrecen tanto amenazas como oportunidades para los logros terapéuticos. Castonguay et al. (2004) indican que la atención constructiva de las rupturas en la terapia cognitivo-conductual tiene un impacto positivo en los resultados.

Justamente, una clave de la alianza proviene de la propuesta de que la ruptura y reparación de la relación es lo que la fortalece y conduce al cambio en el paciente (Bordin, 1979; Safran y Muran, 1996). Este fenómeno es una parte esencial y esperable en el proceso terapéutico. Uno de los mecanismos para la construcción y reparación de la relación terapéutica es el procesamiento de la relación, que consiste en una comunicación directa acerca de ella. Ya en sus inicios, Goldfried y Davison (1976) recomendaban que los terapeutas consideren la conducta problemática exhibida por los pacientes dentro de la sesión como una muestra de la conducta problemática, que constituye el motivo original de que estén en terapia. Estos autores sugieren que la conducta del paciente dentro de la sesión puede tratarse como una muestra de la conducta problemática general del paciente y que, por lo tanto, la interacción terapéutica puede ser útil a efectos de poder evaluarla. En este sentido, es posible considerarla como la actualización del problema en el contexto terapéutico y por lo tanto una oportunidad para el trabajo con patrones interpersonales disfuncionales.

Por otra parte, un peligro potencial es que los terapeutas puedan interpretar las reacciones negativas del paciente o el abandono de forma personal y responder con ansiedad, redoblando los efectos por aplicar una técnica teóricamente correcta. Tal concentración en la tarea en lugar del proceso es probable que perpetúe la ruptura. Las rupturas pueden tener consecuencias positivas si son exitosamente resueltas y esto depende en parte de que el terapeuta identifique la fuente que le da lugar y se involucre en su participación, diferenciando los factores del paciente que deberán ser trabajados, de los propios que deberán ser reconocidos y expresados de una manera provechosa para el vínculo. Muran, Safran, Samstag y Winston (2005) observan el beneficio de dirigirse sistemáticamente hacia las rupturas utilizando estrategias tales como la validación y la aceptación de la responsabilidad por las rupturas.

Des de la TDC, una función importante de la teoría es ayudar al terapeuta a comprender y lidiar con los efectos que producen en ellos los comportamientos de los pacientes límite. Las interacciones problemáticas en la relación terapéutica son la base del cambio en el programa. Esto incluye una serie de comportamientos que interfieren en la terapia tanto en el terapeuta como en el paciente, que tienen un segundo lugar de importancia en el tratamiento luego de las situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente y los comportamientos autodestructivos. La autoinvalidación y las desregulaciones emocionales, también focales en el tratamiento, suelen surgir en las sesiones como resultado de las interacciones que se establecen entre terapeuta y paciente. Estas interacciones son analizadas de manera colaborativa y modificadas en caso de ser posible.

Como se comentó anteriormente, la TDC hace uso de las consultas telefónicas y otras formas de consulta intersesión, que tienden a generar una particular forma de relación terapéutica, que en ocasiones está prescrita en algunos tratamientos. El

programa también enfatiza la relación particular que se establece entre el terapeuta y el equipo de consulta, que provee el apoyo y la guía que posibilitan el trabajo. Por otro lado, cada estrategia sugiere una forma particular de relación terapéutica, resaltando algunas en particular. La estrategia dialéctica de permitir que el cambio naturalmente ocurra es diferente a enfatizar la necesidad de estructura y consistencia en el tratamiento con pacientes TLP. En cuanto a las estrategias nucleares, una relación terapéutica positiva tiene cualidades curativas en sí mismas para muchos pacientes. El énfasis en la validación, y particularmente las estrategias que alientan al paciente, también ponen este programa en un lugar diferente al de otros tratamientos. Finalmente la postura genuina radical, siendo ésta natural y no como parte del rol, lleva a una forma particular de relación que está lejos de ser formal, reservada y de superioridad. Muchas de las estrategias nucleares sugieren también que la relación terapéutica es central, de manera diferente que en otros modelos. La TDC da especial relevancia al papel de la alianza terapéutica y atención a las posibles rupturas prematuras, promoviendo diferentes estrategias para hacer frente a las amenazas y tentativas de abandono prematuro de los pacientes.

En un estudio más reciente, de Barnicot, Katsakou, Marougka y Priebe, (2011) realizaron un metaanálisis de los diferentes tratamientos en TLP y mostraron que no hay diferencia en finalización del tratamiento entre los diferentes 7 modelos de psicoterapia para TLP. Los factores que predicen la finalización del tratamiento incluyen: la presencia del compromiso al cambio, la relación terapéutica y la impulsividad. En esta misma línea, Soler et al. (2008) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la idoneidad de la aplicación del modelo transteórico (MTT) de las etapas de cambio para el tratamiento de los TLP con la TDC. Se evaluó a 79 sujetos diagnosticados de TLP (86% mujeres) al inicio del tratamiento y a 42 sujetos al final del tratamiento, mediante

la escala de University of Rhode Island Change Assessment (URICA) que evalúa las etapas de cambio. Los resultados muestran que en la evaluación pre-tratamiento, las puntuaciones de precontemplación correlacionan de manera significativa y negativamente con las otras subescalas (contemplación, acción y mantenimiento) y estos tres subescalas también correlacionaron significativa y positivamente con los demás. La etapa de precontemplación se relaciona directamente con la deserción del grupo. La etapa de acción fue significativamente mayor al final del tratamiento del grupo. Sin embargo, los autores exponen que por la ausencia de un grupo de control no se puede asegurar que estos aumentos se relacionan directamente con la intervención de la TDC, aunque es importante conocer las etapas de cambio de los sujetos, en qué momento se encuentran con el fin de prevenir posibles rupturas terapéuticas, siendo importante encontrarse en la etapa de acción para iniciar un tratamiento con de mayor éxito reduciéndose una posible deserción.

Un estudio reciente de Coutinho, Ribeiro, Fernandes, Sousa y Safran, (2014) evaluó el desarrollo de la alianza terapéutica y la aparición de rupturas de alianzas, en una muestra de pacientes con diferentes diagnósticos y resultados terapéuticos. Se analizaron los datos longitudinales de 38 díadas terapéuticas que recibieran terapia cognitivo-conductual. La muestra incluyó a casos de abandonos, así como casos exitosos y no exitosos. Seis jueces entrenados en la observación de los marcadores de ruptura de alianza con un sistema de observación de rupturas, codificaron 201 sesiones terapéuticas grabadas en vídeo. Se encontró que el patrón de desarrollo de la alianza de los casos de éxito era diferente de la de los casos sin éxito y abandonos. En media, los pacientes con trastornos de la personalidad iniciaron la terapia con una menor puntuación en el WAI que disminuyó con el tiempo, mientras que los pacientes con

trastornos del Eje I iniciaron la terapia con una mayor puntuación en el WAI que aumentó con el tiempo.

Apenas se han realizado investigaciones sobre personalidad no patológica y alianza terapéutica. Un estudio reciente (López-Ruiz y Deus-Yela, 2014) pretende analizar la relación de la alianza terapéutica con la personalidad no patológica y la sintomatología clínica. Administraron el Inventario de Alianza de Trabajo y Teoría del Cambio, Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger e Inventario de 90 Síntomas-Revisado a 31 participantes. Los resultados obtenidos concluyen que el perfil de personalidad obtenido se relaciona con el nivel de alianza terapéutica y que todas las dimensiones de personalidad se relacionan con la alianza terapéutica. No se halló conexión entre la gravedad de la sintomatología presente al inicio de la terapia, aunque sí con alguna de las subescalas de síntomas. Esto resalta la importancia de la personalidad no patológica en cualquier proceso terapéutico, ya que este depende en gran medida de un correcto establecimiento de la alianza terapéutica.

4. TRATAMIENTOS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

4.1. Tratamientos

El tratamiento del TLP es uno de los retos más difíciles con que se enfrentan la psiquiatría y la psicología. Como ya hemos mencionado, los pacientes con TLP pueden presentar una gran variabilidad de síntomas que van desde la clínica depresiva hasta la conducta suicida permanente, pasando por la clínica autorreferencial. En los últimos años se considera que el tratamiento más eficaz para estos pacientes es la combinación de abordajes psicológicos y farmacológicos, con el fin de aliviar los síntomas y las conductas que más alteran su calidad de vida. La evidencia más grande de tratamiento psicoterapéutico efectivo hasta ahora proviene de la TDC de Linehan (1993), de la psicoterapia psicodinámica de Kernberg (1984) y de la psicoterapia interpersonal (Klerman y Weissman, 1984). Hay que tener en cuenta que los pacientes con TLP movilizan fuertes sentimientos en los terapeutas, fundamentalmente debido a la gran emotividad y la falta de control que desarrollan a lo largo del proceso terapéutico. Esto obliga a plantear abordajes específicos, estructurados y continuados en el tiempo, que sean capaces de ayudar a hacer frente a la inestabilidad propia del trastorno y en contenerla. Por regla general, los objetivos de la mayoría de las psicoterapias que se aplican a TLP están orientados a conseguir la disminución de la intensidad y la prevalencia de las conductas autodestructivas, el autocontrol emocional, la mejora de las relaciones interpersonales del paciente y la consecución de una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales.

A continuación describimos algunas de las principales psicoterapias llevadas a cabo para el tratamiento de TLP.

a) Psicoterapias psicodinámicas

Estas psicoterapias parten de la combinación de diferentes modelos teóricos: psicología del yo, relaciones objetuales y psicología del self. Pretenden que el paciente tome conciencia de formas de funcionamiento inconsciente para incrementar la tolerancia los afectos, dar capacidad para retrasar las acciones impulsivas, proporcionar conocimiento sobre problemas relacionales, aumentar la función reflexiva, integrar aspectos disociados, aumentar la fortaleza del yo, disminuir la fragmentación y aumentar el sentido de cohesión en la experiencia hacia uno mismo y hacia los demás, fortalecer las defensas, mejorar la autoestima, internalizar (o interiorizar) la relación terapéutica y crear más capacidad para hacerse cargo de sentimientos desagradables. Técnicamente utilizan intervenciones del tipo interpretaciones, confrontaciones, clarificaciones y otros, de forma focalizada y tanto transferenciales como extratransferenciales. Los pacientes con TLP tienen problemas de adherencia a los tratamientos en general debido a la su propia inestabilidad relacional. Para ello destacan la importancia de realizar un trabajo intenso sobre la alianza terapéutica. Como consecuencia de estas dificultades, muchos pacientes con TLP son tratados con psicoterapia de apoyo, que se caracteriza por plantear objetivos claros y definidos y enfocarlos hacia el funcionamiento de la vida cotidiana. La actitud del terapeuta es activa, no neutral, no hace interpretaciones y sí que da explicaciones del funcionamiento personal y relacional, y manteniendo una transferencia positiva (gratificaciones vinculares). La frecuencia de la terapia es de una vez por semana y de larga duración variable.

Algunos estudios (Bateman y Fonagy, 2004) sugieren la eficacia de las terapias psicodinámicas en pacientes con TLP para disminuir las conductas autoagresivas, los intentos de suicidio, las conductas violentas, el uso de drogas ilegales, los síntomas de

ansiedad y depresión, el ajuste social, el número de visitas médicas por cuestiones somáticas y los problemas interpersonales, así como la hospitalización. Cuando la duración del tratamiento ha sido como mínimo de un año mejoran el 75% de los pacientes, y entre el 87% y el 95% lo hacen con 2 años de tratamiento.

b) Terapias cognitivo-conductuales (TCC)

Desde principios de los años noventa, algunos grupos de trabajo en TCC inician propuestas de tratamiento de los trastornos de la personalidad (TP) que intentan ir más allá de las aproximaciones sintomáticas (Eje I) para conseguir una comprensión suficiente y necesaria de los TP. Estas propuestas se han polarizado fundamentalmente en el entorno los modelos de terapia cognitiva (Beck y Freeman, 2004; Young, 1994) basados en el tratamiento de aquellas "visiones del mundo en relación al sí mismo" que favorecen creencias disfuncionales que provocan desadaptación y fracaso adaptativo.

c) Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC), o Dialectical Behavior Therapy (DBT), fue publicada en 1991 por Marsha Linehan, Universidad de Washington, Seattle. El fundamento teórico de la TDC reside en un modelo biosocial de los trastornos de personalidad. Como ya hemos mencionado, existe una disfunción biológica en el sistema de regulación emocional que, junto con un ambiente invalidante, da lugar a una disregulación emocional dominante propia del TLP. Las técnicas utilizadas están basadas en la filosofía dialéctica, la terapia conductual, cognitiva y en técnicas de meditación, así como en otras específicas (contacto telefónico, intervención en crisis, etc.). La terapia está centrada principalmente en el paciente, pero también tiene en cuenta el entorno ambiental con otras intervenciones como los grupos de familiares o la consulta al paciente, entre otros. El programa de tratamiento propuesto por Linehan es de un año de terapia individual (1 hora semanal) y un grupo de

habilidades (2-3 horas semanales). El objetivo primario es trabajar el manejo de la conducta suicida y parasuicida aunque también en tiene otros (conductas que interfieren en el proceso terapéutico, calidad de vida, objetivos personales, autorespeto, habilidades interpersonales de regulación emocional y de tolerancia al estrés, etc.). La TDC es un programa estructurado de apoyo vital en que se equilibra la aceptación de la situación del paciente y el cambio para mejorar su vida. Un punto esencial es la relación terapéutica, tanto la relación terapeuta-paciente como la necesidad de que el terapeuta forme parte de un grupo de consulta en el que reciba supervisión técnica y apoyo emocional. Hay estudios controlados que valoran la eficacia del tratamiento y estudios de seguimiento (Linehan et al. 1991, 1993, 2002, 2006, 2015) en que se han encontrado diferencias significativas respecto a otros tratamientos usualmente utilizados en cuanto a una mayor disminución de conductas parasuicidas, más retención del paciente en terapia, menos días de ingreso psiquiátrico, disminución de la ira, mejor funcionamiento global y mejor ajuste social.

En el *Journal of Personality Disorders* (2004) se dedica un número especial a los progresos más actuales en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Entre ellos, se recogen las aportaciones de la terapia cognitivo analítica (Ryle, 1997, 2004); del tratamiento basado en la mentalización (Bateman y Fonagy, 2004); la TFP (terapia centrada en la transferencia) de Clarkin, Yeomans, Kernberg (2006); así como el estado actual y los desarrollos y direcciones futuras de la TDC (Robins y Chapman, 2004); junto a ello se habla en este número monográfico de las tendencias actuales en la farmacoterapia de los Trastornos de Personalidad (Markovitz, 2001), así como un tratamiento manualizado de los pacientes con trastornos de personalidad y conductas de automutilación de Tyrer (2002).

Los modelos teóricos más frecuentes para el tratamiento de los Trastornos Límite de la Personalidad vienen recogidos en la siguiente figura.

DISFUNCION	AUTOR
Desintegración de roles recíprocos	Ryle 2004
Agresividad innata y defensas primitivas	Kernberg 1997
Disfunciones metacognitivas	Semerari 2002
Déficit de regulación emocional	Linehan 1993
Deterioro en la diferenciación y mentalización	Fonagy y Bateman 2004
Apego desorganizado	Liotti 2002

Figura 6. Según la disfunción y autor de los TLP

4.2. Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

Tal y como hemos presentado en el punto anterior la TDC es una terapia ampliamente organizada, que incluye trabajo entre sesiones y tareas para casa. La directividad por parte de los terapeutas es mayor en las etapas iniciales, cuando los pacientes carecen de control conductual y se implican en conductas que ponen en riesgo su propia vida.

Como ya mencionamos, la TDC esta basada en un modelo biosocial con un fuerte componente biológico (vulnerabilidad emocional) que interactúa con desencadenantes del medio ambiente (modulación emocional). El área biológica más afectada es la regulación emocional y esto puede ser debido a factores genéticos intrauterinos o eventos traumáticos en la infancia temprana que afectan al cerebro de manera transitoria o permanente. Los factores medio-ambientales son aquellas

circunstancias que actuando de manera crónica castigan, traumatizan o niegan de manera sistemática esta vulnerabilidad específica, o bien el self emocional de modo general, constituyendo un medio ambiente invalidante. Linehan describe a los individuos con TLP como sumidos involuntariamente en el infierno de su propia auto-destrucción, siendo el papel de la TDC el de ayudarlos a salir de esta trampa y permanecer fuera de ella.

La TDC estuvo, en gran medida, influido por la tarea dual de encontrar un tratamiento que fuese efectivo para ayudar a los sujetos con TLP y que los terapeutas pudiesen aplicar diariamente. Las dificultades de dirigir un curso de habilidades dentro del contexto individual le condujo a la autora a dividir el tratamiento en dos componentes: la adquisición de habilidades en el que el individuo use las habilidades en lugar de sus conductas desadaptativas. Dicho de otra manera, la formación en habilidades intenta que la persona adquiera las habilidades y la psicoterapia individual, sacarlas a la luz.

El término habilidad es sinónimo de capacidad e incluye en un sentido amplio habilidades cognitivas, emocionales, y manifiestamente conductuales y la integración de éstas. La meta fundamental del tratamiento es que el paciente incorpore habilidades que permitan regular sus emociones y su conducta. Esto requiere que tanto el paciente como el terapeuta se ceñan a una disciplina que facilite la consecución de objetivos. Sin embargo, ceñirse a una disciplina puede resultar complicado cuando se trata de pacientes con personalidad límite: las frecuentes crisis y la intolerancia al malestar hacen que el paciente difícilmente se pueda concentrar en el aprendizaje y el terapeuta muchas veces se ve obligado a posponer el plan de la sesión para atender al malestar y sufrimiento actual. Debido a esto, el tratamiento se divide en dos componentes principales: un grupo de entrenamiento específico en habilidades, por un lado, y por

otro una terapia individual, donde hacer que el individuo saque a la luz las habilidades aprendidas y donde se puede atender y dar respuesta a las crisis del momento, así como a otras conductas que interfieren en el curso del tratamiento.

Es importante que estas dos partes del tratamiento estén claramente diferenciadas. El entrenamiento en habilidades se hará de forma grupal y puede ser llevado a cabo por un terapeuta distinto al que conduce la psicoterapia individual. Si esto no es posible, el terapeuta individual que quiera formar a su paciente en habilidades deberá conseguir que el contexto del programa de formación sea diferente del contexto de la psicoterapia normal, planificando un encuentro separado sólo destinado a las habilidades, cambiando de sala o cambiando la disposición del despacho, la iluminación o los elementos. El distinto encuadre facilitará que tanto el paciente como el terapeuta puedan concentrarse en el entrenamiento de habilidades, y dejar otros temas para el momento de la psicoterapia individual.

El entrenamiento en habilidades es un aspecto central de la TDC, que, idealmente, es llevado a cabo por dos terapeutas en una sesión grupal de dos horas de duración. El encuadre grupal facilita que el terapeuta se muestre lo bastante directivo como para llevar a cabo la sesión y que no se deje llevar por los problemas urgentes de los pacientes. Por otro lado, el grupo permite observar y trabajar las conductas interpersonales que surgen entre los participantes, proporciona apoyo y permite que los pacientes aprendan unos de otros, aumentando las fuentes de aprendizaje. Los pacientes suelen encontrar este formato educativo más útil y menos estresante que otros grupos destinados a la descarga emocional. Contar con un segundo terapeuta de apoyo en el grupo de entrenamiento minimiza el desgaste asociado a este tipo de grupo. Es muy importante que los responsables del grupo se reúnan con frecuencia con el terapeuta individual, para garantizar el avance del tratamiento.

La TDC se compone de cuatro módulos de habilidades específicas, basadas en las dificultades de regulación de los pacientes y sus consecuencias:

- a) habilidades básicas de conciencia
- b) habilidades de efectividad interpersonal
- c) habilidades de regulación de las emociones
- d) habilidades de tolerancia al malestar.

Cada módulo requiere alrededor de ocho sesiones de entrenamiento. El primer módulo, habilidades básicas de conciencia, puede requerir unas tres sesiones pero se repasa y refuerza al principio antes de cada nuevo módulo.

MODULO DE ENTRENAMIENTO	SINTOMAS DIANA
Habilidades básicas de la conciencia (mindfulness)	Confusión acerca del yo. Identidad. Vacío
Habilidades de efectividad interpersonal	Caos interpersonal. Relaciones inestables
Habilidades de regulación emocional	Inestabilidad emocional y estados de ánimo
Habilidades de tolerancia al malestar	Impulsividad

Figura 7. Estructura del entrenamiento en habilidades en la TDC

4.2.1. Principios Terapéuticos de la TDC

La TDC es una psicoterapia cognitivo-conductual, con predominio del aspecto conductual sobre el cognitivo, específicamente en lo referente a los principios del aprendizaje. Asume que muchos de los patrones conductuales desadaptativos son aprendidos, de la misma forma que pueden aprenderse otros nuevos que resulten más adaptativos. Muchas de las conductas desadaptativas que manifiestan los pacientes TLP

pueden conceptualizarse como respuestas que disminuyen contingentemente el sufrimiento emocional, y que al ser reforzadas, tienden a perpetuarse. Antes de poder modificar una conducta resulta esencial comprender las variables que la mantienen, de ahí la relevancia que otorga la TDC al análisis conductual que permite clarificar antecedentes y consecuencias de una forma exhaustiva.

La visión dialéctica es tanto un estilo persuasivo de diálogo con el paciente, como una visión específica de la realidad que aparece en toda la terapia. La filosofía dialéctica también se aplica para balancear la intervención, que en ocasiones se mueve desde estrategias marcadamente orientadas al cambio hacia otras que se orientan claramente hacia la aceptación. Los cambios entre una y otra posición son rápidos y frecuentes en la terapia y en la interacción con el paciente. La filosofía dialéctica hace referencia al proceso de síntesis entre elementos opuestos, la tesis y la antítesis. Desde una visión dialéctica, la realidad es un todo interrelacionado, que está en continuo cambio y en el que sus componentes transitan de un polo a otro. En la visión dialéctica del mundo, dos opuestos pueden ser verdad en un mismo momento. Los pacientes TLP no son dialécticos en su forma de pensar, y muestran una extrema polarización en sus creencias y acciones. La TDC intervendría sobre esta bipolaridad del pensamiento con la creación de “matices de gris” entre dos opiniones. Así, por un lado se anima a los pacientes a observar y aceptar la experiencia emocional y, por el otro, a apartar y prevenir las emociones negativas.

Linehan (1993) describe ocho estrategias dialécticas: (1) entrar en la paradoja; (2) usar metáforas; (3) el abogado del diablo; (4) extending; (5) activar la mente sabia; (6) hacer limonada de los limones; (7) permitir el cambio natural; (8) evaluación dialéctica. (1) “Entrar en la paradoja” consiste en mostrarle al paciente qué situaciones, pensamientos o emociones aparentemente contradictorios pueden no serlo. Esto se

logra, por ejemplo, sustituyendo la palabra “pero” por la palabra “y”. (2) Las metáforas son formas alternativas de mostrar comportamientos dialécticos, y a veces son más fácilmente recordadas por los pacientes. (3) El “abogado del diablo” es una técnica en la que el terapeuta se “coloca” en una de las polaridades (tesis) y la defiende. Esta técnica es muy usada al comienzo del tratamiento para lograr adherencia al cambio; en este caso, el terapeuta sostiene que está “en contra” de la terapia porque el cambio y el compromiso son muy difíciles de lograr, idealmente esta posición lleva a que el paciente argumente a favor de la terapia. (4) La técnica de “extending” consiste en que el terapeuta magnifique los dichos del paciente (Linehan, 1993). Es la estrategia equivalente en términos emocionales a la estrategia del “abogado del diablo”. A modo de ejemplo, si una paciente le dice a su terapeuta: “Si no tenemos otra sesión en la semana me mato”, el terapeuta usando la estrategia de “extending” contesta: “Eso es muy grave, tal vez no puedas esperar a la semana que viene y necesites una hospitalización”; de esta forma el terapeuta tomó seriamente la parte de la comunicación a la que el paciente le dio menos importancia (“me mato”). (5) Otra de las estrategias dialécticas consiste en “activar la mente sabia”. En la TDC se postula la existencia de tres estados mentales primarios: la mente racional, la mente emocional y la mente sabia. La mente racional es aquella que se activa cuando la persona está pensando de forma intelectual y lógica, atendiendo a los hechos empíricos. La mente emocional, representa el estado opuesto, en el que los comportamientos y pensamientos están guiados por las emociones. La mente sabia es una integración de la mente emocional y la mente racional puesto que integra varios puntos de vista: la observación, el razonamiento lógico, la experiencia sensorial, la intuición y el aprendizaje (Linehan, 1993). Se busca entonces que el paciente aprenda a reconocer e identificar estos tres estados mentales, y que adquiera habilidades para poder actuar desde la “mente sabia”. (6) “Hacer limonada

de los limones” es similar a la idea de las terapias psicodinámicas de usar la resistencia de los pacientes. Las crisis son concebidas como oportunidades para practicar las habilidades. (7) “Permitir el cambio natural” refiere a la concepción de la filosofía dialéctica que asume que la realidad es proceso, desarrollo y cambio. (8) Por último, la “evaluación dialéctica” consiste en mantener una visión holística acerca de la problemática del paciente, que permita identificar las causas actuales que mantienen el problema.

La introducción de principios de las prácticas Zen en la TDC se debe a la fuerte necesidad que tienen estos pacientes a desarrollar una actitud de mayor aceptación hacia una realidad que a menudo es dolorosa. Los principios Zen y su énfasis en la tolerancia al sufrimiento compensan el énfasis en el cambio representado por las técnicas conductuales. Uno de los principios Zen más relevantes en la TDC es la importancia de focalizarse en el momento presente, aceptando la realidad sin juzgarla y liberándose de apegos que causen dolor. Estos y otros principios Zen se ven reflejados en la TDC en el concepto de “mente sabia” o en las prácticas de mindfulness. El uso del Mindfulness o conciencia plena hace referencia a estar en contacto con la realidad del momento presente sin juzgar ni evaluar la experiencia. Trabaja con la aceptación de aquello que no podemos modificar dando importancia a los valores que el paciente tiene para su vida y a la relación terapéutica como proceso de especial relevancia en la terapia. Enfatiza el contexto para la comprensión y análisis de la naturaleza y función de los fenómenos y el reconocimiento de la importancia que tienen la función de las conductas para la explicación del problema y no tanto su forma. La incorporación de técnicas de mindfulness a la psicoterapia ha supuesto toda una revolución y está consiguiendo resultados muy prometedores en el tratamiento de diversas patologías. (Schnyder, 2009). En la TDC, las técnicas de mindfulness se explican y entrenan de forma

específica en el módulo de habilidades básicas de conciencia, aunque están presentes a lo largo de toda la formación.

4.2.2. Estadios de Tratamiento y Objetivos

El tratamiento se divide en una etapa de pre tratamiento y en cuatro estadios, con sus objetivos particulares:

- a) Pre tratamiento: orientación y compromiso. A lo largo de las primeras entrevistas, el terapeuta y el paciente llegan a un acuerdo y un compromiso de trabajar juntos, a partir de las expectativas que el paciente tiene. Este tratamiento no es un programa de prevención de suicidio, sino que pretende, a través del trabajo en equipo, crear una vida sin tanto sufrimiento. Se exponen las bases del tratamiento, describiéndolo como una terapia cognitivo-conductual, que pone especial énfasis en el aprendizaje de habilidades.
- b) En el primer estadio, se busca ir de un comportamiento descontrolado a uno controlado. Diferentes objetivos deben conseguirse:
 1. Reducir y eliminar los comportamientos que atentan contra la vida del paciente (p.ej.: intentos de suicidio, pensamientos suicidas, autoagresión intencional).
 2. Reducir y eliminar los comportamientos que interfieren con el tratamiento. (p.ej.: comportamientos que alejan a quienes tratan de ayudar al paciente, no ejecución de tareas comportamentales, inasistencia a las sesiones, poca colaboración con los terapeutas). Esta meta incluye la disminución y si es posible, la eliminación de la hospitalización como una manera de manejar crisis.

3. Disminuir los comportamientos que atentan contra la calidad de vida. (p.ej.: depresión, fobias, trastornos de alimentación, inasistencia al trabajo o estudio, descuido de problemas médicos, falta de dinero, no utilización de las redes de apoyo social) y aumento de comportamientos que mejoran la calidad de vida (p. ej.: ir al trabajo o estudio, tener amigos, tener dinero suficiente, vivir en un sitio apropiado).
 4. Aprender habilidades que les permitan: a) centrarse en el “momento presente”, disminuyendo el énfasis en el pasado y el futuro; b) mantener las relaciones interpersonales que les ayudan a su bienestar, terminar las que no lo hacen y buscar nuevas si es necesario; c) entender qué son las emociones, cómo funcionan y cómo las pueden experimentar sin sentirse inundados por ellas; d) tolerar dolor emocional sin usar autoagresión u otros comportamientos autodestructivos.
- c) El segundo estadio busca romper la inhibición de la experiencia emocional para lograr una experiencia completa de las emociones. El objetivo de este estadio es ayudar a los pacientes a experimentar sentimientos sin tener que disociarse, evitar la vida o tener síntomas de estrés post traumático.
 - d) El tercer estadio pretende ayudar al paciente a construir una vida propia, resolviendo los problemas que esto implica y buscando mayor estabilidad. El objetivo es poder trabajar temas como conflictos interpersonales con su pareja o sus compañeros de trabajo, insatisfacción con el trabajo, metas de su carrera profesional, etc. Este estadio no necesariamente tiene que darse en el interior de un proceso terapéutico, pero podría ser necesario hacerlo así.
 - e) El cuarto estadio se plantea como un movimiento de la sensación de estar incompleto a la de sentirse completo y conectado. El trabajo en este estadio

busca que el paciente tenga un crecimiento espiritual, y es trabajado desde el zen. Este estadio se da al final del proceso, y se centra en el momento en el cual el paciente ya tiene una vida propia, pero enfrenta una sensación de vacío.

4.2.3. Modos de Terapia

Para conseguir el progreso en los objetivos de cada estadio la TDC aplica cuatro modos de intervención:

1. Terapia individual
2. Entrenamiento en habilidades
3. Llamadas telefónicas
4. Grupo de consulta

1) Terapia individual

La terapia individual se realiza semanalmente en visitas de aproximadamente una hora de duración. El foco de atención durante cada sesión vendrá determinado por la conducta del paciente desde la anterior sesión, en relación con los objetivos del estadio en que dicho paciente se encuentre. Se utilizan autorregistros semanales, que pueden ajustarse en función de cada paciente, pero que habitualmente incluyen conductas suicidas o autolesiones, consumo de drogas, atracones o conductas heteroagresivas, así como el uso de las habilidades de la terapia. Cada sesión empezará con la revisión de este registro semanal, y cuando el paciente no lo complete se considerará como una conducta que interfiere con la terapia, y deberá rellenarlo antes de proseguir la sesión. El análisis conductual o "análisis de cadena" es la herramienta básica para trabajar con la conducta disfuncional, y a su vez proporciona un marco para generar soluciones a dicha conducta. Se inicia con la identificación del problema y los

sucesos internos o externos que le precedieron y se sigue con la identificación de las consecuencias de la conducta problema, tanto para el paciente como para el entorno de éste. Al finalizar el "análisis de cadena", empieza el "análisis de solución". En éste se identificarán los recursos potenciales y los obstáculos que dificultan la solución del problema, y el terapeuta seleccionará cuáles son las estrategias de cambio más adecuadas entre:

- a) Entrenamiento en habilidades
- b) Control de contingencias
- c) Modificación cognitiva
- d) Estrategias de exposición

Los análisis conductuales pueden durar desde diez minutos hasta toda la sesión.

2) Entrenamiento en habilidades (EH-TDC)

La TDC asume que la mayoría de problemas presentes y característicos del paciente con TLP se deben a la conjunción de problemas motivacionales y un déficit en habilidades conductuales. El EH-TDC es un formato de terapia grupal semanal de 10 pacientes aproximadamente y están dirigidos por un terapeuta y un co-terapeuta. La estructura del grupo no difiere en gran medida a la de otros grupos de adquisición de habilidades en terapia conductual: instrucciones didácticas, ejemplos modelados, ensayos de nuevas habilidades, feedback y asignación de tareas.

Se enseñan 4 módulos de habilidades, cada uno orientado a mejorar las 5 áreas disfuncionales en el TLP: a) el módulo de mindfulness para la disregulación cognitiva (p. ej., ideación paranoide) y para la disregulación del self (p. ej., sensación de vacío), b) el módulo de tolerancia al dolor para la alteración del patrón conductual (p. ej., impulsividad), c) el módulo de efectividad interpersonal para los problemas

interpersonales (p. ej., temor al abandono), d) el módulo de regulación emocional para la disregulación emocional (p. ej., labilidad emocional).

Completar cada módulo supone aproximadamente 8 semanas, excepto el módulo de mindfulness en el que se repiten 2 sesiones al finalizar cualquiera de los restantes módulos. Esto se debe a que adquirir estas habilidades requiere mayor persistencia. El entrenamiento grupal trabaja paralelamente a la terapia individual, descargándola de la presión de enseñar las habilidades básicas y permitiéndole centrarse en la consecución de objetivos y el manejo de las crisis.



Figura 8. Módulos de habilidades y estrategias

Módulos de habilidades:

1. Módulo de mindfulness

Este módulo es una adaptación psicológica y conductual de las técnicas de meditación y contemplación orientales. El objetivo de este módulo es incrementar el

control atencional y fomentar una actitud no evaluativa o juiciosa de las experiencias, disminuir la confusión de la identidad, el vacío y la disregulación cognitiva. Controlar la mente implica, en cierta medida, controlar los procesos atenciones, decidir qué se atiende y durante cuánto tiempo se atiende. Los ejercicios de mindfulness ayudan a que el paciente concentre su atención en el "aquí y ahora". Se aprende a diferenciar 3 estados mentales: la mente racional (lógica, analítica, abstracta), la mente emocional (sensible, creativa, apasionada) y la mente integrada o mente sabia (conjunción de las 2 anteriores). Para equilibrar la mente racional y emocional y, por tanto, dejar aflorar la mente sabia se trabajan tres habilidades "qué": observar, describir y participar y tres habilidades "cómo": no emitir juicios, unicidad mental y hacer lo que funciona.

2. Módulo de Tolerancia al Dolor

Este módulo se centra en aumentar las habilidades de aceptación de uno mismo y de las situaciones del entorno de una forma no evaluativa. La habilidad de tolerar el dolor emocional es importante por dos motivos: en primer lugar, los sentimientos negativos son parte ineludible de la vida, por lo que no pueden ser completamente eliminados. La incapacidad de aceptar este hecho sólo produce el aumento del sufrimiento. En segundo lugar, la habilidad de tolerar el dolor es también necesaria cuando uno se está esforzando por cambiar algo. Si esta habilidad no se ha adquirido, los intentos para hacer cambios probablemente se verán interrumpidos por acciones que buscan aliviar el malestar. Este módulo resulta especialmente útil para las situaciones en las que nada puede hacerse de forma inmediata, e incluye estrategias como: 1) la distracción, 2) la autotranquilización, 3) "mejorando el momento", y 4) la consideración de las ventajas y desventajas de tolerar o no tolerar la situación. Las técnicas de aceptación incluyen: 1) la aceptación radical de la realidad, 2) "orientándose hacia la

aceptación” y 3) la predisposición positiva versus la terquedad. Módulo de efectividad interpersonal. Es un módulo similar a los entrenamientos en asertividad aplicados en terapia de conducta. Los objetivos son reducir el caos interpersonal y los temores de abandono. Las habilidades a enseñar incluyen estrategias para manejar las demandas y para hacer peticiones adecuadamente, así como diferentes estilos de comunicación en función de la situación interpersonal en la que el paciente se encuentre. La efectividad se define como la obtención de los cambios u objetivos que uno deseaba, por lo que resulta importante desarrollar la capacidad para plantearse objetivos claros y expectativas realistas.

3. Módulo de eficiencia interpersonal

Los sujetos con personalidad límite suelen experimentar una disregulación interpersonal; sus relaciones son caóticas, inestables, problemáticas, y les causan sufrimiento. Además, tienen serias dificultades para tolerar el abandono y controlar sus respuestas al mismo, que muchas veces suponen formas de agresión o autoagresión. En este módulo el objetivo que se plantea a los pacientes es "ser eficaz interpersonalmente". En este contexto, "ser eficaz" implica conseguir los objetivos en una relación, por ejemplo, obtener ayuda, y hacerlo de forma que no dañemos la relación con la otra persona ni pongamos en juego nuestro respeto personal.

La primera parte del módulo trata de que los pacientes analicen las situaciones y determinen los objetivos a lograr en las mismas. La segunda parte analiza los factores que contribuyen a la efectividad interpersonal y aquellos que interfieren en la misma. La tercera parte está dedicada a analizar aspectos que hay que considerar antes de pedir algo, expresar una opinión o decir que no. En la última parte se tratan las habilidades

específicas, por ejemplo, mantener la posición mediante el disco rayado, utilizar un enfoque cortés y sosegado o no amenazar. Estas habilidades se trabajan idealmente por medio de role playing de situaciones hipotéticas o situaciones reales planteadas por los pacientes que puedan resultar problemáticas. Se proporciona además, una lista de ejemplos para practicar las habilidades de eficacia interpersonal en la vida cotidiana.

4. Módulo de regulación emocional

Se entiende por regulación emocional las capacidades de modulación emocional ya descritas anteriormente (ver el apartado Teoría biosocial y entorno invalidante). El objetivo del módulo es disminuir la labilidad emocional. Durante el entrenamiento los pacientes aprenden la naturaleza de las emociones, sus funciones y consecuencias. Las habilidades específicas son: 1) identificar y etiquetar emociones, 2) identificar los obstáculos para cambiarlas, 3) reducir la vulnerabilidad a emociones negativas, 4) aumentar las emociones positivas incrementando las situaciones positivas, 5) mindfulness con la emoción presente, 6) cambiar emociones con la acción opuesta, y 7) aplicar técnicas de tolerancia al dolor emocional.

3) Consulta telefónica

Aunque lo central en la TDC es la terapia individual y el entrenamiento en habilidades, el tratamiento se completa con la consulta telefónica y las reuniones de supervisión entre los distintos terapeutas que llevan un caso. La consulta telefónica tiene como objetivo atender las situaciones de crisis. En dicha consulta, el terapeuta tratará de promover el uso de técnicas específicas que puedan ser aplicadas para la situación dada; de esta forma, aumenta la generalización de las habilidades aprendidas a los ámbitos cotidianos. Cuando existan crisis en la relación terapéutica, la consulta telefónica puede

usarse, además, para reparar esta relación sin necesidad de esperar a la próxima consulta. Recordemos que el paciente con trastorno de personalidad límite tiende a abandonar los tratamientos (y las relaciones) de una forma prematura, perpetuando la soledad y el sentimiento de rechazo e humillación que experimentan con el otro. Dado que la relación terapéutica muchas veces es la más importante de las relaciones, su permanencia es de suma importancia, y la llamada telefónica puede ser, en ese sentido, una estrategia crucial.

4) Grupo de consulta

El grupo de consulta son reuniones de supervisión y son la manera que tiene la TDC de cuidar al terapeuta o terapeutas encargados de un caso. Además de la coordinación y el establecimiento de objetivos y estrategias comunes, estas reuniones tienen la función de servir de apoyo y ayudar a los profesionales implicados.

4.3. Eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual en TLP

Previamente a adentrarnos a la eficacia de la TDC con este tipo de pacientes, se conceptualizará la terapia grupal. Para ello nos basamos en la información de las guías concisas de la American Psychiatric Press, en particular la Guía breve de psicoterapia de grupo, escrita por uno de los más destacados expertos en éste campo, Irvin Yalom, junto a Sophia Vinogradov (1996). Los autores crearon una guía breve de psicoterapia de grupo en el que exponen que “la psicoterapia de grupo es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes, aunque no solo se reduce a ello. En la psicoterapia individual una persona cualificada establece un contrato profesional con un paciente y lleva a cabo unas intervenciones terapéuticas verbales y no verbales con el objetivo de aliviar el malestar psicológico, cambiar el comportamiento inadaptado y

estimular el crecimiento y el desarrollo de la personalidad. En terapia de grupo, no obstante, tanto la interacción paciente-paciente como la interacción paciente-terapeuta – tal y como suceden en el contexto del encuadre de grupo- se utilizan para efectuar cambios en la conducta inadaptada de cada uno de los miembros del grupo. En otras palabras, el grupo mismo, así como la aplicación de técnicas específicas y la realización de intervenciones por parte del terapeuta cualificado, sirve como instrumento de cambio. Los factores curativos propuestos por Yalom para la psicoterapia grupal han sido el foco de investigación de numerosos estudios, bajo distintas orientaciones teóricas, que han mostrado el interés de implementar técnicas que potencialicen aquellos fenómenos grupales que favorezcan cambios en los pacientes. Estos factores terapéuticos específicos son infundir esperanza; universalidad; transmitir información; altruismo; desarrollo de técnicas de socialización; comportamiento imitativo; catarsis; recapitulación correctiva del grupo familiar primario; factores existenciales; cohesión de grupo y aprendizaje interpersonal.

Según estos autores, algunos de los beneficios de la terapia grupal incluyen: la disminución de la intensidad de las relaciones de transferencia al proporcionar numerosas relaciones interpersonales y múltiples blancos emocionalmente significativos; la producción de una regresión terapéutica más controlada que en la psicoterapia individual; el aumento de las oportunidades de múltiples identificaciones y de recepción de la retroalimentación de los pares; la influencia de la presión de los pares para contener las conductas relativas a la actuación de los impulsos y una prueba de realidad más firme a través de la interacción social.

Los objetivos de la psicoterapia de grupo son congruentes con la terapia individual e incluyen la estabilidad de los pacientes, manejo de la impulsividad y otros síntomas, y el examen y manejo de las reacciones de relacionales; además, la presencia

de otros sujetos brinda ocasión para que los mismos pacientes establezcan límites y para la interacción altruista, con lo cual pueden consolidar sus ganancias en el proceso de ayudar a otros. Los terapeutas de grupo sugieren que el proceso de la terapia individual con frecuencia se puede acelerar si el paciente participa, concurrentemente, en una terapia de grupo. Uno de los principales obstáculos a los que se enfrenta cualquier tipo de psicoterapia es la deserción; en la terapia de grupo se ha detectado que la fase inicial del tratamiento es la más susceptible, pues en esta etapa el índice de abandono oscila entre 13% y 63%. (Biagini, Tocurroco y Carrasco, 2005).

Tradicionalmente los pacientes con TLP no han sido considerados aptos para terapia de grupo ya que sus conductas disruptivas tienden a interferir con el desarrollo de la cohesión grupal (Horowitz, 1987). Sin embargo, estas mismas características son las que pueden abordarse rápidamente en un grupo cuando éste ejerce una leve presión sobre el paciente para que reduzca estas conductas mal adaptativas (Higgitt y Fonagy, 1992; Biagini, Torres-Torija, Torruco-Salcedo y Carrasco, 2009).

Los resultados de eficacia de la TDC han sido replicados por la autora (Linehan et al., 2006) en un diseño de seguimiento de dos años, donde muestra que la TDC es más eficaz que una terapia no conductual aplicada por psicoterapeutas expertos de orientación dinámica para reducir los intentos de suicidio, las automutilaciones, las visitas a urgencias y el número de hospitalizaciones de estos pacientes. Más recientemente, algunos estudios muestran que versiones abreviadas de la TDC pueden resultar efectivas en la reducción de síntomas (Pasieczny y Coonor 2011; Stanley, Brodsky, Nelson y Dulit, 2007 citado en Vega y Sánchez, 2013). Un estudio de Ogrondniczuk, Kealy y Howell-Jones (2009) demostró cuál era el tratamiento más utilizado en el ámbito hospitalario por los terapeutas que trabajan con pacientes TLP. La TDC en formato individual fue la más mencionada por los terapeutas, seguida de la

TDC en formato grupal ya que consideraban tener beneficios superiores a los demás tratamientos. Además del estudio de Clarkin (2007) que comparaba la Terapia Focalizada en el Esquema con la TDC, los trabajos de Verheul y colaboradores con pacientes femeninas mostraron mayor adherencia terapéutica y reducción de conductas autolíticas e impulsivas en comparación con tratamientos usuales. (Verheul, Van den Bosch, Koeter, Ridder, Stijnen y Van den brink, 2003). McMMain y colaboradores encontraron equivalencias entre la TDC y los programas de tratamiento psiquiátrico bien especificados en cuanto a mejora sintomatológica (McMMain et al., 2009). Carter, Willcox, Lewin, Conrad y Bendit (2010), aplicaron un tratamiento de 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 calidad de vida, si bien no encontró diferencias significativas en hospitalizaciones y conductas autolesivas frente a la terapia habitual.

A pesar de los resultados prometedores, aún son necesarios estudios de seguimiento a largo plazo, que comparen la TDC con otras terapias estructuradas y específicas para el TLP (Kliem, Krogner y Kosfelder, 2010; Paris, 2010 citado en Vega y Sánchez, 2013). Aun así, la TDC cuenta con mayor número de estudios de eficacia: al menos 7 ensayos clínicos aleatorios identificados por el NICE y unos 10 estudios contemplados en la revisión sistemática de Brazier et al., (2006).

En la Unidad de TLP del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau se ha estudiado la eficacia del entrenamiento grupal de habilidades (EH-TDC) con el objetivo de identificar los componentes activos del mismo. Esta intervención grupal, junto con el seguimiento psiquiátrico, se ofrece como opción terapéutica para aquellos pacientes que entran en la unidad y se ha mostrado incluso más eficaz que la terapia grupal convencional (Soler et al., 2009). El objetivo del estudio fue comparar la eficacia de la

EH-TDC y terapia de grupo estándar (TGE) de 60 pacientes ambulatorios con TLP que fueron incluidos en un ensayo controlado de 3 meses, simple ciego aleatorizado. Se realizaron un total de 13 sesiones de psicoterapia de grupo semanales de 120 minutos de cualquiera de ambos tratamientos. Las evaluaciones se llevan a cabo cada 2 semanas por dos evaluadores cegados. Los resultados muestran que la EH-TDC se asoció con tasas de abandono inferiores, 34,5% en comparación con el 63,4% con TGE. La EH-TDC fue superior a TGE en la mejora de: severidad límite general, rabia, inestabilidad afectiva, impulsividad, disociación, depresión y ansiedad, y también, (aunque de forma menos destacada y no significativa), a mejorías en el sentimiento de vacío, número de actos suicidas, problemas interpersonales y psicopatología y salud mental en general. La EH-TDC se asoció con una mayor mejoría clínica y con tasas de deserción más bajas que en la TGE. La EH-TDC parece jugar un papel importante en la mejora general del TLP en comparación con una intervención estándar y permite la aplicación directa en una amplia gama de entornos de salud mental y ofreciendo una alta rentabilidad.

El estudio de Neacsiu, Rizvi y Linehan (2010) es el primero en apoyar claramente el modelo de entrenamiento en habilidades para el TLP indicando que el uso creciente de habilidades es un mecanismo de cambio para las conductas suicidas, la depresión y el control de la ira de pacientes TLP. Aunque la evidencia existente indirectamente apoya esta propuesta de mecanismo de cambio, ningún estudio hasta la fecha ha probado directamente él. Se examinaron las habilidades de 108 mujeres con TLP participantes en uno de los tres ensayos controlados aleatorios a lo largo de un año de tratamiento y cuatro meses de seguimiento. Se encontró que a pesar de todos los participantes informaron del uso de algunas habilidades antes de iniciar el tratamiento, los participantes tratados con TDC reportaron el uso de tres veces más habilidades al final del tratamiento que los participantes tratados con un tratamiento de control. Este

estudio nos muestra la importancia del EH-TDC, de la terapia grupal y del peso importante que tienen las habilidades en la mejora de los sujetos TLP.

En la última revisión de la Cochrane sobre la eficacia de los distintos tratamientos psicoterapéuticos disponibles en TLP (Stoffers et al., 2012) se evaluaron 28 estudios randomizados con ramas de tratamientos paralelas en los que participaron un total de 1804 pacientes diagnosticados de TLP. En la línea que ya estableció Gabbard (2007), la revisión de Stoffers et al. (2012), indicaría que cualquier aproximación sistemática, pensada y diseñada específicamente para el tratamiento de TLP, parecería ser potencialmente útil independientemente de cuales sean las técnicas empleadas o las teorías sobre las que se sustenta, pues todas las intervenciones psicológicas estudiadas, (independientemente de si incluyen terapia individual o no) ejercieron efectos beneficiosos en la clínica del TLP. Sin embargo, si se observaron diferencias entre terapias en cuanto a efectos concretos de las mismas y a la robustez de los resultados. Así, la TDC, en primer lugar, y la TBM (Terapia Basada en la Mentalización), en segundo lugar, fueron las intervenciones mejor estudiadas, y con mayor evidencia de eficacia para el tratamiento de los síntomas del TLP. Algunas intervenciones basadas en la TDC que no incluyen todos los aspectos de la terapia, también han demostrado ser efectivas.

Es importante destacar un estudio muy reciente de Linehan (2015) en el que nuevamente se demuestra la importancia y relevancia de la terapia grupal en TDC. Realizan una comparación de formatos de tratamientos (individual y grupal) durante un año y un año posteriormente a la finalización. Los resultados muestran que todas las condiciones de tratamiento resultaron en la mejora de la severidad de los intentos de suicidio, ideación suicida, el uso de servicios de crisis debido a las tendencias suicidas, y razones para vivir. Las intervenciones que incluyen capacitación en habilidades TDC

(EH-TDC) son más eficaces que TDC estándar. Concluyeron que el formato grupal aumenta las posibilidades de éxito de la TDC en pacientes TLP.

5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5.1. Planteamiento general de la tesis

En primer lugar nos proponemos estudiar los estilos de apego de los pacientes con TLP y la construcción de la alianza terapéutica, en relación a la mejora del paciente y la continuidad o abandono prematuro del tratamiento en TDC-G.

La alianza terapéutica se haya influida, entre otros factores, por el tipo de apego. El estilo de apego del paciente es una variable a tener en cuenta en el establecimiento del vínculo terapéutico y es considerada de importancia a la hora de iniciar un proceso psicoterapéutico. Los pacientes con TLP tienden a patrones inseguros caracterizados por ser ansiosos en sus relaciones y evitativos en la intimidad por lo que obtienen puntuaciones altas en el cuestionario de ECR-S de apego adulto en comparación a la población no patológica (Agrawal et al., 2004; Barone et al., 2011; Fonagy et al., 1999; Liotti, 2001). Aquellos pacientes con estilos de apego inseguro obtienen puntuaciones más bajas en alianza terapéutica. (Eames y Roth, 2000; Diener y Monroe, 2011).

En segundo lugar, nos proponemos estudiar el estilo de apego inseguro y la disregulación emocional, disfunción primaria de los pacientes con TLP. Los pacientes con TLP presentan altos niveles de disregulación emocional respecto a la población no patológica (Linehan, 2003; Kuo y Linehan, 2009; Leichsenring et al., 2011), esperando observar una disminución de éstos al finalizar la TDC-G.

En tercer lugar, nos proponemos estudiar si la alianza terapéutica se relaciona con la mejora de los pacientes TLP (evaluada por BSL-23, DERS y EQ-D) en un formato de terapia grupal.

Por último, examinar los abandonos prematuros de la TDC-G y si existe alguna relación con el establecimiento de la alianza terapéutica. Determinar cuáles son los

factores que influyen en una buena adherencia, juega un papel crucial en la efectividad de la terapia (Hernández, Acosta y Pereira, 2009).

5.2. Hipótesis

1. Los pacientes con TLP que acuden a la TDC-G obtendrán puntuaciones superiores en las dos subescalas del apego adulto del cuestionario ECR-S (ansiedad y evitación) respecto a la población sin patología TLP.
2. Se observará una relación entre las dos subescalas (ansiedad y evitación) del cuestionario ECR-S del apego adulto y la alianza terapéutica evaluada al inicio y final del tratamiento. Pacientes con estilos de apego inseguro obtendrán puntuaciones más bajas en alianza terapéutica.
3. Los pacientes con estilos de apego inseguro presentaran mayor disregulación que aquellos con estilos de apego seguro.
4. La mejora de los pacientes TLP (evaluada por BSL-23, DERS y EQ-D) está relacionada con la alianza terapéutica (WATOCI).
5. Se producirán menos abandonos de terapia en aquellos pacientes con elevadas puntuaciones en alianza terapéutica al inicio.

5.3. Objetivos

El objetivo general de la presente tesis es:

Estudiar si los estilos de apego de los pacientes con TLP y la construcción de la alianza terapéutica se relacionan con la mejora del paciente y la continuidad o abandono prematuro del tratamiento en TDC-G. Se pretende determinar si la alianza terapéutica se relaciona con la mejora de los pacientes TLP evaluada en tres mediciones: mejora de los síntomas característicos (BSL-23), mejora en la regulación emocional (DERS) y en cuanto al grado de descentramiento como variable transdiagnóstica (EQ-D), en un formato de terapia grupal de entrenamiento de habilidades de TDC.

Objetivos específicos:

- 1) Analizar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de ECR-S (ansiedad y evitación) entre los pacientes con TLP y los pacientes sin patología TLP.
- 2) Analizar la relación entre las dimensiones del apego adulto y la alianza terapéutica.
- 3) Estudiar la relación entre estilos de apego y la regulación emocional.
- 4) Analizar la posible influencia de la alianza terapéutica en la mejora de los pacientes TLP (evaluada por BSL-23, DERS y EQ-D).
- 5) Determinar si las variables de apego y alianza terapéutica se relacionan con la permanencia en la TDC-G de los sujetos TLP.

6. MÉTODO

6.1. Diseño

El presente estudio se basa en un diseño cuasi experimental de medidas repetidas (pre y post) en diversas escalas con pacientes con diagnóstico de TLP. Se establecen comparaciones pre-post intervención y, entre nuestra muestra y los valores de grupos controles normativos.

6.2. Participantes

La muestra utilizada en esta tesis se conforma por sujetos con diagnóstico de TLP, evaluados a través de entrevista clínica y una entrevista semi-estructurada (DIB-R), (Barranchina, et al., 2004). Los participantes acuden a un grupo de terapia de la Unidad de Psiquiatría de l'Hospital de Sant Creu i Sant Pau de Barcelona. Participaron en el estudio un total de 81 sujetos con edades comprendidas entre los 19 y 49 años ($M=31$; $SD=7.2$) y con diferentes perfiles sociales. Debido a las diferencias de prevalencia del TLP entre sexos (Herpertz et al., 2007), la muestra se conforma principalmente de mujeres (88.8%).

La TDC-G fue acompañada de tratamiento psiquiátrico individualizado de frecuencia quincenal y de una hora de duración. En la terapia grupal se trabaja en entrenamiento de habilidades que consta de distintas sesiones de dos horas de duración impartidas por un terapeuta. El formato EH-TDC consta de 4 módulos durante 6 meses. Nuestros grupos de estudio tuvieron una duración igual, aunque el período de análisis mediante la evaluación de cuestionarios abarcó 4 meses (16 semanas). El terapeuta en los diferentes grupos siempre fue el mismo acompañado de un co-terapeuta. Ambos,

son terapeutas entrenados para realizar TDC y acreditados por Behavioural Technology Transfer Group.

6.3. Instrumentos

El material de evaluación consta de seis cuestionarios:

- **Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R)**. (Barrachina, Soler, Campins, Tejero, Pascual, Álvarez, Zanarini, Pérez Sola., 2004)
- **Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOI)** (Corbella y Botella, 2004b)
- **Cuestionario de Relaciones Interpersonales (ECR-S)** (Alonso-Arbiol, Balluerka y Shaver, 2007)
- **Borderline Symptom List-23 (BSL-23)** (Soler, Vega, Feliu-Soler, Trujols, Soto, Elices, Ortiz, Perez, Bohus, Pascual, 2013)
- **Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)** (Hervás y Jodar, 2008)
- **Experiencias Questionarie (EQ-D)** (Soler, Franquesa, Feliu-Soler, Cebolla, García, Tejedor, Demarzo, Baños, Pascual, Portella, 2014)

Se evaluó la consistencia interna de algunas de las escalas y subescalas en nuestra muestra, mediante un análisis de la fiabilidad de los pre-test y post-test, usando para este efecto el estadístico alpha de Cronbach (α). A continuación, junto con la descripción de cada escala se detallará su consistencia interna.

6.3.1. DIB-R

La **DIB-R** es una entrevista semiestructurada que permite determinar tanto el diagnóstico como la severidad clínica de los pacientes con TLP. La validación española fue creado por Barranchina, et al. (2004) mostrando una buena consistencia interna global y una alta fiabilidad entre evaluadores. Es una entrevista diagnóstica revisada para el trastorno límite (DIB-R (Entrevista para el diagnóstico del TLP: discriminación entre el TLP y otros trastornos del Eje II)). La versión revisada de la entrevista DIB ha demostrado más eficacia diagnóstica y más especificidad ante otros trastornos del Eje II que la DIB original (Zanarini et al., 1989). Evalúa en el TLP 5 ámbitos de contenido: adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, psicosis y relaciones interpersonales. La evaluación se centra en los dos años anteriores y los rangos de escala son de 0 a 10, con un nivel de corte fijado en 6 para un diagnóstico de TLP.

6.3.2. WATOICI

La alianza terapéutica es una de las covariables de nuestro estudio, que es evaluada con el cuestionario **WATOICI** y que presenta 4 subescalas: a) vínculo: lazo emocional y de confianza entre psicólogo y paciente. Evalúa la calidad del vínculo entre paciente y terapeuta; b) metas: acuerdo en referencia a los objetivos de la terapia psicológica. La existencia de acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son las metas a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación, son elementos esenciales para una buena alianza; c) tareas: acuerdo en las tareas necesarias para alcanzar los objetivos establecidos. Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría es

una parte importante del establecimiento de la alianza; d) teoría del cambio: acuerdo acerca del proceso de cambio.

Primero fue configurado el WAI (Working Alliance Inventory de Horvath y Greenberg, 1989) a partir de la conceptualización de Bordin (1979) de la alianza terapéutica. Duncan y Miller (1999) añadieron 5 ítems sobre la teoría del cambio, creando así el Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). Está formado por 17 ítems, 12 de los cuales evalúan las 3 subescalas del WAI y los otros 5 evalúan la subescala de la teoría del cambio. Los 17 ítems están formulados para ser contestados por el paciente en una escala tipo Likert de 7 puntos. La versión española del WATOCI presenta unas características psicométricas satisfactorias (Corbella y Botella, 2004b).

Se analiza la fiabilidad de la escala total de WATOCI en nuestra muestra obteniendo que la consistencia interna es alta: WATOCI pre $\alpha=,838$ y WATOCI post $\alpha=,811$.

En las diferentes subescalas la consistencia interna es en algunas moderadamente alta, en otras media y en otras baja: en la escala de tareas pre $\alpha =,618$ y post $\alpha =,858$; en escala de vínculos pre $\alpha =,682$ y post $\alpha =,819$; en escala metas pre $\alpha =,407$ y post $\alpha =,831$; en teoría del cambio pre $\alpha =,539$ y post $\alpha =,451$. Estos resultados van en la misma dirección que los encontrados en Corbella y Botella (2004b) en los que los mismos autores sugieren considerar la alianza terapéutica en su globalidad.

6.3.3. ECR-S

La otra covariable es el tipo de apego que es evaluado mediante el **ECR-S**, el cuestionario que evalúa apego adulto en dos dimensiones: evitación y ansiedad (Shaver y Mikulincer, 2002). A partir de la combinación de ambas dimensiones se definen 4 estilos de apego. El apego seguro (bajos niveles de ansiedad y evitación) presenta alta

autoestima, confianza en los otros, y relaciones íntimas cercanas y autónomas. El estilo de apego inseguro temeroso (evitativo) (altos niveles de ansiedad y evitación) muestra una autoimagen negativa, una falta de confianza en los demás, y un elevado nivel de estrés en las relaciones. El estilo de apego inseguro preocupado (ansioso) (alta ansiedad y baja evitación) evidencia una autoestima dependiente de la opinión y aceptación de los demás. Finalmente, el estilo de apego inseguro desentendido (baja ansiedad y alta evitación) se caracteriza por una visión de sí mismo idealizada, una negación de los sentimientos de estrés y una descalificación de las relaciones íntimas (Bartholomew y Horowitz, 1991). El instrumento de evaluación de Relaciones Interpersonales (ECR-S) de Alonso-Arbiol et al. (2007), es una adaptación a la versión española del cuestionario Experiences in Close Relationships (ECR) de Brennan, Clark y Shaver (1998). Al igual que la escala original, versión española mantiene la misma estructura de dos factores, las dos subescalas de ansiedad y evitación. Consta de 36 ítems que evalúan las dos dimensiones del apego, la ansiedad (de las relaciones), y la evitación (de la intimidad). La ansiedad se refiere a la anticipación temerosa de rechazo o abandono, y la evitación se define como los comportamientos orientados a prevenir la cercanía y las relaciones íntimas. Estos autores hacen una revisión previa de los inicios de la investigación de los estilos de apego (Ainsworth et al., 1978, en Alonso-Arbiol et al., 2007) en el que describen tres categorías tipológicas de los apegos, seguros, ansiosos y evitativos. Hazan y Shaver (1987) identificaron estilos similares en las relaciones adultas de amor. Se basan pues, en el cuestionario en versión inglesa, para construir la versión española con un alto grado de fiabilidad y validez. Dicho cuestionario, tiene 36 ítems con escala Likert del 1 (totalmente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo). Se evaluó la consistencia interna para las dos escalas basados en factores.

De acuerdo al análisis de Fraley, Waller y Brennan (2000), de los cuestionarios utilizados en la evaluación del apego adulto, éste es el que tiene mejores propiedades psicométricas, siendo los alfas de coeficientes de 0,87 y 0,85 para las escalas de evitación y ansiedad, respectivamente, que son similares a los coeficientes correspondientes en los estudios en inglés mediante el ECR (Alonso-Arbiol, Balluerka, Shaver y Gillath, 2008).

Se analiza la fiabilidad de la escala en nuestra muestra obteniendo que la consistencia interna es alta en la escala de evitación pre $\alpha=,839$ y post $\alpha=,852$ y en escala de ansiedad pre $\alpha=,949$ y post $\alpha=,962$.

6.3.4. BSL-23

Una de las variables dependientes de nuestro estudio es la sintomatología característica de los TLP que es evaluada con el cuestionario **BSL-23**, un autoinforme de alta fiabilidad y válido para evaluar la sintomatología en el TLP. Recientemente ha sido validado en población española por Soler et al. (2013). Este cuestionario incluye una escala básica con 23 ítems, una analógica visual de la percepción del estado general y una escala complementaria para una evaluación conductual, de 11 ítems. En esta versión traducida del original, la escala básica va de 0 a 92 puntos, la medida del estado general califica del 0 al 100% y la escala conductual puntúa de 0 a 44 puntos. Las propiedades psicométricas de la versión original han resultado adecuadas (Bohus et al., 2008). Ha demostrado una alta consistencia interna como se evidencia por el alfa de Cronbach de 0,93 y también muestra una buena fiabilidad para el diagnóstico TLP. La fiabilidad de este cuestionario está garantizada por estudios de validación realizados por Soler et al. (2013).

6.3.5. DERS

La otra variable dependiente es la regulación emocional que es evaluada con el cuestionario **DERS** (Gratz y Roemer, 2004) compuesto por 5 subescalas: a) Descontrol emocional; b) Interferencia cotidiana; c) Desatención emocional; d) Confusión emocional y e) Rechazo emocional.

Los autores de la escala original plantean que una regulación emocional adaptativa no tendría que ver solamente con el control de las emociones, sino que implicaría también tener conciencia, comprensión y aceptación de las mismas. Asimismo, implicaría la capacidad de controlar las conductas impulsivas y actuar de acuerdo con las metas deseadas cuando se experimentan emociones negativas. Además, supondría usar cada estrategia de regulación emocional de un modo flexible de acuerdo a la situación, para modular así las respuestas emocionales en orden de alcanzar las metas individuales y las demandas ambientales. Así, la disregulación emocional, medida por esta escala, implicaría la ausencia relativa de alguna de estas habilidades. Hervás y Jodar (2008) realizaron la adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). Este cuestionario de 28 ítems con una escala Likert de 5 puntos (de “Casi nunca/0-10% de las veces” a “Casi siempre/90- 100% de las veces”) evalúa diferentes aspectos del proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades. La subescala de descontrol emocional alude a las dificultades para mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas; interferencia cotidiana hace referencia a las dificultades para concentrarse y cumplir tareas cuando se experimentan emociones negativas; desatención emocional apunta a las dificultades para atender y tener conocimiento de las emociones; confusión emocional consiste en la dificultad para conocer y tener claridad

respecto de las emociones que se están experimentando y rechazo emocional alude a reacciones de no aceptación del propio estrés.

En cuanto a la escala adaptada, el análisis factorial detectó cinco factores interpretables, uno menos que la escala original. También se presentaron datos acerca de la consistencia interna y en conjunto, los resultados muestran evidencia de las buenas propiedades psicométricas de la versión española de la escala DERS (Hervás y Jodar, 2008).

Existen otras escalas como el TMMS (Trait Meta-Mood Scale; Salovey et al., 1995), o el NMR (Negative Mood Regulation, Catanzaro y Mearns, 1990), pero no evalúan el abanico amplio de procesos (Gratz y Roemer, 2004). En este sentido, la escala DERS permite medir diferentes aspectos de la regulación emocional, aspectos considerados clínicamente relevantes (Gratz y Roemer, 2004), y que al mismo tiempo abarcan las dificultades funcionales y déficits más importantes que pueden presentarse en el transcurso del procesamiento emocional de un suceso.

Se analiza la fiabilidad de la escala total en nuestra muestra obteniendo que la consistencia interna es moderadamente alta: DERS pre $\alpha=,729$ y DERS post $\alpha=,741$.

6.3.6. EQ-D

La variable dependiente capacidad de descentramiento evaluada mediante el **EQ-D**, mide tres aspectos aunque de ellos solo se consigue una puntuación total. El cuestionario original, EQ-D, Experiences Questionnaire (Fresco, Moore y Van Dulmen, 2007) evalúa un aspecto particular y asociado al mindfulness como es la capacidad de descentramiento. Esta habilidad hace referencia a la capacidad de descentrarse de los pensamientos y emociones de uno mismo y observarlos como fenómenos temporales de la mente (Safran y Segal, 1990). El descentramiento sucede en presente e implica

mantener una postura no evaluativa y de aceptación respecto a los eventos internos (Fresco et al., 2007). Aunque el instrumento es psicométricamente unifactorial (11 ítems), la versión original se diseñó para evaluar dos aspectos distintos, Rumiación y Descentramiento; el análisis psicométrico de la validación del cuestionario al español solo sustentó la última de las subescalas. La escala EQ- Descentramiento (EQ-D) (Soler et al. 2014) agrupa tres aspectos del descentramiento: la habilidad de no verse a uno mismo como sinónimo de sus pensamientos, la habilidad de no reaccionar a las experiencias negativas de uno y la capacidad para la autocompasión aunque de ella solo se consigue una puntuación total (Fresco et al., 2007).

La fiabilidad de este cuestionario está garantizada recientemente por estudios de validación realizados por Soler et al., 2014).

Por último, otra de las variables dependientes es la probabilidad de abandono de la terapia, variable dicotómica (permanece/abandona) construida a partir de los registros recogidos del hospital.

6.4. Procedimiento

Se realizaron 12 grupos terapéuticos entre los años 2011 y 2014. Estos grupos consistían en sesiones semanales, de 2 horas de duración y una duración total por grupo de 4 meses. Los grupos estaban formados por 10-12 sujetos.

En primer lugar se realizó una visita de evaluación en la que se administró la entrevista semi-estructurada DIB-R. Los pacientes que cumplían criterios para el diagnóstico de TLP (puntuación superior o igual a 6) eran seleccionados para participar de la TDC-G. Nuestra muestra tuvo un promedio de 7.8 ± 1.5 , siendo el valor máximo 10 y el valor mínimo 6.

En la primera sesión de la TDC-G se administraron los cuestionarios de auto-reporte (BSL-23, ECR-S, DERS y EQ-D). En la sexta sesión del tratamiento se administró el cuestionario WATOCI. La relación entre alianza terapéutica y resultado en psicoterapia obtiene más fuerza cuando la alianza es evaluada en la fase inicial del proceso (segunda a sexta sesión), por lo que la alianza medida en las primeras sesiones es un mejor predictor del resultado final de la terapia, que la alianza evaluada en la fase intermedia o cuando se han realizado muchas sesiones. (DeRubeis y Feeley, 1990; Horvath y Luborsky, 1993). Weerasekera et al. (2001) (citado en Corbella y Botella, 2004a) encontraron una correlación mayor entre la alianza y el resultado de la terapia cuando la alianza se evaluaba en la octava sesión, por lo que las primeras sesiones son importantes en el establecimiento de una buena relación paciente-terapeuta.

Posteriormente, entre la sesión 14 y 16, fueron administradas de nuevo las escalas de BSL-23, ECR-S, DERS, EQ-D y WATOCI para poder evaluar los cambios y poder realizar el análisis propuesto.

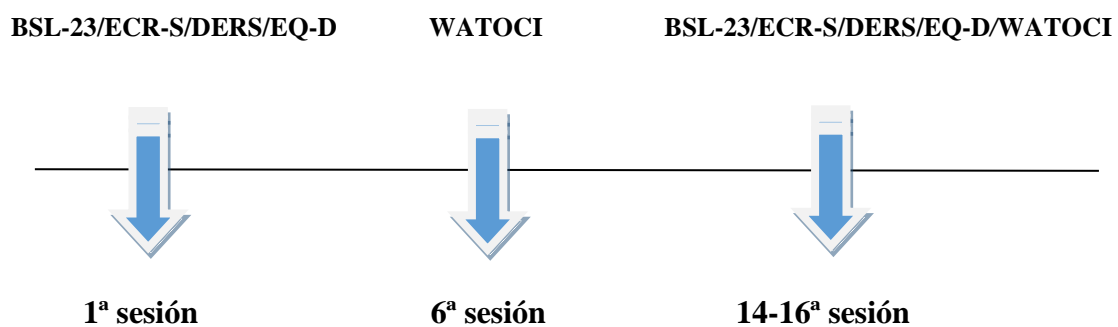


Figura 9. Esquema temporal de administración de cuestionarios

6.5. Análisis estadístico

Se usó el SPSS.20 IBM para el análisis estadístico de los datos.

En primer lugar, se realizó un análisis exploratorio de los datos. Debido a que la mayoría de pruebas estadísticas se basan en supuesto de normalidad de las variables, se realizó el estudio de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. En los casos en que el número de respuestas fue menor de 50 se empleó el estadístico de Shapiro-Wilk.

Los resultados de las pruebas de normalidad se muestran en las siguientes tablas.

Tablas 1

Pruebas de normalidad de las distintas escalas

	Pruebas de normalidad BSL-23					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	<i>p</i>	Estadístico	gl	<i>p</i>
BSL-23 PRE	.128	48	.047	.963	48	.133
BSL-23 POST	.067	48	.200*	.978	48	.503

a. Corrección de la significación de Lilliefors

	Pruebas de normalidad WATOCI					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	<i>p</i>	Estadístico	gl.	<i>p</i>
WATOCI PRE	.137	63	.005	.953	63	.018
WATOCI POST	.218	54	.000	.921	54	.002

a. Corrección de la significación de Lilliefors

	Pruebas de normalidad ECR- ANSIEDAD					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	<i>p</i>	Estadístico	gl	<i>p</i>
ANSIEDAD PRE	.156	62	.001	.894	62	.000
ANSIEDAD POST	.202	57	.000	.878	57	.000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

	Pruebas de normalidad ECR- EVITACIÓN					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	<i>p</i>	Estadístico	gl	<i>p</i>
EVITACION PRE	.92	64	.200*	.984	64	.586
EVITACION POST	.129	57	.019	.925	57	.002

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Pruebas de normalidad DERS

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk ^b		
	Estadístico	gl	<i>p</i>	Estadístico	gl	<i>p</i>
DESCONTROL EMO. PRE	.120	62	.028	.960	62	.044
INTERFERENCIA EMO. PRE	.094	62	.200*	.962	62	.050
DESATENCION EMO. PRE	.116	59	.046	.933	59	.003
CONFUSION EMO. PRE	.207	61	.000	.791	61	.000
RECHAZO EMO. PRE	.145	59	.003	.905	59	.000
DESCONTROL EMO. POST	.209	49	.000	.908	49	.001
INTERFERENCIA EMO. POST	.123	50	.056	.945	50	.021
DESATENCION EMO. POST	.096	50	.200*	.945	50	.021
CONFUSION EMO. POST	.199	43	.000	.886	43	.000
RECHAZO EMO. POST	.128	42	.083	.947	42	.049

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

b. Siendo el número de respuestas inferior a 50 se utiliza el estadístico de Shapiro- Wilk

Pruebas de normalidad EQ-D

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	<i>p</i>	Estadístico	gl	<i>p</i>
EQ PRE	.154	48	.006	.963	48	.133
EQ POST	.133	48	.033	.957	48	.076

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Pruebas de normalidad deltas de las escalas

	N	Estadístico	gl	<i>p</i>
Delta Ansiedad	52	.115	52	.058
Delta Evitación	57	.939 ^b	57	.344 ^b
Delta EQ	52	.122	52	.053
Delta WATOCl	56	.09	56	.200
Delta Descontrol emo	37	.954	37	.132
Delta Confusión emo	37	.984	37	.848
Delta Rechazo emo	35	.988	35	.957
Delta Interferencia cot	38	.961	38	.212
Delta Desatención emo	36	.967	36	.351

b. Corrección de la significación de Lilliefors

c. No se apreció normalidad con la corrección de Lilliefors. Se repitió la prueba sin esta corrección y el resultado es el que se indica en la tabla. Además, el examen visual del gráfico de caja se aproxima una distribución normal

En resumen, las variables con distribución normal son: BSL-23 post, evitación pre, interferencia emocional pre y post, desatención emocional post y rechazo emocional post y todos los deltas de las escalas. El resto de variables no tienen una distribución normal. Para las variables que presentaron una distribución no normal se aplicaron diversas transformaciones aritméticas según la forma de la distribución: sesgada a la derecha (x^2 , x^3 , $\exp(x)$) o sesgada a la izquierda (\sqrt{x} , $\log(x)$, $1/x$, $1/x^2$). No se consiguió que las variables tuvieran una distribución normal en todos los casos. Las variables que pudieron ser ajustadas a una distribución normal fueron la de la escala DERS, se indica entre paréntesis el tipo de transformación realizado: Descontrol pre ($\ln(x)$), Rechazo pre (X^2), Confusión post (X^3). En las demás no se obtuvieron los resultados esperados.

A pesar de la falta de normalidad de muchas de nuestras variables se consideró que las pruebas de correlación y la t-student son técnicas muy robustas (es decir, poco sensibles al incumplimiento de los supuestos de normalidad) tal y como indican algunos autores (Montilla, 2010; Montilla y Kromrey, 2010) por lo que se decidió seguir adelante con el análisis. También se usó correlación de Pearson en aquellos casos en que las variables si cumplían los supuestos de normalidad.

Adicionalmente, dentro del análisis exploratorio, se realizó comparación de medias (t-students) entre los resultados de nuestra muestra y los resultados de los grupos obtenidos de los estudios de validación de todas las escalas utilizadas. De esta forma pudimos describir las particularidades de nuestra muestra respecto a estos grupos de comparación.

Para el procedimiento de contrastación de hipótesis se emplearon las técnicas de correlación (Spearman y Pearson), con corrección por Bonferroni para comparaciones múltiples, así como comparación de medias (t-student muestras relacionadas pre/post)

y, cuando fue necesario, se comprobó mediante las técnicas alternativas de cálculo t-Welch o prueba de Rangos de Wilcoxon, indicada para muestras con distribución no normal, obteniendo resultados parecidos. También se usó regresión lineal múltiple y regresión logística para la estimación de relaciones entre variables.

7. RESULTADOS

En este apartado los resultados están organizados en dos bloques; el primero (7.1 y 7.2) consistirá en un análisis preliminar exploratorio de las variables estudiadas y un segundo bloque (7.3) que consistirá en la contrastación de las hipótesis del estudio.

7.1. Análisis descriptivo de la muestra

Previamente, antes de entrar en la contrastación de las hipótesis, realizamos un análisis comparativo (t-students) de los resultados obtenidos en los cuestionarios de nuestra muestra y los grupos empleados en la validación de los cuestionarios, con el fin de contextualizar y describir las características de nuestra muestra.

Los resultados encontrados (ver tabla 2, 3 y 4) nos indicaron que existen diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0.0001$) entre ambos grupos, solo en las siguientes variables:

- a) Subescala de ansiedad del cuestionario ECR-S
- b) Subescalas del cuestionario DERS (descontrol, rechazo, interferencia, desatención, confusión)
- c) Variable EQ-D

Tabla 2

Comparación de medias de la subescala Ansiedad entre grupo muestra y grupo comparativo

Muestra	Media Subescala Ansiedad	Desviación típica	Error estándar	Tamaño muestra
Grupo de comparativo	4.08	0.85	0.03	602
Grupo TLP	5.19	1.59	0.19	67

t/ t'	gl	p	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia
-------	----	---	----------------------	---------------------------------

t=9.153	667	p=0.0001	-1.11	0.12
t'=5.63	70	p=0.0001	-1.11	0.19

Tabla 3

Comparación de medias de las subescalas de la DERS entre grupo muestra y grupo comparativo

Muestra	Media Subscala Descontrol	Desviación típica	Error estándar	Tamaño muestra
Grupo comparativo	16.20	7.10	0.44	254
Grupo TLP	10.73	4.06	0.51	62

t/ t'	gl	p	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia
t=5.83	314	p< 0.0001	5.47	0.93
t'=8.02	163	p< 0.0001	5.47	0.68

Muestra	Media Subscala Rechazo	Desviación típica	Error estándar	Tamaño muestra
Grupo comparativo	14.70	6.40	0.40	252
Grupo TLP	35.34	7.52	0.95	62

t/ t'	gl	p	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia
t=21.96	314	p< 0.0001	-20.64	0.94
t'=19.56	78	p< 0.0001	-20.64	1.05

Muestra	Media Subscala Interferencia	Desviación típica	Error estándar	Tamaño muestra
Grupo comparativo	10.10	3.80	0.23	252
Grupo TLP	12.39	4.50	0.57	62

t/ t'	gl	p	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia
t=4.09	314	p< 0.0001	-2.29	0.55

Muestra	Media Subscala Desatención	Desviación típica	Error estándar	Tamaño muestra
Grupo comparativo	9.60	3.30	0.20	252
Grupo TLP	24.98	7.95	1.00	62

t/ t'	gl	p	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia
t=23.66	314	p< 0.0001	-15.38	0.65
t'=14.92	66	p< 0.0001	-15.38	

Muestra	Media Subscala Confusión	Desviación típica	Error estándar	Tamaño muestra
Grupo comparativo	7.80	3.10	0.19	252
Grupo TLP	17.02	3.60	0.46	62

t/ t'	gl	p	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia
t= 20.23	314	p< 0.0001	-9.22	0.45
t'=18.29	83	p< 0.0001	-9.22	0.50

Tabla 4

Comparación de medias de la escala EQ-D entre grupo muestra y grupo comparativo

Muestra	Media Escala EQ	Desviación típica	Error estándar	Tamaño muestra
Grupo comparativo	25.59	7.23	0.27	690
Grupo TLP	23.58	6.85	0.80	73

t/ t'	gl	p	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia
t=2.81	758	p< 0.0001	2.50	0.88
t'=2.35	89	p< 0.0001	2.50	0.84

7.2. Análisis comparativo de medias de las mediciones pre/post de las escalas

Realizamos un análisis comparativo de medias de las mediciones pre/post de todas las escalas con el objetivo de ver las posibles diferencias en las puntuaciones. Comentar que el análisis de las medias pre-post de las subescalas del apego adulto del cuestionario ECR-S serán expuestas en el apartado 7.3 de contrastación de hipótesis.

a) En el análisis de los resultados de las escalas del cuestionario DERS, sobre la regulación emocional, detallamos los resultados mediante la tabla 5. Se observaron diferencias significativas en 3 de las 5 subescalas, aunque tras la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples, solo permanece un cambio significativo para la subescala de rechazo emocional.

Tabla 5

Puntuaciones medias de las subescalas DERS pre-test y post-test

Subescalas	N	Media	Desviación Típica	t	p
Ders					
Descontrol emocional pre	37	10.72	4.06	.162	.873
Descontrol emocional post	37	10.18	3.95		
Interferencia cotidiana pre	37	12.38	4.49	-.052	.957
Interferencia cotidiana post	37	11.42	4.53		
Desatención emocional pre	35	24.98	7.95	2.04	.048
Desatención emocional post	35	20.44	9.71		
Confusión emocional pre	38	17.01	3.65		.035 ^b

Confusión emocional post	38	15.53	3.89	
Rechazo emocional pre	36	35.33	7.51	.001 ^b
Rechazo emocional post	36	29.19	9.78	

a) Se emplea mediante la prueba no paramétrica suma de Rangos de Wilcoxon. Se calcula la significación unilateral

b) Respecto a las puntuaciones del WATOCI sobre la alianza terapéutica, éstos nos indicaron un ligero aumento en las puntuaciones de todas las subescalas del cuestionario al final del tratamiento, siendo la diferencia de las mediciones de las subescalas pre/post significativas ($p < 0.01$) excepto la subescala de teoría del cambio ($p = 0.097$), tras realizar también corrección de Bonferroni. En la tabla siguiente se muestran los resultados.

Tabla 6

Puntuaciones medias de las subescalas y total WATOCI pre-test y post-test

Subescalas Watoci pre/post	N	Media	Desviación Típica	t	p
Tareas pre	65	23.26	4.51	-2.85	.006
Tareas post	57	25.61	3.21		
Vínculo pre	65	20.60	5.20	-2.87	.006
Vínculo post	57	23.03	4.35		
Metas pre	65	21.80	4.30	-4.70	.000
Metas post	57	25.10	3.46		
Teoría del cambio pre	65	28.10	4.33	-1.69	.097
Teoría del cambio post	57	29.38	4.89		
Total pre	63	92.89	15.17	-4.02	.000
Total post	54	102.91	13.34		

c) Respecto a la sintomatología clínica de los pacientes TLP evaluados al inicio del tratamiento, se observó unas puntuaciones medias de $M=2.19$; $SD=.89$ y con un ligero descenso al final del tratamiento, con una media de $M=1.85$; $SD=.92$, (ver tabla 7) y, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$).

Tabla 7

Puntuaciones medias del BSL-23 pre-test y post-test

BSL pre/post	N	Media	Desviación Típica	t	p
BSL-23 pre	56	2.19	.89	2.29	.026
BSL-23 post	53	1.85	.92		

d) Respecto a las puntuaciones del cuestionario EQ-D sobre la capacidad de descentramiento, se observó un aumento al final del tratamiento (ver tabla 8) y encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$).

Tabla 8

Puntuaciones medias del EQ-D pre-test y post-test

EQ-D pre/post	N	Media	Desviación Típica	t	p
EQ-D pre	70	23.5	6.8	-2.99	0.04
EQ-D post	51	28.09	6.09		

7.3. Contrastación de Hipótesis

7.3.1. Análisis del estilo de apego de los sujetos TLP

En el análisis de los estilos de apego de nuestra muestra, los sujetos presentaron puntuaciones más altas en la subescala ansiedad en las relaciones, tal y como comentamos anteriormente, puntuaciones por encima de la media según los baremos de Alonso-Albiol et al. (2007), siendo la media de ($M=5.2$; $SD=1.5$). En las puntuaciones de evitación en la intimidad los sujetos se situaron un poco por encima de la media

según baremos de Alonso-Albiol et al. (2007), con media de (M=2.9; SD=1.03). Ver tabla 9 y 10.

Estos resultados nos indicaron que los sujetos TLP de nuestra muestra, evaluados al inicio del tratamiento, presentan apegos caracterizados mayormente por ser ansiosos en sus relaciones.

Al final de la TDC-G, los sujetos que han finalizado el tratamiento¹, presentaron una disminución en las puntuaciones respecto a la dimensión ansiedad, siendo la media (M=4.9; SD=1.6). Pero, se observó un aumento en las puntuaciones respecto a la dimensión de evitación al final del tratamiento (M=3.3; SD=1.09), siendo estadísticamente significativa la diferencia entre las mediciones previas y finales en ambas variables. Ver tabla 9 y 10.

Tabla 9

Medias subescala Ansiedad pre-test y post-test

Ansiedad pre/post	N	Media	Desviación Típica	t	p
Ansiedad pre	51	5.2	1.5		.000 ^a
Ansiedad post	51	4.9	1.03		

a) Se emplea mediante la prueba no paramétrica suma de Rangos de Wilcoxon. Se calcula la significación unilateral

Tabla 10

Medias subescala Evitación pre-test y post-test

Evitación pre/post	N	Media	Desviación Típica	t	p
Evitación pre	55	2.9	1.6	-2.39	.020
Evitación post	55	3.3	1.09		

Los resultados anteriores nos permitieron contrastar nuestra primera hipótesis, la cual se cumplió parcialmente.

¹ Se realizan los análisis en función de aquellos sujetos que completan el tratamiento, es decir se han desestimado aquellos que no han finalizado

7.3.2. Análisis del estilo de apego y alianza terapéutica

Para la **hipótesis 2**, en la que se esperaba una relación entre las subescalas del apego adulto (ansioso y evitativo) y la alianza terapéutica tanto al inicio y final del tratamiento se realizó un análisis correlacional de las puntuaciones del apego (subescala ansiedad y evitación) y de la alianza terapéutica (subescalas vínculo, tareas, metas, teoría del cambio y la escala total) tanto de las mediciones pre como post. Se realizó correlación bivariada de Spearman por no cumplir con el supuesto de normalidad y corrección de comparación múltiple de Bonferroni.

En el análisis de las puntuaciones pre-test, se observó una correlación positiva entre la subescala de ansiedad y algunas de las subescalas del WATOCI, encontrándose relaciones significativas con: acuerdo de tareas ($r=.273$, $p \leq .005$), construcción del vínculo ($r=.336$, $p \leq .001$) y teoría del cambio ($r=.255$, $p \leq .005$). En cambio, no se encontraron correlaciones significativas entre la subescala de evitación y las subescalas de la alianza terapéutica, evaluado al inicio.

Adicionalmente, para ajustar los resultados, analizamos esta relación realizando la corrección de comparación múltiple de Bonferroni, obteniendo que las mismas subescalas de la alianza terapéutica y la subescala de ansiedad en las relaciones en el pre-test, seguían correlacionando significativamente ($p \leq .005$). Se muestran los resultados en la tabla 11.

Tabla 11

Correlaciones entre la subescala ansiedad y las subescalas de alianza terapéutica evaluada al inicio tratamiento

Subescalas WATOCI pre		Tareas	Vínculo	Teoría cambio
Puntuaciones	r	.273*	.336**	.255*
ECR-S Ansiedad	p	.028	.006	.040
	N	65	65	65

Correlación significativa * $p < .005$

Correlación significativa ** $p < .001$

En contraste, en el análisis post-test de la relación entre la subescala de evitación del apego y las subescalas de la alianza terapéutica, se observó una moderada correlación negativa de dichas variables; puntuaciones altas en evitación implicaron puntuaciones más bajas en alianza. Los resultados encontrados fueron: acuerdo en tareas ($r = -.407, p \leq .001$), en acuerdo de vínculos ($r = -.479, p \leq .001$) y en acuerdo de metas ($r = -.376, p \leq .005$), en teoría del cambio ($r = -.445, p \leq .001$) y escala total ($r = -.451, p \leq .001$). Se muestran los resultados en la tabla 12.

También realizamos la corrección de comparación múltiple de Bonferroni, obteniendo que todas estas subescalas siguieron correlacionando significativamente con la dimensión de evitación en el post-test ($p \leq .005$) excepto la subescala de teoría del cambio y la escala total.

En el análisis de la correlación entre la subescala de ansiedad en las relaciones y las subescalas de la alianza terapéutica del post-test, no se halló correlación entre estas variables.

Tabla 12

Correlaciones entre la subescala evitación y las subescalas de alianza terapéutica evaluada al final tratamiento

Subescalas		Tareas	Vinculo	Metas	Teoría cambio	Total watoci
WATOICI post						
Puntuaciones	r	-.407**	-.479**	-.376*	-.445**	-.451**
ECR-S	p	.002	.000	.004	.001	.000
Evitación	N	56	56	56	56	56

Correlación significativa * $p < .005$

Correlación significativa ** $p < .001$

Dentro de esta misma hipótesis, nos planteábamos también, que los pacientes con tipo de apego inseguro (ansioso o evitativo) obtuvieran puntuaciones más bajas en alianza terapéutica respecto a aquellos sujetos con estilo de apego seguro. Para ello, se dicotomizó la variable apego inseguro (ansiedad y evitación) con el fin de diferenciar

aquellos pacientes con puntuaciones por debajo de la media de aquellos sujetos con puntuaciones por encima de la media (según las dos subescalas ansiedad y evitación del ECR-S). Se realizaron estudios de comparación de medias, mediante t-student para muestras independientes, de los dos grupos respecto a sus puntuaciones de WATOICI y subescalas al inicio del tratamiento. Los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con apegos seguro e inseguro (según las puntuaciones de las dos subescalas del ECR-S) respecto a sus puntuaciones de WATOICI y subescalas (ver tabla 13 y 14). Las puntuaciones iniciales del WATOICI de los sujetos con apego inseguro-ansioso y apego inseguro-evitativo fueron ligeramente más altas que las de apego seguro, resultado no esperado, teniendo en cuenta lo que la literatura nos muestra.

Tabla 13

Puntuaciones medias pre-test de subescalas de la alianza terapéutica y tipo apego ansioso

WATOICI pre	Tipo apego ansioso	N	Media	Desviación Típica	t	p
Tareas	inseguro ansioso	50	23.70	4.32	1.44	.155
	Seguro	15	21.80	4.97		
Vínculo	inseguro ansioso	50	21.06	4.77	1.30	.196
	Seguro	15	19.06	6.39		
Metas	inseguro ansioso	50	21.90	4.22	.339	.736
	Seguro	15	21.46	4.71		
Teoría cambio	inseguro ansioso	50	28.46	4.45	1.20	.235
	Seguro	15	26.93	3.82		
Total WATOICI	inseguro ansioso	50	94.16	14.96	1.23	.222
	Seguro	15	88.66	15.62		

Tabla 14

Puntuaciones medias pre-test de subescalas de la alianza terapéutica y tipo apego evitativo

WATOICI pre	Tipo apego evitativo	N	Media	Desviación Típica	t	p
Tareas	inseguro evitativo	31	23.48	4.56	.376	.708
	Seguro	34	23.05	4.53		
Vínculo	inseguro evitativo	31	21.19	4.34	.876	.384
	Seguro	34	20.05	5.89		
Metas	inseguro evitativo	31	22.25	3.99	.816	.417
	Seguro	34	21.38	4.59		
Teoría cambio	inseguro evitativo	31	28.45	4.71	.607	.546
	Seguro	34	27.79	4.01		
Total WATOICI	inseguro evitativo	31	93.96	15.28	.542	.589
	Seguro	34	91.91	15.24		

En el estudio de comparación de medias de los dos grupos respecto a las puntuaciones de WATOICI y subescalas al finalizar la terapia, los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con puntuaciones por encima y por debajo de la media en las subescalas ansiedad y evitación (ver tabla 15 y 16). Si bien las puntuaciones de los sujetos de apego inseguro-ansioso son, aparentemente más bajas que los seguros, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Las puntuaciones de los sujetos con apego inseguro-evitativo fueron ligeramente más altas que los apegos seguros.

Tabla 15*Puntuaciones medias post-test de subescalas de la alianza terapéutica y tipo apego ansioso*

WATOICI post	Tipo apego ansioso	N	Media	Desviación típica	t	p
Tareas	inseguro ansioso	45	25.95	2.82	1.57	.122
	Seguro	12	24.33	4.313		
Vínculo	inseguro ansioso	45	22.73	4.13	-1.01	.315
	Seguro	12	24.16	5.13		
Metas	inseguro ansioso	45	24.93	3.70	-.722	.473
	Seguro	12	25.75	2.37		
Teoría cambio	inseguro ansioso	45	28.97	5.14	-1.22	.226
	Seguro	12	30.91	3.57		
Total WATOICI	inseguro ansioso	45	102.44	13.33	-.509	.613
	Seguro	12	104.66	13.82		

Tabla 16*Puntuaciones medias post-test de subescalas de la alianza terapéutica y tipo apego evitativo*

WATOICI post	Tipo apego evitativo	N	Media	Desviación Típica	t	p
Tareas	inseguro evitativo	29	25.48	3.96	-.311	.757
	Seguro	28	25.75	2.25		
Vínculo	inseguro evitativo	29	23.89	4.19	1.53	.130
	Seguro	28	22.14	4.41		
Metas	inseguro evitativo	29	25.48	3.82	.834	.408
	Seguro	28	24.71	3.07		
Teoría cambio	inseguro evitativo	29	30.00	5.27	.964	.339
	Seguro	28	28.75	4.46		
Total WATOICI	inseguro evitativo	29	104.44	14.47	.883	.381
	Seguro	28	101.32	12.11		

7.3.3. Análisis del estilo de apego y regulación emocional

En la **hipótesis 3**, en el que se esperaba que aquellos pacientes con estilos de apego inseguro (mayor puntuación en las subescalas ansiedad y evitación) presentaran mayor disregulación emocional que aquellos con estilos de apego seguro (menor

puntuación en las subescalas ansiedad y evitación), se dicotomizó la variable estilos de apego en, aquellos pacientes con puntuaciones por debajo de la media, de aquellos sujetos con puntuaciones por encima de la media (según las dos subescalas ansiedad y evitación del ECR-S).

Se realizó comparación de las medias para ver si existían diferencias significativas entre grupos. Tanto en el análisis pre como post-test, no se observaron diferencias significativas entre los tipos de apego (seguro y inseguro) y la regulación emocional, encontrando que los sujetos con mayores puntuaciones en las subescalas ansiedad y evitación, presentaron puntuaciones superiores (en algunas de las subescalas) respecto a los aquellos sujetos con puntuaciones menores en las subescalas de ansiedad y evitación, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Exceptuando, en la subescala de descontrol emocional y apego inseguro-evitativo evaluados al inicio, en el que se observó diferencias estadísticamente significativas ($t = -2.722$; $p \leq 0.01$). Los resultados nos indicaron que aquellos sujetos con puntuaciones por encima de la media en la escala evitación presentan puntuaciones superiores en descontrol emocional respecto a los sujetos seguros.

Asimismo, también esperábamos encontrar una disminución de las puntuaciones en desregulación emocional al final de la TDC-G. Efectivamente, se observó un descenso en las puntuaciones de casi todas las subescalas de la DERS, indicando un aumento en regulación emocional al final de la terapia. Se pudo ver que el descenso en las puntuaciones es mayor para las subescalas de desatención emocional y rechazo emocional, siendo las diferencias estadísticamente significativas. Tras la corrección de comparación múltiple de Bonferroni se observó que sólo la variable rechazo emocional mostró diferencias estadísticamente significativas. Se muestran los resultados en la tabla 17.

Tabla 17*Comparación de medias pre/post de las subescalas de la DERS*

Subescalas DERS	Media Pre/post	N	Desviación Típica	Error estándar de la media	t	p
Descontrol emocional pre	10.72	37	4.43	.729	.162	.873
Descontrol emocional post	10.59	37	3.96	.651		
					-.054	.957
Interferencia cotidiana pre	11.51	37	4.66	.766		
Interferencia cotidiana post	11.56	37	4.22	.694		
Desatención emocional pre	25.11	35	8.41	1.422	2.04	.048
Desatención emocional post	21.40	35	7.5933	1.2835		
Confusión emocional pre	16.76	38	3.91	.634		.035 ^a
Confusión emocional post	15.34	38	3.92	.637		
Rechazo emocional pre	35.19	36	8.45	1.40		.001 ^a
Rechazo emocional Post	28.30	36	9.77	1.62		

- a) Se emplea mediante la prueba no paramétrica suma de Rangos de Wilcoxon. Se calcula la significación unilateral

7.3.4. Análisis de la alianza terapéutica y mejora del paciente

Para contrastar la **hipótesis 4**, en el que se analizaba la mejora de los pacientes en relación a la alianza terapéutica esperando, que a mayor alianza terapéutica, aumentara la mejora del paciente, realizamos correlación de Pearson con los deltas de las puntuaciones (diferencias entre la medición inicial y la medición final (pre – post)), ya que se cumplen los supuestos de normalidad.

La mejora del paciente fue medida por tres variables: mejora en la sintomatología clínica (BSL-23), en la regulación emocional (DERS) y, en la habilidad de descentrar los pensamientos (EQ-D).

No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la mejora del paciente y la alianza terapéutica, contrariamente a lo que nos indican distintos estudios de la literatura. Aunque, si se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre algunas variables dependientes (BSL-23, EQ-D y DERS). Encontramos una correlación alta entre sintomatología clínica (BSL-23) y la capacidad de descentrar los pensamientos (EQ-D) siendo $r = -.649$ ($p \leq 0.01$). Entre BSL-23 y la subescala de rechazo emocional de la DERS se encontró una correlación moderada-alta de $r = .592$ ($p \leq 0.01$), y con descontrol emocional $r = .665$ ($p \leq 0.01$). También se encontraron correlaciones entre las distintas subescalas de la DERS. La variable desatención emocional correlacionó con: confusión emocional de $r = .494$ y descontrol emocional $r = .425$. Entre la variable confusión emocional, además correlacionó con descontrol $r = .542$. La variable rechazo emocional correlacionó con descontrol emocional $r = .646$; con interferencia cotidiana de $r = .453$. La variable interferencia cotidiana además correlacionó con descontrol emocional siendo $r = .623$. Finalmente, la variable descontrol se correlacionó con todas las variables, excepto la variable desatención emocional.

Teniendo en cuenta que los sujetos TLP son la expresión de características extremas en varias dimensiones, adicionalmente realizamos una dicotomización de la variable alianza terapéutica cogiendo los valores extremos (primer y cuarto cuartil) con el objetivo de ver posibles correlaciones entre las puntuaciones extremas de los sujetos en alianza terapéutica y la mejora del paciente. Posteriormente, hicimos una

comparación de medias y tampoco encontramos diferencias estadísticamente entre los pacientes con puntuaciones más bajas y más altas respecto a la mejoría.

Considerando que las correlaciones entre la alianza terapéutica y los indicadores de mejora del paciente no fueron significativas como esperábamos, procedimos a realizar un estudio de regresión lineal múltiple para evaluar otros posibles predictores. Para ello, también se utilizaron las puntuaciones delta. Antes de comenzar el análisis de regresión se examinaron los datos para verificar los supuestos de linealidad, independencia de los residuos, homocedasticidad, normalidad de los residuos y colinealidad.

Para la variable BSL-23 introducimos en el modelo las variables independientes (subescalas de la DERS y EQ-D) mediante el método hacia atrás (backward) llegando a 5 modelos de regresión. El modelo 5 nos permitió explicar el 51% de la variación de BSL-23. Los resultados indicaron que una reducción de una unidad en la variable descontrol emocional produce una disminución de .040 puntos en BSL-23. Un aumento de una unidad de la variable EQ-D produce una reducción de .037 en la variable BSL-23. Ver tabla 18.

Tabla 18

Modelo de regresión lineal múltiple para BSL-23

$R^2 = 0.54$				
R^2 corregida = 0.51				
ANOVA F= 18.195 p= 0.000				
Variable	Coefficiente no estandarizado B	Error típico	T	p
Constante	0,079	0.150	0.536	0.602
Delta descontrol	0.040	0.011	3.565	0.001
Delta EQ-D	-0.037	0.017	-2.239	0.032

Realizamos el mismo procedimiento con la variable EQ-D como dependiente. El último de los 6 modelos halló como única variable explicativa el BSL-23, siendo capaz

de explicar un 33% de la variación de EQ-D. Una reducción de una unidad de la variable BSL-23 produce un aumento de 5.19 en la variable EQ-D. Ver tabla 19.

Tabla 19

Modelo de regresión lineal múltiple para EQ-D

R²= 0.351
R² corregida= 0.331
ANOVA F= 17.336 p= 0.000

Variable	Coefficiente no estandarizado B	Error típico	T	p
Constante	-2.126	1.454	-1.463	0.153
Delta BSL-23	-5.119	1.229	-4.164	0.000

Asimismo, realizamos un modelo para cada subescala de la DERS, encontrando que solo rechazo emocional y descontrol emocional pueden ser explicadas por BSL-23. En el primer caso BSL-23 permite explicar el 33% de la variación de rechazo emocional. Una disminución de la variable BSL-23 produce una disminución de 5.967 puntos de la variable rechazo emocional. Ver tabla 20.

En el segundo modelo, esta variable fue capaz de explicar el 42.5% de la variación de descontrol emocional. Una disminución de la unidad de BSL-23 produce una disminución de 8.38 puntos de descontrol emocional. Ver tabla 21.

Tabla 20

Modelo de regresión lineal múltiple para Rechazo emocional

R²= 0.351
R² corregida= 0.330
ANOVA F= 17.274 p= 0.000

Variable	Coefficiente no estandarizado B	Error típico	T	p
Constante	0.229	1.697	0.135	0.894
Delta BSL-23	5.967	1.436	4.156	0.000

Tabla 21*Modelo de regresión lineal múltiple para Descontrol emocional*

R²= 0.442
R² corregida= 0.425
ANOVA F= 26.120 p= 0.000

Variable	Coefficiente no estandarizado B	Error típico	T	p
Constante	2.782	1.917	1.451	0.153
Delta BSL-23	8.380	1.640	5.111	0.000

7.3.5. Análisis de las variables influyentes en los abandonos prematuros

Para contrastar la **hipótesis 5** se dicotomizó la variable de abandonos en aquellos sujetos que abandonaron la terapia antes de la finalización y los que terminaron el tratamiento. Se observa que hubo 22 sujetos que abandonaron la terapia prematuramente. Los resultados nos muestran un 27.2% de abandonos prematuros de la TDC-G, resultados similares a lo que la literatura indica (Hoglend, 1993; Lothstein, 1993, Soler et al., 2005).

Respecto a la hipótesis que planteábamos, en el que se esperaba que los sujetos con elevadas puntuaciones en alianza terapéutica al inicio de la terapia, tengan una mayor adherencia al tratamiento. Los resultados indicaron que esta variable no era relevante para la predicción de los abandonos. Adicionalmente realizamos una dicotomización de esta variable y otras posibles variables explicativas cogiendo los valores extremos (primer y cuarto cuartil) para ver si los sujetos con puntuaciones más extremas tampoco correlacionaban con la predicción del abandono. Posteriormente se contrastó la relación entre el abandono y estas variables mediante la prueba de Chi². No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los extremos de estas variables con el abandono.

Finalmente para determinar que variables podían ser relevantes en la predicción del abandono construimos un modelo de regresión logística con otras variables predictores: sintomatología clínica y tipo de apego.

En el primer modelo de estimación, contrastamos las variables antes señaladas mediante un método hacia delante (forward), obteniendo significación solo para la variable BSL-23, la cual se relaciona inversamente con el abandono, disminuyendo la probabilidad de este evento en un 80.8%. Ver tabla 22.

Posteriormente, en un segundo modelo de estimación, mediante el método introducir (enter), incluimos la variable BSL-23 como independiente y las variables alianza terapéutica y estilos de apego, como variables de control. De esta manera se puede estimar mejor el exponente beta para BSL-23, el cual resultó $\text{Exp (B)} = .199$, es decir, una disminución del 80.1% en la probabilidad de abandono. Ver tabla 23.

Tabla 22

Modelo de estimación con método hacia delante Wald

Resumen del Modelo				
Prueba Omnibus	$p \leq 0.01$			
-2LL	17.427			
R ² Cox-Snell	.189			
R ² Nagelkerke	.356			
H-S	.233			
Variables en la ecuación				
	B	Wald	p	Exp (B)
BSL-23 pre	-1.64	4.59	.032	.192
Constante	.845	.535	.464	2.32
Intervalos de confianza 95% para Exp (B)		Límite Inferior	Límite superior	
BSL-23		.043	.868	

Tabla 23*Modelo de estimación con método introducir y variables de control*

Resumen del Modelo				
Prueba Omnibus			$p \leq 0.05$	
-2LL			14.737	
R ² Cox-Snell			.254	
R ² Nagelkerke			.480	
H-S			.360	
Variables en la ecuación				
	B	Wald	p	Exp (B)
BSL-23 pre	-1.61	4.08	.043	.199
WATOICI pre	-.090	1.46	.227	.914
Ansiedad pre	-.478	.105	.746	.620
Evitación pre	.498	.119	.730	1.645
Constante	8.92	1.74	.187	7491.5
Intervalos de confianza 95% para Exp (B)		Límite Inferior	Límite superior	
BSL-23		.042	.95	

8. DISCUSIÓN

Antes de entrar a discutir los resultados obtenidos del análisis estadístico, nos parece importante comentar la composición de nuestra muestra y sus particularidades. Ésta, está compuesta por un alto porcentaje de mujeres (88%), coincidiendo con lo que nos indica la literatura, en el que el diagnóstico es predominantemente femenino, aproximadamente un 75% del total de casos (Herpertz et al., 2007). El TLP es diagnosticado principalmente en mujeres aun así, en nuestra muestra hay 9 sujetos masculinos, de los cuales 4 abandonaron prematuramente la terapia.

En relación a las particularidades de nuestra muestra y los resultados del análisis exploratorio, los resultados que obtuvimos son los siguientes.

Los sujetos de nuestra muestra han obtenido puntuaciones superiores en la subescala de ansiedad del apego, en relación a los sujetos de la muestra del grupo comparativo (sujetos de la población general), lo que nos indica que se presentan como sujetos ansiosos en sus relaciones. Esto nos sugiere que son sujetos que responden con ansiedad de separación y miedo al abandono, con un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás (Mikulincer, 1998). En cambio, han obtenido puntuaciones similares respecto a los sujetos del grupo de comparación, en relación a la evitación a la intimidad, siendo similarmente igual de evitativos. Por lo tanto, no se puede afirmar que estos sujetos responden con defensividad y evitando el contacto cercano, sintiéndose inseguros hacia los demás y/o esperando ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono (Mikulincer, 1998).

En relación a la capacidad de regular las emociones, nuestros sujetos han obtenido puntuaciones superiores en disregulación emocional respecto a los sujetos de

del grupo comparativo (población general) en todas las subescalas, excepto en descontrol emocional. Esto nos indica que los sujetos TLP presentan más dificultades en regulación emocional que los sujetos de la población general, mostrando dificultades en referencia al acceso de estrategias de regulación de las emociones, falta de aceptación, consciencia y claridad emocional, y, interferencia en las conductas dirigidas a alcanzar los objetivos.

En relación a la alianza terapéutica, los sujetos TLP de nuestra muestra, han obtenido puntuaciones muy similares a los sujetos de comparación (sujetos en tratamiento psicológico por distintos trastornos) evaluados en la 6ª sesión de la TDC-G.

Los sujetos TLP han obtenido puntuaciones similares en sintomatología clínica típica del trastorno, muy similar al grupo comparativo, resultados esperados ya que también eran sujetos diagnosticados de TLP.

Finalmente, en referencia a la capacidad de descentramiento de los pensamientos, los sujetos de nuestra muestra han obtenido puntuaciones inferiores respecto a la población general, mostrando déficits en la capacidad de descentrar los pensamientos.

En síntesis, podemos decir que los sujetos TLP de ésta muestra son sujetos con estilo de apego ansioso en sus relaciones, que presentan sintomatología clínica típica del trastorno, mayormente desregulados emocionalmente y con dificultades en el descentramiento de sus pensamientos. En relación a las diferencias entre las mediciones pre y post tratamiento, se observa una reducción significativa estadísticamente en las puntuaciones de sintomatología clínica y en la variable rechazo emocional de regulación emocional. En relación a la alianza terapéutica, se observó un aumento significativo estadísticamente en las puntuaciones al final del tratamiento, así como un aumento en las puntuaciones en capacidad de descentramiento de los pensamientos.

Seguiremos el orden de los objetivos e hipótesis planteados para reflexionar sobre los resultados obtenidos.

El primer objetivo de la investigación era estudiar los estilos de apego de los sujetos TLP con el fin de determinar si existen diferencias significativas respecto a la población general. Como recién mencionamos, se observa que los sujetos de nuestra muestra presentan estilos de apegos inseguros (ansiosos) mediante la obtención de puntuaciones superiores en el cuestionario de ECR-S respecto a la población del grupo comparativo. Se observó un porcentaje mayor de sujetos inseguros-ansiosos respecto a inseguros-evitativos. Efectivamente, los pacientes TLP presentan más ansiedad que los sujetos del grupo de comparación de la validación española de la escala. Pero no se cumplió en el caso de la subescala de evitación. Las medias de pacientes TLP y los sujetos de Alonso-Albiol et al. (2007), no fueron estadísticamente diferentes en ésta dimensión.

Autores como Fonagy (1999) y Liotti (2001) fueron pioneros en describir el TLP como un trastorno con representaciones desorganizadas de sus vínculos, es decir, con patrones de apego desorganizados. Estos resultados son similares a lo que la literatura nos indica acerca de los patrones de apego en personas que presentan trastornos de la personalidad, especialmente del clúster B, que señalan que estos individuos exhiben mayores índices de apego inseguro que la población general. (Bender, Farber, y Geller, 2001; Camps-Pons, Castillo-Garayoa y Cifre, 2014; Cassidy y Shaver, 2008; Colijn, Cnossen, Haringsma, 2014; Fonagy et al., 1999 y Linehan, 2003). Muchas de las características del apego inseguro adulto se asemejan a los signos y síntomas de los trastornos de la personalidad (Adshead y Sarkar, 2012). Varios estudios demostraron que un 50-80% de los pacientes con TLP cumplen los criterios para al menos uno de

estos estilos (ansioso y/o evitativo) (Agrawal, Gunderson, Holmes, y Lyons-Ruth, 2004; Barone, Fossati y Guiducci, 2011).

En relación a la dimensión de evitación del apego inseguro, nuestros resultados no son congruentes con la literatura, mostrando valores similares a los sujetos de la población general.

Como ya se ha comentado en el apartado 2.4., una de las principales dimensiones del apego es la inseguridad, compuesta por dos polos: ansiedad (ante la separación o el abandono) y evitación (de la cercanía o de la dependencia) (Fournier et al., 2011; Mauricio y Lopez, 2009). La dimensión ansiedad refleja los miedos al rechazo y el abandono, que se combinan con las dudas sobre la capacidad e importancia social de uno mismo. Los sujetos TLP de esta muestra pareciesen ser sujetos que se mueven entre la dimensión de ansiedad del apego inseguro, tal y como los resultados nos han mostrado.

Comentar también, que tal y como indica el DSM-IV, estos sujetos tienden a ser inestables en sus relaciones y muestran esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, tendiendo a patrones evitativos emocionalmente. Asimismo, Millon y Davis, (1996) presentan la ansiedad por separación como característica de los TLP. Autores como Levine et al. (1997) y Reisch et al. (2008) demostraron en sus estudios, como los sujetos TLP son emocionales e inestables afectivamente presentando déficits importantes en atención y claridad emocional.

Los resultados obtenidos corroborarían nuestra primera hipótesis en el que planteábamos que los pacientes con TLP tienden a patrones emocionales inestables mediante las puntuaciones elevadas en ansiedad en sus relaciones, pero no en las puntuaciones de evitación, donde no se diferencian de otras muestras control. La

dimensión de ansiedad parece ser una característica de los sujetos TLP en cambio, la dimensión de evitación parece no serlo.

Respecto al análisis de comparación de medias (pre y post), en los resultados que se obtuvieron, se observó un aumento en las puntuaciones finales en la subescala de evitación, mostrándonos que aquellos sujetos que finalizan el tratamiento eran más evitativos al final de la TDC-G. Este resultado no era el esperado. Se podría entender dichos resultados pensando que los sujetos son más evitativos al final de la terapia debido al aprendizaje de ciertas habilidades que les permitiría alejarse de relaciones difíciles e inestables o como un intento de evitar la dependencia o la intimidad, poniendo un fuerte énfasis en la independencia, auto-suficiencia y la habilidad para hacer frente a los retos solo. Muchos de estos pacientes mantienen relaciones no adaptativas con gente que les rodea que no son saludables. Uno de los objetivos del módulo de la intervención en TDC centrado en la Eficacia Interpersonal, es balancear las relaciones, mantener aquellas relaciones que son equitativas y saludables y finalizar con aquellos que son desequilibradas. Podría ser, que el énfasis en finalizar relaciones no adaptativas produzca un aumento en esta subescala. También podría ser, en este mismo sentido, que a menudo estos pacientes son demasiado abiertos y comparten rápidamente información personal con gente que no tiene el grado de profundidad en la relación suficiente, rápidamente expresan cuestiones relacionadas con lo que les sucede, sienten, padecen, etc. El módulo de Eficacia Interpersonal les enseña a no compartir información personal si el nivel de profundidad no es el adecuado.

En cambio, al final de la terapia los sujetos han reducido significativamente en las puntuaciones respecto a la subescala de ansiedad, mostrándose menos ansiosos en sus relaciones, con menos ansiedad por separación y/o miedo al abandono.

Nuestros sujetos evaluados al inicio del tratamiento, presentan apegos caracterizados mayormente por ser ansiosos en sus relaciones, reduciéndose dichas puntuaciones respecto a la dimensión ansiedad al final del tratamiento y aumentándose respecto a la dimensión de evitación al final de éste.

Tal y como indican varios estudios se han detectado dificultades importantes en el establecimiento de la alianza terapéutica en los pacientes con TLP, dificultades que están relacionadas con alteraciones en el proceso de vinculación (apegos inseguros) y con un patrón de disregulación emocional. (Marziali et al., 1999; Piero et al., 2012), por lo que nuestro segundo objetivo, que trataba de analizar la relación entre los estilos de apego y la alianza terapéutica, se esperaba encontrar una relación significativa entre estilos de apego inseguros y la alianza terapéutica.

Los resultados de varios estudios (Castonguay y Beutler, 2006; Conradi et al., 2011; Diener y Monroe, 2011; Levy et al., 2011; Sauer et al., 2010) convergen en distintos hallazgos importantes: los pacientes con apego seguro tienden a obtener mejores resultados en psicoterapia; los pacientes con apegos inseguros tienden a responder más pobremente a la terapia; el estilo de apego inseguro está asociado con evaluaciones más bajas de la alianza respecto al apego seguro (Eames y Roth, 2000). El apego influye en la alianza terapéutica y a su vez tiene importantes efectos en el resultado de la terapia (Bowlby, 1988; Barber et al., 2000; Levy, et al., 2011; Mikulincer y Shaver, 2007).

En el análisis de la hipótesis 2, el que pretendíamos observar una relación entre los estilos de apego inseguro-ansioso y apego inseguro-evitativo y la alianza terapéutica evaluada al inicio y final del tratamiento y encontrar, que pacientes con estilos de apego inseguro obtuvieron puntuaciones más bajas en alianza terapéutica, los resultados nos sugieren varias cuestiones. Como comentamos, se esperaba una relación positiva entre

estilo de apego inseguro-ansioso y la alianza terapéutica (a mayor puntuación en ansiedad mayor alianza) y, una relación inversa entre ésta y el estilo de apego inseguro-evitativo (a mayor puntuación en evitación menor alianza). Por un lado, aquellos sujetos TLP con estilo de apego inseguro-ansioso, evaluados al inicio del tratamiento, presentaron puntuaciones superiores en alianza terapéutica, concretamente en la subescala de creación del vínculo con el terapeuta, la subescala de acuerdo en tareas y la subescala de teoría del cambio. Esto nos muestra, que la creación de un vínculo entre pacientes inseguros-ansiosos y terapeutas es importante al inicio del tratamiento, ya que estos sujetos se muestran ansiosos en sus relaciones por lo que es relevante la creación de una buena alianza terapéutica, con el fin de promover la continuidad en el tratamiento. El vínculo es el lazo emocional y de confianza entre terapeuta y paciente que evalúa la calidad de la alianza terapéutica entre ambos y que parece ser relevante al inicio del tratamiento. Los resultados nos sugieren que existe una relación entre la subescala ansiedad y la subescala vínculo de la alianza terapéutica: los pacientes que obtienen puntuaciones más elevadas en la subescala ansiedad del ECR-S tienden a establecer un mayor vínculo con su terapeuta en la fase inicial del establecimiento de la alianza terapéutica. La ansiedad en las relaciones se relaciona con el posicionamiento relacional de la persona al recibir ayuda. Estos resultados van en la línea de algunos estudios en los que muestran que los sujetos ansiosos en sus relaciones son propensos a la ansiedad por separación y temerosos, con un fuerte deseo de intimidad y necesidad de vinculación, por lo que se muestran más adheridos a los tratamientos. (Mikulincer, 1998). Asimismo, la TDC, pone un énfasis especial en la relación terapéutica siendo importante el fomentar, desde el inicio, una buena confianza con el paciente, con el fin de potenciar la relación con el terapeuta considerándose una importante fuente de refuerzo positivo para poder modificar la conducta. El terapeuta pone especial atención en las

sesiones temas que interesen al paciente, temas relacionados con el cumplimiento de las tareas, metas y/o proceso de cambio. En este sentido, en referencia al acuerdo en las tareas, aquellos sujetos ansiosos en sus relaciones al inicio del tratamiento, realzan la importancia de la sensación mutua con su terapeuta, de que las tareas propuestas en la terapia sean razonables, asequibles y estén relacionadas con los objetivos del tratamiento. Las tareas son las actividades específicas (sean explícitas o implícitas) que requiere que el paciente realice para beneficiarse del tratamiento y entendidas como continuidad del tratamiento fuera de la terapia (Safran y Segal, 1994).

Finalmente, en relación a la teoría del cambio, los sujetos con mayores puntuaciones en ansiedad en las relaciones, obtienen puntuaciones elevadas en relación al acuerdo acerca del proceso de cambio.

No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre apego inseguro-evitativo y la alianza terapéutica evaluado al inicio del tratamiento, por lo que nos sugiere que no se cumple la ecuación de: a mayor evitación, mayor es la alianza terapéutica.

Aquellos sujetos con puntuaciones elevadas en apegos inseguros-evitativos obtuvieron puntuaciones inferiores en alianza terapéutica al final del tratamiento, concretamente en las subescalas de acuerdo en tareas, creación del vínculo y acuerdo en las metas. Los resultados nos sugieren que la alianza terapéutica aumenta en la medida que bajan las puntuaciones en evitación. Los sujetos con un posicionamiento evitativo pueden presentar mayores dificultades en crear una alianza con su terapeuta y por ello puntúan más bajo en alianza. Estos sujetos responden con defensividad y evitan el contacto cercano, sintiendo conductas de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión al contacto. Estos resultados van en la misma línea que el estudio de Hietanem y Punamäki (2006) en el que encontraron que las personas con apego inseguro-evitativo

tienen dificultades en establecer una alianza, especialmente en crear el vínculo emocional y relacional con el terapeuta. También, en el estudio de Piero et al., (2012) encontraron que aquellos sujetos con TLP que tenían, por su temperamento, una alta tendencia a la evitación, podrían presentar más dificultades para establecer una alianza terapéutica. El estudio de Bernecker, Levy y Ellison (2013) en el que realizaron un metaanálisis sobre el tema, exponen resultados similares a los de nuestra investigación; aquellos sujetos con apegos inseguros-evitativos muestran mayor dificultad en la alianza con el terapeuta y, los sujetos con apegos inseguros-ansiosos muestran también dificultades, aunque menores. Otro estudio parecido sobre el estilo de apego del paciente y el establecimiento de la alianza terapéutica, nos muestra que los estilos de apego evitativos correlacionan negativamente con la alianza terapéutica (Mallinckrodt y Jeong, 2015). Estos resultados se podrían entender también desde el punto de vista de que los sujetos con TLP y caracterizados por apegos inseguros-evitativos, presentan mayores dificultades interpersonales, con déficits en la creación de una buena alianza con su terapeuta, mostrándose menos de acuerdo y reticentes con los tareas y metas acordadas con él. (Constantino et al., 2002). En relación al acuerdo en las tareas y las metas, aquellos sujetos con puntuaciones más elevadas en la dimensión de evitación presentarían puntuaciones más bajas respecto a estas dos subescalas de la alianza terapéutica. Los sujetos más evitativos se mostrarían más evasivos respecto al acuerdo con el terapeuta en lo que refiere a las tareas y metas. Las tareas, como comentamos anteriormente, se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas no pareciera ser tan relevante para estos sujetos. La existencia de acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar en la terapia, así como compartir

mutuamente confianza y aceptación, pareciese también no ser tan esencial en estos sujetos.

Entre los apegos inseguros-ansiosos y la alianza terapéutica al final del tratamiento, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas, por lo que nos sugiere que la ansiedad no parece relacionarse con la alianza terapéutica al final de la terapia.

Los resultados nos sugieren que la importancia de trabajar con el fin de que los sujetos reduzcan la evitación a la intimidad, conseguiremos mayores resultados en alianza terapéutica.

En nuestro tercer objetivo, nos propusimos estudiar la relación entre estilos de apego y la disregulación emocional, disfunción básica de los TLP. Las relaciones de apego son cruciales para la adquisición de la capacidad de regulación afectiva (Linehan, 1993) por lo que se espera que los sujetos TLP al haber tenido relaciones de apego inseguras, presenten mayores déficits en regulación emocional y por ello puntuaciones más elevadas, respecto a los estilos de apego seguros.

Como ya mencionamos, se dicotomizó la variable estilos de apego (seguro y inseguro). Tanto en el análisis pre como post-test, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de apego y la regulación emocional, encontrando que los sujetos con apegos inseguros (ansiosos y evitativos) presentaron puntuaciones superiores en la mayoría de las subescalas respecto a los sujetos con estilos de apego seguro, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, exceptuando, en la subescala de descontrol emocional y apego inseguro- evitativo evaluados al inicio, en el que se observó diferencias estadísticamente significativas ($t = -2,722$; $p \leq 0,01$). Los sujetos inseguros que tienden a puntuar elevado en evitación a la intimidad (inseguro-evitativo) al inicio de la terapia, obtuvieron

puntuaciones elevadas en la subescala de descontrol emocional. Estos resultados apuntan a que aquellos sujetos inseguro-evitativos tienden a este tipo de comportamiento con mayor descontrol emocional. Recordar que el descontrol emocional alude a las dificultades para mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas. Aquellas personas más inestables emocionalmente ven la intimidad como algo que se debe evitar por miedo a la intimidad. Tal y como encontraron Kerr et al., (2003) en los estilos evitativos se aprecia una incongruencia importante reportando niveles bajos de experiencia emocional, lo que sugiere una falta de conciencia o incapacidad de reconocer sus experiencias emocionales internas y dificultad en la expresión de emociones. Algunas personas, ante sus reacciones emocionales negativas, activan estrategias de regulación para corregir dichas experiencias pero no lo consiguen. Por el contrario, lo que encuentran es que sus reacciones son más intensas y descontroladas. A menudo esto es la consecuencia de usar estrategias contraproducentes (p. ej., evitación/rechazo/supresión emocional) que lejos de reducir la intensidad de la experiencia la intensifican (Dalgleish, Yiend, Schweizer y Dunn, 2009; Gross y Levenson, 1997). Por tanto, la alteración de la regulación puede no ser un problema de activación o de eficacia, sino que a veces los intentos de regulación, en sí mismos, son el problema.

Estos resultados van en la misma línea que algunos estudios anteriores, que reportaron que los pacientes con TLP parecerían presentar una mayor intensidad emocional y una respuesta afectiva más elevada respecto a controles sanos u otros trastornos de la personalidad (Levine et al., 1997; Reisch et al., 2008). Otros estudios nos indican que la disregulación emocional se asociaría a muchos de los síntomas propios del TLP, tales como la inestabilidad en las relaciones interpersonales, impulsividad, entre otros (Carpenter y Trull, 2013; Cheavens, Strunk y Chriki, 2012).

Gratz, et al., (2006) explican que las personas diagnosticadas con este trastorno presentan una baja claridad y consciencia de lo que están sintiendo, un miedo general a las emociones y parecen emplear estrategias evitativas de regulación emocional.

Estos resultados se relacionan también con el concepto explicado en la primera parte teórica sobre la dificultad de los sujetos TLP en el descentramiento de los pensamientos, evaluado con el cuestionario EQ-D, en el que muestran dificultades en la capacidad de reflexionar y regular sus impulsos, afectos y cogniciones. El descentrar de los propios pensamientos y sentimientos de una manera separada de uno mismo de manera individual como eventos temporales en la mente proporciona al sujeto mejoras a nivel sintomático. El desarrollo de más descentramiento nos indica un valor importante como variable transdiagnóstica de la psicopatología del TLP, siendo un marcador relevante en la psicopatología de múltiples trastornos. Podríamos decir que la capacidad de regulación emocional y la capacidad de descentramiento, son dos conceptos que se relacionan entre sí. Se concluyó, que el proceso terapéutico ha permitido mejorar la capacidad de descentramiento de estos pacientes, aumentando la capacidad de no fusionarse con los propios pensamientos y con una mayor atención emocional.

Al finalizar la terapia se observa una reducción en las puntuaciones, por lo que nos sugiere que los sujetos han desarrollado ciertas habilidades en lo que respecta a la regulación emocional, pudiendo tener menos dificultades en el control de impulsos, mayor consciencia, claridad y aceptación emocional y menor interferencia de conductas dirigidas a metas. Aún observarse esta leve disminución en las puntuaciones de todas las subescalas, las diferencias no fueron estadísticamente significativas, exceptuando la subescala de rechazo emocional, que tras la corrección de Bonferroni, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre-post. Se podría decir que se muestran con mayor reacción a la aceptación del propio estrés y malestar, sin

realizar tantas conductas de rechazo. Estos resultados nos sugieren que existe una leve mejoría que sería preciso estudiar en futuras investigaciones y que van en la misma línea de estudios anteriores en el que demostraron que la TDC ejerce un efecto beneficioso sobre la sintomatología límite, incrementando las habilidades de regulación emocional (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, Linehan, 2006).

El cuarto objetivo en el que pretendíamos analizar la posible influencia de la alianza terapéutica en la mejora de los pacientes TLP evaluada por tres mediciones, BSL-23, DERS y EQ-D, nuestra hipótesis fue refutada ya que no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre dichas variables, contrariamente a los que se esperaba. Se podría pensar que el supuesto planteado no era el más apropiado o que quizás, la mejora del paciente este más relacionada con la mejora en las variables de regulación emocional, de la capacidad de descentramiento o por la mejora de los síntomas. Se podría pensar que en un contexto grupal, podrían estar influenciando otras variables, como es la cohesión grupal, propia de las intervenciones grupales. La alianza terapéutica se puede dividir en dos dimensiones cuando se habla en formato grupal: la dimensión que el paciente especifica en relación a cada miembro del grupo y en relación al terapeuta, conocida como "alianza individual"; y la dimensión "alianza de grupo o cohesión grupal" que es la relación de un individuo con todo el grupo (Burlingame, McClendon y Alonso, 2011; Gillaspay et al., 2002). En un grupo cohesionado los miembros se aceptan, se apoyan mutuamente y construyen relaciones significativas entre ellos. Esta cohesión proporciona estabilidad, compromiso y participación. Sin ella, difícilmente una terapia grupal puede funcionar. Por lo que el término alianza terapéutica se podría entender más desde una intervención individual por lo que sería necesario también atender a las posibles alianzas grupales. En futuras investigaciones,

se podría pensar en estudiar variables más centradas en más cuestiones grupales, que en el proceso de alianza individual con el terapeuta.

Si se encontraron correlaciones entre las variables dependientes, concretamente entre la variable BSL-23 y EQ-D se observó una correlación alta de $r = -.649$ ($p \leq 0.01$), lo que significa que la mejora sintomática variaría en función de la disminución de la capacidad de descentramiento de los pensamientos. Aquellos sujetos que mejoran en esta capacidad reducen moderadamente su sintomatología clínica.

También se encontraron correlaciones entre BSL-23 y la subescala de rechazo emocional de la DERS, siendo $r = .592$ ($p \leq 0.01$), y con descontrol emocional $r = .665$ ($p \leq 0.01$). Estos resultados nos indican que la mejora clínica de los sujetos TLP se relaciona con la mejora en el descontrol emocional y el rechazo emocional. Es decir, si reducimos las reacciones que aluden a la no aceptación del propio distrés (rechazo emocional), y aumentamos aquellas conductas que permiten mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas, contribuiremos a la reducción de la sintomatología característica de los TLP.

También se encontraron correlaciones entre las distintas subescalas de la DERS concluyendo las siguientes cuestiones:

- a) A medida que aumenta la atención emocional disminuye la confusión emocional y aumenta el control emocional
- b) A menor confusión emocional menor es el descontrol emocional.
- c) Cuando se reduce el rechazo emocional aumenta la capacidad de control de las emociones y menor es la interferencia de conductas dirigidas a metas concretas cuando se experimentan emociones negativas.
- d) En la medida que se reducen las conductas que interfieren en conseguir los objetivos propuestos aumenta el control de las emociones.

Se puede observar que el control de las emociones es una subescala que se relaciona con todas las demás y que tiene una importancia relevante, por lo que nos sugiere la importancia del trabajo en el control de las emociones como base en el tratamiento de la regulación emocional de los sujetos TLP. Tal y como plantean los autores de la escala DERS, una regulación emocional adaptativa no tendría que ver solamente con el control de las emociones, sino que también implicaría tener conciencia, comprensión y aceptación de las mismas. Asimismo, implicaría la capacidad de controlar las conductas impulsivas y actuar de acuerdo con las metas deseadas cuando se experimentan emociones negativas. Así, la disregulación emocional, medida por esta escala, implicaría la ausencia relativa de alguna de estas habilidades (Hervás y Jodar, 2008). Las investigaciones apuntan de forma clara a que algunas habilidades emocionales como la claridad emocional (confusión emocional) o la aceptación emocional (rechazo emocional) promueven la eficacia de las estrategias de regulación empleadas (Hervás y Vázquez, 2006; Liverant, Brown, Barlow y Roemer, 2008).

En el estudio de regresión lineal múltiple, para evaluar otros posibles predictores, en el modelo para la variable BSL-23 encontramos que las variables descontrol emocional y la variable EQ-D predecían la varianza en la mejora sintomática. El modelo nos permitió explicar el 51% de la variación de BSL-23. Los resultados indicaron que una reducción de una unidad en la variable descontrol emocional produce una disminución de .040 puntos en BSL-23. Un aumento de una unidad de la variable EQ-D produce una reducción de .037 en la variable BSL-23.

Con el modelo de regresión para la variable EQ-D encontramos la variable BSL-23 como única variable explicativa, siendo capaz de explicar un 33% de la variación de

EQ-D. Una reducción de una unidad de la variable BSL-23 produce un aumento de 5.19 en la variable EQ-D.

Investigaciones como la de Soler et al., (2012), en el que pareciese ser el primer estudio de evaluación de habilidades del módulo de mindfulness, encontraron resultados similares en relación a la mejora de la atención y la mejora sintomática en pacientes TLP. La mejora en la atención explica un efecto directo sobre las variables emocionales y un efecto secundario en impulsividad. La capacidad de atención y de descentrar los pensamientos pareciese ser dos conceptos que se entrelazan entre sí.

Según el consenso actual, el elemento central del TLP es precisamente un marcado déficit de regulación emocional. Linehan (1993) denominó a este aspecto vulnerabilidad emocional y lo define como la tendencia a responder a los estímulos ambientales con una elevada sensibilidad (rápidamente), una elevada reactividad (reacción de gran magnitud) y una recuperación retardada (vuelven a la línea base afectiva tras un periodo de tiempo muy amplio). Teniendo en cuenta que se tiende a estudiar el TLP como una forma de descontrol de los impulsos e inestabilidad afectiva (Bagge et al., 2004), pareciese lógico que para estos sujetos sea relevante el aprendizaje de habilidades de regulación de las emociones, así como el mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas y aprender a aceptar maneras distintas de reaccionar al propio estrés. El trabajo en estas habilidades permite mejorar la sintomatología clínica de los sujetos TLP y la capacidad de descentrarse o de no fusionarse con sus pensamientos.

Por lo que se podría pensar que las variables que predicen mayormente la mejora sintomática de los pacientes TLP fueron la capacidad de descentrar los pensamientos y la capacidad de regularse emocionalmente, principalmente en el aumento del control emocional.

Finalmente, en nuestro último objetivo, se analizaron los abandonos prematuros y los resultados encontrados nos muestran que alrededor de un 28% de los sujetos dejaron el grupo antes de finalizar el tratamiento. La literatura nos indica un porcentaje de deserción del 30% (Hoglend, 1993; Lothstein, 1993, Soler et al., 2005) resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio.

Nos propusimos estudiar la relación entre la alianza terapéutica y la continuidad del tratamiento grupal de los pacientes con TLP, esperando que se produjeran menos abandonos de terapia en aquellos pacientes con mayor alianza terapéutica.

Según lo indicado en la literatura, la alianza terapéutica está intensamente relacionada con el proceso y con los resultados de la psicoterapia. En los individuos que presentan un trastorno TLP es frecuente observar dificultades para construir una buena alianza con el terapeuta. Por consiguiente, la identificación de los factores predictivos de la probabilidad de abandono prematuro podría ser relevante para prever qué pacientes con TLP responderán mejor a la psicoterapia y que variables influyen en ello.

Construimos un modelo de regresión logística contrastando las siguientes variables independientes: sintomatología clínica, tipo de apego y alianza terapéutica. En el primer modelo de regresión, los resultados sobre las variables predictivas, nos indicaron que sólo la variable BSL-23 contribuía significativamente en la predicción del abandono. Concretamente, encontramos que mayor sintomatología de los sujetos TLP supone una disminución del 80.8% de la probabilidad de abandono de la terapia. Los datos nos indicaron que nuestra hipótesis se cumplía parcialmente. Si bien, la variable BSL-23 mostró una relación significativa con la probabilidad de abandono, la variable de la alianza terapéutica no parece tener un efecto relevante en la predicción de los abandonos. Tampoco, tras el análisis de la prueba de Chi cuadrado, se encontró que

sujetos con puntuaciones extremas en alianza terapéutica tuvieran relación con la predicción de los abandonos.

En el segundo modelo de regresión, conseguimos controlar las demás variables y verificamos nuevamente, que solo la variable BSL-23 era la que predecía la probabilidad de abandono en un 80.1%.

Estos resultados encontrados coinciden con las conclusiones de otras investigaciones. Varios autores han demostrado que los pacientes más graves tenían un mayor potencial para lograr un cambio durante el tratamiento y una elevada continuidad con una buena alianza terapéutica (Barnicot et al., 2012; Constantino, Castonguay y Shut, 2002). Tal y como nos indicaba Castonguay y Beutler (2006), los pacientes con mayor severidad sintomática se muestran con un elevado malestar subjetivo, con mayor toma de consciencia de enfermedad, por lo que presentan más motivación al cambio y por consiguiente, más adherencia al tratamiento. Los pacientes que experimentan una mayor mejoría se construyen a sí mismos de una forma más negativa al inicio de la terapia (Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Iribarra y Müller, 2008). Diferentes estudios han encontrado que una mayor expectativa de cambio se asocia con la mejora de la alianza terapéutica, así como una baja motivación al cambio y bajas expectativas de cambio aumentan la posibilidad de rupturas terapéuticas. (Constantino, Arnou, Blasey y Agras, 2005; Hersoug, Høglend, Havik y Monsen, 2010).

Estas conclusiones van en concordancia con el estilo de apego que presentan estos sujetos. Como dijimos, predomina el estilo de apego inseguro-ansioso, en el que el miedo al abandono y la ansiedad por separación es elevado y mostrando puntuaciones superiores en alianza terapéutica. Es decir, presentan mayor adherencia al tratamiento aquellos sujetos con mayor severidad sintomática y con apegos caracterizados por ser ansiosos en sus relaciones.

Sería interesante en futuras investigaciones, el estudio de la motivación y de los procesos de cambio (Prochaska y DiClemente, 1982) en relación con los resultados en terapia grupal con pacientes TLP, ya que parecen ser factores importantes en la continuidad o abandono de los tratamientos. La disposición positiva al tratamiento y al cambio parece favorecer el logro de resultados exitosos. La motivación, las expectativas y las necesidades de los sujetos son variables relevantes para el logro de una adecuada complementación y compromiso con el proceso terapéutico.

Para concluir, teniendo en cuenta el planteamiento general de esta investigación, los sujetos TLP que han acudido a los grupos de la TDC-G nos han proporcionado información sobre las características del estilo de apego y las dificultades que muestran en el establecimiento de una alianza con su terapeuta. Por un lado, los sujetos TLP de la muestra se han presentado como sujetos con patrones inestables en sus relaciones interpersonales y que tienden a estilos de apegos inseguros ansiosos en sus relaciones, con déficits de regulación emocional y en la capacidad de descentrarse de sus pensamientos. Por otro lado, los sujetos TLP han mostrado algunas dificultades en la construcción de una buena relación terapéutica debido a sus problemas relacionados con alteraciones en el proceso de vinculación. La alianza terapéutica, debe ser entendida como un elemento esencial en el proceso psicoterapéutico, no solo como facilitador de aplicación de técnicas sino como ingrediente activo en la promoción del cambio en el paciente.

Sorprendentemente, al finalizar la TDC-G, los sujetos han aumentado en las puntuaciones en la dimensión de evitación del apego, por lo que consideramos que sería importante trabajar para reducir los niveles de evitación en los sujetos TLP ya podría ser un factor influyente en la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento.

La importancia de la severidad de la sintomatología de los pacientes TLP es una variable importante a tener en cuenta en el tratamiento grupal, ya que predice la adherencia a la terapia y la posibilidad de reducir los abandonos prematuros. Se han realizado pocas investigaciones y escasas intervenciones de modo directo y sistemático en este asunto. Por ello, se requieren más trabajos investigativos que permitan estimar las tasas de adherencia terapéutica en diferentes trastornos y grupos poblacionales, que aporten evidencias científicamente fundamentadas acerca de las causas del incumplimiento, de manera que los recursos invertidos en la salud produzcan los resultados esperados (OMS, 2004).

Terminar exponiendo las limitaciones que consideramos que se desprenden de nuestra investigación y a tener en cuenta en futuros estudios. En primer lugar, sería interesante contrastar nuestros resultados en futuros trabajos con una muestra más amplia; en segundo lugar, la ausencia de un grupo control para la aplicación de una estrategia de tratamiento diferente no ha permitido investigar efectos específicos del tratamiento y posibles diferencias entre grupos. Para compensar este problema se realizamos comparaciones entre nuestra muestra y los grupos de controles utilizados para la validación de los cuestionarios empleados en este estudio. Finalmente, la imposibilidad de comparar los resultados con otro grupo control respecto a los abandonos prematuros no nos ha permitido investigar más sobre las posibles variables influyentes. Sería interesante en futuras investigaciones atender y analizar el aspecto de cohesión grupal en sujetos TLP, como aspecto importante dentro del formato de intervención grupal.

9. REFERENCIAS

- Aaronson, C., Bender, D., Skodol, A., y Gunderson, J. (2006). Comparison of Attachment Styles in Borderline Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 77(1), 69-80
- Adshead, G., y Sarkar, J. (2012). The nature of personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18 (3), 162-172. doi: 10.1192/apt.bp.109.006981.
- Agrawal, H.R., Gunderson, J., Holmes, B.M. y Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (2), 94-104.
- Ainsworth, M. (1969). Object relations and attachment theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 41 (4), 929-1025.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Erlbaum.
- Aizpuru, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana*, 2, 1, 37-44
- Alonso- Arbiol, I., Balluerka, N. y Shaver, P.R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships*, 14, 45-63.
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., Shaver, P.R., y Gillath, O. (2008). Psychometric properties of the Spanish and American versions of the ECR adult attachment

- questionnaire: A comparative study. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 9-13.
- Anolli, L., y Balconi, M. (2002). Adult attachment interview, thematic analysis, and communicative style in families with substance use disorder. *Psychological Reports*, 90, 279-299
- American Psychiatric Association Practice Guidelines: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. (2001). *Am. J. Psychiatry*; 158 (10 Suppl.) 1-52.
- American Psychological Association. (2013). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (6th Ed.). Washington: American Psychological Association.
- Bachelor, A., Meunier, G., Laverdiere, O., y Gamache, D. (2010). Client attachment to therapist: Relation to client personality and symptomatology, and their contributions to the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 47 (4), 454-468. doi.org/10.1037/a0022079
- Baer, R. A., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G. T., y Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13 (1), 27-45.
- Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson K. y Trull, T. J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 279-288.

- Bakermans-Kranenburg, M., y van Ijzendoorn, M. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development, 11*(3), 223-263. doi.org/10.1080/14616730902814762
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., y Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal Consult Clinical Psychology, 68*(6), 1027-1032.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S. y Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand, 123*(5):327-38. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01652.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N. y Priebe S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev, 32*(5):400-12. doi: 10.1016/j.cpr.2012.04.004.
- Barranchina, J., Soler, J., Campins, J., Tejero, A., Pascual, C., Álvarez, E., Zamarini, M.C., Perez Sola, V. (2004). Validation of the Spanish Versión of the Diagnostic Interview for Borderlines Revised (DIB-R). *Actas Españolas Psiquiátricas, 32* (5) 293-298
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development, 5*(1), 64-77

- Barone, L., Fossati, A., y Guiducci, V. (2011). Attachment mental states and inferred pathways of development in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 13(5), 451-469. doi: 10.1080/14616734.2011.602245
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bateman, A; Fonagy, P. (2004). "Mentalization based treatment of borderline personality disorder". *Journal of personality disorders*, 18, 36–51.
- Beck A.T, Rush A.J, Shaw B.F, y Emery G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer,
- Beck, A. T., y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., *et al.* (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. (2a Ed.). New York: Guilford.
- Bedics, J.D, Atkins, D.C, Comtois, K.A, Linehan, M. (2012) Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*, 80(1):66-77.doi: 10.1037/a0026113

- Bedics, J., Atkins, D., Harned, M., Linehan, M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy, Special Section: Cognitive-Behavioral Psychotherapy*, 52(1), 67-77. doi.org/10.1037/a0038457
- Beech, A.R. y Hamilton-Giachritsis, C. E. (2005) Relationship between therapeutic climate and treatment outcome in group-based sexual offender treatment programs Sexual Abuse. *Journal of Research and Treatment*, 17 (2), 127-140. doi: 10.1177/107906320501700204
- Belsky, J., y Rovine, M. (1987). Temperament and attachment security in the strange situation: An empirical rapprochement. *Child Development*, 58, 787-795.
- Belloch, A., y Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Bender, Donna S., Farber, BA., y Geller, JD. (2001). Cluster B personality traits and attachment. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 29, 551-563.
- Bennett, C. (2005). Attachment Theory and Research Applied to the Conceptualization and Treatment of Pathological Narcissism. *Clinical Social Work Journal*, 34(1), 45-60
- Bergin, S. y Garfield, L. (2010). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4a. Ed., pp. 229-264). New York: J. Wiley.
- Bernecker, S., Levy, K y Ellison, W. (2013). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance, *Psychotherapy Research*, 24(1) 12-24 doi: 10.1080/10503307.2013.809561.

- Bernal, G., Padilla, L., Pérez-Prado, E. y Bonilla, J. (1999). La alianza terapéutica: Evaluación y desarrollo de instrumentos. *Revista argentina de Clínica Psicológica*, VIII (1), abril.
- Beutler, L. E. y Harwood, M. T. (2000). *Prescriptive Psychotherapy. A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L., Machado, P. y Neufeldt, S. (1994). Therapist Variables. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4a. Ed., pp. 229-264). New York: J. Wiley.
- Biagini, M., Tocurroco, M., y Carrasco, B. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud mental*, 28, 52-60.
- Biagini, M., Torres-Torija, J., Torruco-Salcedo, M. y Carrasco, B. (2009). Estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Salud Mental*, 32 (3).
- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C. y Bermazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M., Stieglitz, R., Domsalla, M., Chapman, A. et al. (2008). The Short Version of Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology*, 42, 32-39. doi: 10.1186/1471-244X-13-139

- Bongar, B. y Beutler, L. (Eds.) (1995). *Comprehensive Textbook of Psychotherapy: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Botella, L. (2008). *Resultado y proceso en Psicoterapia cognitivo-constructivista integradora*. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 229-241
- Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gomez, A., Herrero, O., et al. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18(5), 535-542
- Bourbeau, L., Diehl, M., Elnick, A. y Labouvie-Vief, G. (1998). Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of personality and social psychology*, 74(6) 1656-1669.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol.1). New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1973). Separation: Anxiety & Anger. *Attachment and Loss* (vol. 2); (*International psycho-analytical library N° 95*). London: Hogarth Press
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge y Kegan Paul.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.
- Braun, K. y Bock, J. (2011). The experience-dependent maturation of prefronto-limbic circuits and the origin of developmental psychopathology: implications for the

pathogenesis and therapy of behavioural disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 14-18. doi/10.1111/j.1469-8749.2011.04056.x/pdf

Brennan, K. A., Clark, C. L. y Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. En J. A. Simpson y W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2, Serial Núm. 209)

Buchheim A, Strauss B. y Kächele H. (2002) Die differentielle Relevanz der Bindungsklassifikationen für psychische Störungen. Zum Stand der Forschung bei Angststörungen, Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychother Psych Med* 52: 128-133

Budman, S, Demby, A, Soldz, S. y Merry J. (1996) Timelimited group psychotherapy for patients with personality disorders: Outcomes and dropouts. *Int J Group Psychotherapy*, 46, pp. 357-377

Burlingame, G., McClendon, D. T., Alonso, J. (2011). Group cohesion. In J. C. Norcross (2a Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.

Calkins, S.D. y Fox, N.A. (1992). The relations among infant temperament, security of attachment, and behavior inhibition at twenty-four months. *Child Development*, 63, 1456-1472.

- Camps–Pons, S., Castillo–Garayoa, J.A. y Cifre, I. (2014) Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25(1). doi.org/10.5093/cl2014a6
- Caro, I. (1993). *Psicoterapia e investigación de procesos*. Valencia: Pomolibro
- Carpenter, J., Escudero, V. y Rivett, M. (2008). Training family therapy students in conceptual and observation skills relating to the therapeutic alliance: An evaluation. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 411-424. doi:10.1111/j.1467-6427.2008.00442.x
- Carpenter, R. W. y Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 335. doi: 10.1007/s11920-012-0335-2
- Carter, G., Willcox, C., Lewin, T., Conrad, A. y Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(2), 162-73. doi: 10.3109/00048670903393621
- Cassidy, J. y Shaver, P. (2002). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. Guilford Press
- Cassidy, J., y Shaver, Phillip R. (2008). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (2 Ed.). New York: Guilford Press
- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Modulating effect of experience and theoretical-technical orientation on the personal style of the therapist. *Psychotherapy Research*, 16(5).
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. y Hughes, A. M. (1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 497-504.

- Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikins, D. E., Constantino, M. J., Laurenceau, J., Bologh, L. y Burns, D. D.(2004). *Integrative cognitive therapy for depression. Journal of Psychotherapy Integration, 14*, 4-20.
- Castonguay, L. y Beutler, L. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University.
- Catanzaro, S. J. y Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment, 54*, 546-563.
- Canterberry, M., & Gillath, O. (2013). Neural evidence for a multifaceted model of attachment security. *International Journal of Psychophysiology, 88*, 232–240. doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2012.08.013
- Chapman, A.L., Linehan, M.M (2005). *Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Taylor &Francis; *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*. En: Zanarini M (Ed) pp. 211–4
- Cheavens, J. S., Strunk, D. R. y Chriki, L. A. (2012). Comparison of Three Theoretically Important Constructs: What Accounts For Symptoms of Borderline Personality Disorder? *Journal of Clinical psychology, 68*(4), 477–486. doi: 10.1002/jclp.20870
- Choi-Kain, L., Fitzmaurice, G., Zanarini, M., Laverdiere, O. y Gunderson, J. (2009). The relationship between selfreported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease, 197*(11), 816-821
- Clarkin, J.F, Yeomans, F.E y Kernberg, O.F. (2006) *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Washington, D.C: American Psychiatric Press

- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. y Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry* 164(6).
- Colijn S, Cnossen MC, de Jong I, Haringsma R. (2014). The working alliance in inpatient treatment for personality disorders and its connection with patient characteristics: an exploratory study. *Tijdschr Psychiatr.* 56(8):505-13.
- Conradi, H., De Jonge, P., Neeleman, A., Simons, P. y Sytema, S. (2011). Partner Attachment as a Predictor of LongTerm Response to Treatment with Couples Therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(4), 286-297. doi.org/10.1080/0092623X.2011.582435
- Constantino, M.J., Castonguay, L.G., & Schut, A.J. (2002). The working alliance: A flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy. En G.S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 81-131). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 203-211. doi: 10.1037/0022-006X.73.2.203
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación* [versión electrónica]. *Revista Anales de Psicología*, 2(19), 205-221. http://www.um.es/analesps/v19_2/04-19_2.pdf
- Corbella S, y Botella L. (2004a). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. España: Vision Net

- Corbella, S. y Botella, L. (2004b). Psychometric properties of the Spanish version of the working alliance theory of change inventory (WATOCD). *Psicothema*, 16(4), 702-705
- Corbella, S. y Botella, L. (2005). *Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente*. Revista de psicoterapia. 16(61), 77-101
- Costello, P. (2013). *Attachment-Based Psychotherapy: Helping Patients Develop Adaptive Capacities*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Coutinho J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I. y Safran, J. (2014). The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures. *Anales de Psicología*. 30(3). doi.org/10.6018/analesps.30.3.168911
- Crittenden, P. (2000). Moldear la arcilla. El proceso de construcción del self y su relación con la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*. 11(41), 67-82
- Crockenberg, S. (1981) Infant Irritability, Mother Responsiveness, and Social Support Influences on the Security of Infant-Mother Attachment Source: Child Development. *Blackwell Publishing on behalf of the Society for Research in Child Development*, 52(3), pp. 857-865
- Crowell, S., Beauchaine, T., y Linehan, M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. doi: 10.1037/a0015616
- Dagleish, T., Yiend, J., Schweizer, S. y Dunn, B. D. (2009). Ironic effects of emotion suppression when recounting distressing memories. *Emotion*, 9, 744-749.

- Daniel, S. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review* 26(8), 968-984
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. y Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642–649.
- De Roten, Y., Gilliéron, E., Despland, J., y Stigler, M. (2002). Functions of mutual smiling and alliance building in early therapeutic interaction. *Psychotherapy Research*, 12, 193-212.
- DeRubeis, R. y Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy Research*, 14(5), 469-482.
- DeRubeis, J., Brotman, M. y Gibbons, C. (2005). A Conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 174-183
- Diener, M., J. y Monroe, J. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237-248. doi:10.1037/a0022425.
- Duan, C., y Kivlighan, D. (2001). Relationships among therapist pre-session mood, therapist empathy, and session evaluation. *Psychotherapy Research*, 12, 23-37.
- Duncan, B. y Miller, S (1999). Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). En: *The Institute for the Study of Therapeutic Change (ISTC) and Partners for Change*. <http://www.taligcure.com>
- Duncan, B. y Miller, S. (2000). *The Heroic Client*. San Francisco, CA: Jossey Bass.

- Eames, V. y Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10*, 421-434
- Elices, M., Pascual, J.C., Carmona, C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Ruiz, E., Gomà-Freixanet, M., Pérez, V. y Soler, J. (2015). Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder. *BMC Psychiatry 15*(1), 180. doi: 10.1186/s12888-015-0573-z
- Fasulo S. J., Ball J. M, Jurkovic G. J, y Miller A. L (2015). Towards the Development of an Effective Working Alliance: The Application of DBT Validation and Stylistic Strategies in the Adaptation of a Manualized Complex Trauma Group Treatment Program for Adolescents in Long-Term Detention. *Am J Psychother.* 69(2): 219-39.
- Federici, A. (2010). Effectiveness of a Dialectical Behavior Therapy skills group for the treatment of suicidal/self-injurious behavior and eating disorder symptoms in patients with borderline personality disorder. *Dissertation Abstracts International, 70*.
- Feeney, J. y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Feliu, A. (2014). *Caracterización del trastorno límite de la personalidad y efectos del entrenamiento en mindfulness*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona

- Feliu-Soler, A., Pascual, J.C, Borràs, X., Portella, M.J., Martín-Blan, A., Armario, A., Alvarez, E., Pérez, V., Soler, J. (2014). Effects of dialectical behaviour therapy-mindfulness training on emotional reactivity in borderline personality disorder: preliminary results. *Clinical Psychology Psychotherapy* 21(4):363-70. doi: 10.1002/cpp.1837.
- Fernández-Álvarez, H. (1996). Características del psicoterapeuta. *Revista Dinámica. Año II, I(4)*, 1-24.
- Fernández- Álvarez, H. y García, F. (1998). *El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación*. En: S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca y P.L.R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia*, 76-84. Pelotas: Educat.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125.
- Fernández-Álvarez, H. (2009). *Integración y salud mental*. Desclee de Brouwer.
- Fiorini, H. (2000). *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión
- Fonagy, P. (1991) Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72(4), 639-65
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G. y Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(1), 22-31.

- Fonagy, P. y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.
- Fonagy, P. (1999). Attachment, the Development of the Self, and Its Pathology in Personality Disorders. *Treatment of Personality Disorders*, pp. 53-68
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona. España
- Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., y Allision, E. (2010). Attachment and personality pathology. En J. F. Clarkin, P. Fonagy y G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (1 Ed., pp. 37-88). Washington, DC London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fossati, A., Feeney, J., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M. y Maffei, C. (2003). Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample: a multivariate study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 191(1), 30-37
- Fournier, B., Brassard, A. y Shaver, P.R. (2011). Adult attachment and male aggression in couple relationships: The demand-withdraw communication pattern and relationship satisfaction as mediators. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 1982- 2003.
- Fox, N.A., Kimmerly, N.L. y Schafer, W.D. (1991). Attachment to mother/attachment to father: a meta-analysis. *Child Development*, 62, 210-225.

- Fraley, R.C., y Shaver, P.R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology, 4*, 132-154.
- Fraley, R.C., Waller, N.G., y Brennan, K.A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal Personality and Social Psychology, 78*, 350-365
- Fresco, D., Moore, M. y Van Dulmen, M. (2007). Initial Psychometric Properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a Self-Report Measure of Decentering. *Behavior Therapy, 38*, 234-246
- Fresco, D., Segal, Z., Tom, B. y Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 447-455.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía: Obras Completas. Tomo XIV, *Amorrortu Editores, Buenos Aires*
- Gabbard, G.O. (2000). What can neuroscience teach us about transference? *Canadian Journal of Psychoanalysis, 9*:1-18.
- Gabbard, G. (2007). Do all roads lead to Rome? New findings on borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry, 164*(6):853-855.
- Garelli, J. C. y Montuori, E. (1998). Consideraciones sobre el enfoque de la teoría de attachment acerca del vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia. *Archivos Argentinos de Pediatría, 96*(2), 122-125.

- Gaston, L. y Marmar, C. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. En A. Horvath & Greenberg (Eds). *The working alliance: Theory, research, and practice. Wiley series on personality processes* (pp. 85-108). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Gelso, C. y Carter, J. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: components, consencues and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155-244.
- Gerlsma, C., y Luteijn, F. (2000). Attachment style in the context of clinical and health psychology: aproposal for the assessment of valence, incongruence, and accessibility of attachment representations invarious working models. *British Journal of Medical Psychology, 73*, 15-34.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A new Approach to Mind Challenges*. Londres: Constable-Robinson.
- Gilbert, P. y Choden (2013): *Mindfulness Compassion*. Londres: Robinson
- Gillaspy, J.A., Wright, A.R., Campbell, C., Stokes, S., y Adinoff, B. (2002). Group alliance and cohesion as predictors of drug and alcohol abuse treatment outcomes. *Psychotherapy Research, 12*, 213-229.
- Girón, S., Rodriguez, R. y Sánchez, D. (2003). Trastornos de Comportamiento en los adolescentes. *Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional. Revista Psiquis, 24(1)*, pp. 5-14.
- Goldfried, M.R., y Davison, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Gomà-i-Freixanet, M., Soler, J., Valero, S., Pascual, J.C. y Sola, V. (2008) Discriminant validity of the ZKPQ in a sample meeting BPD diagnosis vs. normal-range controls. *Journal of Personality Disorders*, 22(2):178-90. doi: 10.1521/pedi.2008.22.2.178.
- González, L. A. (2009). Formulaciones Clínicas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 93-102.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W. y Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850- 855.
- Gratz, K.L., Weiss, N.H. y Tull, M.T. (2015). Examining Emotion Regulation as an Outcome, Mechanism, or Target of Psychological Treatments. *Current Opinion in Psychology*, 3, 85-90. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.02.010
- Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. En Handbook of attachment: *Theory, Research, and Clinical Applications*. J. Cassidy y P.R. Shaver, pp. 469-496. New York: Guilford
- Greenson, R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181

- Grillo, C.M, McGlashan, T.H, Quinlan, D.M, Walker, M.L, Greenfeld, D, y Edell, W.S. (1998) Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *Am. J. Psychiatry*, 155(1):140-142
- Gross, J. J. y Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Gunderson J. y Kolb J. (1978) Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792–796
- Gunderson, J, Frank A, Ronnigtan E, Wachter, S., Lynch, V. y Wolf, P. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Men Dis*, 177(1):38-42
- Gunderson, J. y Gabbard, G. (2000). *Psychotherapy for Personality Disorders. Review of Psychiatry*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. (2010). Revising the borderline diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. *Journal Personality Disorder* 24(6): 694–708. doi: 10.1521/pedi.2010.24.6.694
- Hart-Mitchell, R. (2010). Evaluation of a dialectical behaviour therapy psychosocial skills training group for women with borderline personality disorder. *Dissertation Abstracts International*, 718

- Hazan, C. y Shaver, P. (1987) Romantic Love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hernández, J.L., Acosta, F. y Pereira, J. (2009). Adherencia terapéutica. Generalidades. En Hernández, J.L. (Compilador). Adherencia Terapéutica. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria* 9 (1), 13-28. Recuperado de: <http://www.aen.es/docs/cuadernos9-1.pdf>
- Herpertz, S.C, Zanarini, M., Schulz, C.S, Siever, L., Lieb, K. y Moller, H.J. (2007) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J. Biol. Psychiatry*, 8(4), 212-244. doi: 10.1080/15622970701685224
- Hersoug, A, Høglend, M., Monsen, J y Havik, O. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy. Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 205–216
- Hersoug, A., Høglend, P., Havik, O., von der Lippe, A., y Monsen, J. (2009). Pretreatment patient characteristics related to the level and development of working alliance in long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(2), 172-180. doi: 10.1080/10503300802657374
- Hersoug, A., Høglend, P., Havik, O. y Monsen J. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 145–159, doi: 10.1348/147608309X471497
- Hersoug, A., Høglend, P., Gabbard, G., Lorentzen, S. (2013). The combined predictive effect of patient characteristics and alliance on long-term dynamic and

- interpersonal functioning after dynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Psychotherapy*. 20(4) 297-307. doi: 10.1002/cpp.1770. Epub 2012 Feb 1.
- Hervás N. (2000). El Sistema de Apego en la Generación de los Padres y Terapia Familiar. *Sistémica*, 8, 89-99
- Hervás, G. y Jodar R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a01.pdf>
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-36.
- Hietanem, O. M. y Punamäki, R-L. (2006). Attachment and early working Alliance in adult psychiatric inpatients. *Journal of Mental Health*, 15 (4), 423-435.
- Higgitt, A, y Fonagy, P. (1992) Psychotherapy in the borderline and narcissistic personality disorders. *J Psychiatry*, 161, 23-43
- Hoglend, P. (1993) Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy. *J Personality Disorders*, 88, 168-181
- Holmes, J. (1997). Attachment, autonomy, intimacy: Some clinical implications of attachment theory. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 231-248.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y Psicoterapia. En busca de la base segura*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Horowitz, L. (1987) Indications for group psychotherapy with borderline and narcissistic patients. *Bull Meninger Clin*, 51, 248-260

- Horvath, A.O., y Greenberg, L.S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.). *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford Press.
- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A.O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573
- Horvath, O. y Greenberg, L. (1994). *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. New York: J. Wiley.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186.
- Hubble, M., Duncan, B. y Miller, S. (1999). *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Hughes, J., Hardy, G. y Kendrick, D. (2000). Assessing adult attachment status with clinically orientated interviews: A brief report. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 279-283.
- Johnson, J., Burlingame, G., Olsen, J., Davies, R. y Gleave, R. (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Education Models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310 –32
- Johnson, J. (2007). Therapeutic relationship in group psychotherapy. En G. M. Burlingame, K. R. MacKenzie, y B. Strauss (Eds.), *Evidence-based group*

treatment: Matching models and disorders. Washington DC: American Psychological Association.

Kelley, F.A.; Gelso, C.J.; Fuertes, J.N.; Marmosch, C. y Lanier, S. H. (2010). The Real Relationship Inventory: Development and psychometric investigation of the client form. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 540-553.

Kernberg, O. (1984). Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. *New Haven/London: Yale Univ. Press.*

Kerr, S., Melley, A., Travea, L. y Pole, M. (2003). The relationship of emotional expression and experience to adult attachment style. *Individual Differences Research*, 1, 108-123.

Kim, S., Sharp, C. y Carbone, C. (2014). The protective role of attachment security for adolescent borderline personality disorder features via enhanced positive emotion regulation strategies. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(2), 125-136.

Kirchmann, H., Steyer, R., Mayer, A., Joraschky, P., SchreiberWillnow, K. y Strauss, B. (2011). Effects of adult inpatient group psychotherapy on attachment characteristics: An observational study comparing routine care to an untreated comparison group. *Psychotherapy Research*, 22(1), 95-114. doi: 10.1080/10503307.2011.626807

Kleinke, C. (1995). *Principios comunes en psicoterapia.* Bilbao: Editorial Desclée De Brouer.

- Klerman G, Weissman M. y Rousanville B. (1984). *Interpersonal psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books
- Krupnick, J., Sotsky, S.M, Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. y Pilkonis, P.A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532–539
- Kuo, J. R. y Linehan, M. M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and selfreported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 531-544. doi:10.1037/a0016392
- Lafuente, M.J. (2000). Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo (de la década de los 70 a la década de los 90). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 23, 165-190
- Lambert, M. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J.C. Norcross y M.V. Goldfried (Eds), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books
- Leiper, R. y Casares, P. (2000). An Investigation of the attachment organization of clinical psychologists and its relationship to clinical practice. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 449-464.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A.S. y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377 (9759), 74-84. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61422-5.

- Leondari, A., y Kiosseoglou, G. (2000). The relationship of parental attachment and psychological separation to the psychological functioning of young adults. *Journal of Social Psychology, 140* (4), 451-464.
- Levine, D., Marziali, E. y Hood, J. (1997). Emotion Processing in Borderline Personality Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(4), 240-246.
- Levy, K., Ellison, W., Scott, L. y Bernecker, S. (2011). Attachment Style. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 193– 203. doi: 10.1002/jclp.20756
- Levy, K., Johnson, B., Clouthier, T., Scala, W. y Temes, C. (2015). An Attachment Theoretical Framework for Personality Disorders. *Canadian Psychology, 56* (2) 197–207. doi.org/10.1037/cap0000025
- Ligiéro, D. y Gelso, C. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contributions. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training, 39*, 3-11.
- Lilliengren, P., Falkenström, F., Sandell, R., Mothander, P. y Werbart, A. (2015) Secure attachment to therapist, alliance, and outcome in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Journal of Counseling Psychology, 62*(1), 1-13. Doi: 10.1037/cou0000044
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry. 48* (12):1060-4.

- Linehan, M., Heard, H. y Armstrong, H (1993). Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12): 971–974.
- Linehan, M., Dimeff, L.A. Reynolds, SK., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P. y Kivlahan, D.R. (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 Alcohol Depend*, 67(1), 13-26
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Linehan, M. Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H. y Lindenboim, M. (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.
<http://depts.washington.edu/btrc/files/Linehan%20et%20al%202006.pdf>
- Linehan, M., Korslund, K., Harned, M., Gallop, R., Lungu, A., Neacsiu, A., McDavid, J., Comtois, K. y Murray-Gregory, A. (2015) Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA Psychiatry*. 72(5):475-482. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039.
- Liotti G. (1989) Attachment and cognition. En C. Perris, I. Blackburn, H. Perris (Eds.) *The theory and practice of cognitive psychotherapy*. New York: Springer.

- Liotti G. y Intreccialagli B. (1998). Metacognition and motivational systems in psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach to the treatment of difficult patients. *En: Perris C. y McGorry P. (Editors), Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders*. Chichester: Wiley (pp. 333-349).
- Liotti, G. (1995). Disorganized/disorientated attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. *En Attachment Theory: Social, Development, and Clinical Perspectives*, ed. S. Goldberg, R. Muir, y J. Kerr, pp. 343-363, Hillsdale, NJ: Analytic Press
- Liotti, G. (2001). *Le opera della Coscienza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H. y Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: the effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1201-1209.
- Livesly J. (2001) *Handbook of personality disorders*. Theory, research and treatment. USA: Guilford Press
- López-Ruiz y Deus-Yela, (2014) Alianza terapéutica, sintomatología y personalidad según la teoría de Cloninger: estudio preliminar. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace revista iberoamericana de psicosomática*, 111
- Lorenzini y Fonagy, (2014). Apego y trastornos de la personalidad. Mentalización. *Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 2.

- Lossa, L., Corbella, S. y Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, 105, 91-103.
<http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N105-6.pdf>
- Lothstein, L. (1993) Termination process in group psychotherapy. En: Kaplan HI, Sadok BJ (Eds). *Comprehensive Group Psychotherapy*. Williams & Wilkins, 3a. Ed, Maryland
- Luborsky, L. (1976). Helping Alliances in Psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L.; Barber, J.P.; Siqueland, L. y Johnson, S. (1996).The revised Helping Alliance questionnaire (HAq-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 5(3), 260-271.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. y Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
<http://johnjayresearch.org/cje/files/2012/08/Mechanisms-for-Change1.pdf>
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., y Parsons (1999). Atypical attachment in infancy and early Childhood among children at development risk: IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. En *Typical Patterns of Infant Attachment: Theory, Research and Current Directions*, ed. I. Vondra y D. Barnett, pp. 67-96. Monographs of the Society for Research in Child Development, 64

- Macneil, C., Hasty, M., Evans, M., Redlich, C. y Berk, M. (2009). The therapeutic alliance: Is it necessary or sufficient to engender positive outcomes? *Acta Neuropsychiatrica*, 21(2), 95-98. doi: 10.1111/j.1601-5215.2009.00372.x
- Main, M. y Hesse, E. D. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant. Disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En *M. Greenberg, D. Cichetti, and M. Cummings, (Eds), Attachment in the Preschool Years. Chicago: Chicago University Press.*
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-desorganized/desoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. En *Affective Development in Infancy*, (95-124) Norwood, NJ: Ablex.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. y Coble, H. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3) pp. 307-317.
- Mallinckrodt, B y Jeong, J. (2015). Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy*, 52(1), 134-139.
- Markovitz P. (2001). Pharmacotherapy. En: *Handbook of personality disorders, theory, research and treatment.* John Livesley W. Nueva York: The Guilford Press
- Marmarosh, C., Markin, R. y Spiegel, E. (2013) *Attachment in Group Psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association
- Marrone, M y Diamond, N. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual.* Madrid: Editorial Psimatica

- Martín-Blanco, A., Soler, J., Villalta, L., Feliu-Soler, A., Elices, M., Pérez, V., Arranz, M.J., Ferraz, L., Alvarez, E., Pascual, J.C. (2014). Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 55(2):311-8. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.026. Epub 2013 Oct 22.
- Martín-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., Arranz, M.J., Vega, D., Calvo, N., Elices, M., Sanchez-Mora, C., García-Martinez, I., Salazar, J., Carmona, C., Bauzà, J., Prat, M., Pérez, V. y Pascual, J. C. (2015). The role of hypothalamus-pituitary-adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 30, 229(1-2):589-92. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.046.
- Martínez, C., y Santelices, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: una revisión. *Psyke*, 14, 181-191. doi.org/10.4067/S0718-22282005000100014
- Martinez-Fuentes, M. T, Brito de la Nuez, A. y Pérez-López, J. (2000). *Temperamento del niño y personalidad de la madre como antecedentes de la seguridad del apego. Anuario de Psicología*, 31(1), 25-42.
- Mauricio, A. M. y Lopez, F. G. (2009). A latent classification of male batterers. *Violence and Victims*, 24, 419-438. doi:10.1891/0886-6708.4.4.419.
- Malik, M., Fleming, J., Pénela, V., Harwood, M., Best, S. y Beutler, L. (2002). Which therapist for which client? The interaction of therapist variation and client characteristics in affecting rates of change: An effectiveness study. *Comunicación presentada en el 33th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research*. Santa Bárbara, USA.

- Marziali E., Munroe-Blum, H. y McCleary, L. (1997). The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy. *Int. J. Group Psychotherapy*, 47, 475–497
- Marziali, E., Munroe, B. y McLeary, L. (1999). The effects of the therapeutic alliance on the outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorders. *Psychotherapy Research*, 9(4) 424–436.
- McCallum, M., Piper, W. y Joyce, A. (1992) A Dropping out from short-term group therapy. *Psychotherapy*, 29(2), 206-215
- McCallum, M., Piper, W., Ogrodniksunm, J. y Joyce, A. (2002). Early process and dropping out from short term group therapy for complicated grief. *Group Dynamics*, 6(3), 243-254.
- McGauley, G., Yakeley, J., Williams, A., y Bateman, A. (2011). Attachment, mentalization and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(4), 371-393. doi:10.1016/j.yhbeh.2008.08.013
- McMain, S., Korman, L. y Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Psychotherapy in Practice*, 57(2), 183-196.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. y Streiner, D. L. (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behaviour Therapy versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 166, 1365-1374.

- Meyer, B., Pilkonis, P.A., Proietti J.M., Heape, C.L. y Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders, 15*, 371-389
- Meyer, B., y Pilkonis, P. (2002). Attachment style. *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY US: Oxford University Press.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality & Social Psychology, 74*, 513-524.
- Mikulincer, M., Shaver, P. y Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion, 27*, 77-102.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., y Slav, K. (2006). Attachment, mental representations of others, and gratitude and forgiveness in romantic relationships. En M. Mikulincer y G. S. Goodman (Eds.), *Dynamics of romantic love. Attachment, caregiving, and sex* (pp.190-215). New York: Guilford Press
- Mikulincer, M., y Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press
- Miller, A.L, Muehlenkamp, J.J y Jacobson, C.M. (2008) Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology, 28*(6):969-981. doi: 10.1016/j.cpr.2008.02.004.

- Millon, R. y Davis, D. (1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond* (2a Ed).
New York: John Wiley and Sons
- Montilla, J. M. (2010). *Relevancia de los tests estadísticos t y f en comparación de medias para muestras independientes*. Trujillo: Academia, Vol. IX (18) pp. 4-14
- Montilla, J. M. y Kromrey, J. (2010). Robustez de las pruebas T en comparación de medias, ante violación de supuestos de normalidad y homocedasticidad. *Revista Ciencia e Ingeniería*. 31(2), pp. 101-108.
- Muran, J. (2002). A relational approach to understanding change: Plurality and contextualism in a psychotherapy research program. *Psychotherapy Research*, 12, 113-138.
- Muran, J. C., Safran, J. D.; Samstag, L. W., y Winston, A. (2005). Evaluating an alliance focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy*, 42, 532-545.
- Navia, C.E. y Arias, E, M. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000300017
- Neacsiu, AD, Rizvi, SL y Linehan, M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther*, 48(9):832-9. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.017.

- NICE Clinical Guideline (2009). Borderline Personality Disorder: treatment and management. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L., y Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 5. doi: 10.3389/fnbeh.2011.00055
- Oates, J., Karmiloff-Smith, A. y Johnson, M. (2012). *El cerebro en desarrollo. La Primera Infancia en Perspectiva*. Milton Keynes: The Open University La Haya: Fundación Bernard van Leer.
- Obegi, J. (2008). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 431-44. doi: 10.1037/a0014330
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlosn, E.A., y Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879
- Ogrodniczuk, J. S., Kealy, D. y Howell-Jones, G. (2009). A view from the trenches: A survey of Canadian clinicians' perspectives regarding the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(6), 449-453
- Oldham, J.M, Skodol, A.E, Kellman, H.D, Hyler, S.E, Rosnick, L. y Davies, M. (1992) Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *Am. J. Psychiatry*, 149 (2), 213-220.

- Oliva, A. (2004). La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infancia y Aprendizaje*, 27, 115-122.
- O'Malley, S.S., Suh, C.S. y Strupp, H.H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581-586
- OMS (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa: delimitación clínica*. Santiago: Ediciones ICPSI.
- Orlinsky, D. y Howard, K. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3a.Ed.). New York: J. Wiley.
- Orlinsky, D., Grawe, K. y Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy- Noch ein mal. En A. Bergin y J. S. Garfield, (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4a. Ed) (pp. 270-378). New York: Wiley and Sons.
- Patrizi, B. (2014). Alianza terapéutica y síntomas específicos del trastorno límite de la personalidad. En J.M^a. Farré Martí. Simposio llevado a cabo en el *X Congreso Nacional de Trastornos de la personalidad*, Barcelona, España
- Pasieczny, N., Connor, J. (2010). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behav Res Ther.* 49(1):4-10. doi: 10.1016/j.brat.2010.09.006.

- Piero, A., Cairo, E. y Ferrero, A. (2012). Dimensiones de la personalidad y alianza terapéutica en individuos con trastorno límite de la personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(1) 17-25. doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.04.005
- Pinsof, W. y Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-151
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transactional therapy: toward a more integrative model of change. *Psichoterapy: theory, research and practice* 19:276-288.
- Reisch, T., Ebner-Priemer, U. W., Tschacher, W., Bohus, M. y Linehan, M. (2008). Secuences of emotions in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(1), 42-48. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01222.x
- Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2006) Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuanti y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(2). http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352006000200002&script=sci_arttext
- Riso, L.P., Klein, D. N., Anderson, R. L. y Ouimette, P. C. (2000). A family study of outpatients with borderline personality disorder and no history of mood disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 208-217.
- Robins, C. J. y Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 73-89.

- Rogers, C. (1951). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Roller, B, y Nelson, V (1999). Group psychotherapy treatment of borderline personalities. *Int J Group Psychotherapy*, 49(3), 369-385
- Rosentein, D.S., y Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Rosenthal, M. y Chapman, A. (2015). Ambulatory Measurement of Emotional Dysfunction in Borderline Personality Disorder. *Current Opinion in Psychology*, 5. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.02.008.
- Ryle, A. (1997). *Cognitive Analytic Therapy of Borderline Personality Disorder: the Model and the Method*. New York: John Wiley & Sons.
- Ryle, A. (2004). The contribution of Cognitive Analytic Therapy to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(1)335
- Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Ed: Paidós Ibérica. S.A.
- Safran, J. y Muran, J. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Safran, J. y Muran, J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*. (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association.

- Santibáñez, P.M., Román, M.F., Lucero, C., Espinoza, A.E., Irribarra, D.E. y Müller, A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 89-98. doi: 10.4067/S0718-48082008000100008
- Sauer, E. M., Lopez, F. G. y Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*, 13, 371-382.
- Sauer, E., Anderson, M., Gormley, B., Richmond, C. y Preacco, L. (2010). Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: A psychology training clinic study. *Psychotherapy Research*, 20(6), 702-711.
- Schnyder, U. (2009). Future perspectives in psychotherapy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(2)123-128.
- Semerari, A., Carcione, A., y Nicoló, G. (2000). Metacognición y relación terapéutica en el tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 9, 257-270.
- Shaw, D.S., Owens, E.B., Vondra, J.I., Keennan, K., y Winslow, E.B. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 8, 679-699
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: base of text Guilford.
- Siegel, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment, “mindsight” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 67-94.

- Siegel, D.J. y Hartzell, M. (2003). *Ser padres conscientes*. Vitoria: Ediciones La llave.
- Schore, A.N. (2001). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, J. W., y Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Society of Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Soares, L., Botella, L., Corbella, S., Serra de Lemos, M. y Fernández, M. (2013). Diferentes estilos de clientes y construcción de la alianza con un terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 27-36.
<http://www.redalyc.org/pdf/2819/281930494004.pdf>
- Soler, J., Pascual, J.C., Campins, J., Barrachina, J., Puigdemont, D., Alvarez, E. y Pérez, V. (2005). Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 162(6), 1221-4.
- Soler, J., Trujols, J., Pascual, J.C, Portella, M, J., Barrachina, J., Campins, J., Tejedor, R., Alvarez, E. y Pérez, V. (2008). Stages of change in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol*, 47(4), 417-26.
doi: 10.1348/014466508X314882. Epub 2008 Jun 7.
- Soler, J., Pascual, J.C, Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins M.J, Gich, I., Alvarez, E. y Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-

month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353–358. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.013

Soler, J. (2010). *Aplicación de la terapia dialéctica conductual grupal en el trastorno límite de la personalidad*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona

Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Portella, M.J., Martín-Blanco, A., Alvarez, E. y Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 50 (2):150-7. doi: 10.1016/j.brat.2011.12.002.

Soler, J., Vega D., Feliu, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, M., Bohus, M. y Pascual, J. (2013) Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL-23) *BMC Psychiatry*, 13, 139. doi: 10.1186/1471-244X-13-139

Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., García, J., Tejedor, R., Demarzo, Ma., Baños, R.M., Pascual, J.C. y Portella, M.J. (2014). Assessing decentering: Validation, psychometric properties and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behavior Therapy*, 45, 863-871. doi: 10.1016/j.beth.2014.05.004

Soler, J., Vega, D., Elices, M., Feliu-Soler, A., Soto, À., Martín-Blanco, A., Pallarés, J.M., Torrubia, R. y Pascual, J.C. (2014). Testing the reinforcement sensitivity theory in borderline personality disorder compared with major depression and healthy controls. *Personality and Individual Differences*, 61, 43-46.

- Sroufe, A. (2000). *Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años*. México: Oxford University Press.
- Stein, H., Koontz, A., Fonagy, P., Allen, J., Fultz, J., Brethour, J., Allen, D. y Evans, R. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 75, 77-91.
- Stoffers, J, Völlm, B, Rücker, G, Timmer Huband, N y Lieb, K (2012) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons
- Swartz M, Blazer D, George L. y Winfield I. (1990) Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J. Person. Disorder*, 4, 257-272.
- Tajima, K., Díaz-Marsá, M., Montes, A., Fernández García-Andrade, R., Casado, A. y Carrasco, J.L. (2009). Estudios de neuroimagen en el trastorno límite de la personalidad. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(3):123-127
- Tasca, G. A., Balfour, L., Ritchie, K. y Bissada, H. (2007). The relationship between attachment scales and group therapy alliance growth differs by treatment type for women with binge-eating disorder. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 11(1), 1-14.
- Thomas, A. y Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.

- Torgersen, S. (2000). Genetics of patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinical North Am.* 23(1), 1-9.
- Torres-Torija, J y Lara, M.C. (2002) Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve en pacientes de consulta externa psiquiátrica. *Salud Mental*, 25(6), 27-34.
- Tourani, L. (2015) Influence of Meta Learning the effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing symptoms in patients with borderline personality disorder. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*, 9 (2): 200-207. http://www.irjabs.com/files_site/paperlist/r_2501_150225215330.pdf
- Turner, R. (2000). Naturalistic Evaluation of Dialectical Behavior Therapy-Oriented Treatment for Borderline Personality Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice* 7, 413-419.
- Tyrer, P. (2002). Practice guideline for the treatment of borderline personality disorder: a bridge too far. *Journal of Personality Disorders*, 16, 113-118.
- Valdés, N. (2002). Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 139-149.
- Vega, I. y Sánchez, S. (2013). *Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. Acción psicológica*, 10 (1), 45-56. doi.org/10.5944/ap.10.1.7032
- Verheul, R., Van den Bosch, L., Koeter, M., Ridder, M., Stijnen, T. y 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*, 182, 135-140.
- Wagner, A. y Linehan, M. (1994). Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 1-9.
- Wagner, C., Riley, W., Schmidt, J., McCormick, M., y Butler, S. (1999). Personality disorder styles and reciprocal interpersonal impacts during outpatient intake interviews. *Psychotherapy Research*, 9, 216-231
- Warren, S.L., Huston, L., Egeland, B. y Sroufe, L.A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-744
- Weaver, A., y de Waal, F.B. (2002). An index of relationship quality based on attachment theory. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 116, 93-106.
- Weck F, Grikscheit F, Jakob M, Höfling V, Stangier U. (2015) Treatment failure in cognitive-behavioural therapy: therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. *Br J Clin Psychol*. 54(1):91-108. doi: 10.1111/bjc.12063.
- Weinfield, N.S., Sroufe, L.A., Egeland, B., y Carlson, A.E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. En *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, ed. J. Cassidy y P.R. Shaver, pp. 68-88. New York: Guilford.

- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C., y Bradley, R. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(6), 1065-1085. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1065
- Wiseman, H.; Tishby, O. y Barber, J. (2012). Collaboration in Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 68(2), 136-145.
- Yalom, I. (1986) *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México, DF: Fondo de Cultura Económica
- Yalom, I y Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Yáñez-Yaben, S. (2008). La Evaluación desde la Teoría del Apego: el lugar de los autoinformes y otros instrumentos en la evaluación del apego en niños, adolescentes y adultos. En S. Yáñez-Yaben (ed.) *La teoría del apego en la práctica clínica*. Madrid: Psimática.
- Yeomans, F, Gutfreund, J, Selzer, M y Clarkin J, (1994) Factors related to drop-outs by borderline patients: Treatment contract and therapeutic alliance. *J Psychotherapy Pract Res*, 3(1):16-24
- Young J, E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders*. Florida: *Profesional Resource Press*.
- Zanarini M.C, Gunderson J.G, Frankenburg F.R y Chauncey D.L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10–18

Zanarini M.C, Frankenburg F.R, Hennen J, Reich D.B. y Silk K.R. (2006) Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 163 (5), 827-832

Zack, S.E., Castonguay, L.G., Boswell, J.F., McAleavey, A.A., Adelman, R., Kraus, D y Pate, G.A. (2015). Attachment history as a moderator of the alliance outcome relationship in adolescents. *Psychotherapy*, 52, 258-267. doi.org/10.1037/a0037727

Zuckerman, M. y Kuhlman, D.M. (1993). *Norms for the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ)*. Manuscrito no publicado. Universidad de Delaware.

10. ANEXOS

A continuación añadimos los cuestionarios utilizados.

Borderline Symptom List 23 (BSL-23)

Code: _____ **Date:** |__|_|. |__|_|. |2|0|__|_|

Por favor, siga estas instrucciones cuando responda el cuestionario: En la siguiente tabla encontrará una serie de dificultades y problemas que podrían describirle. Por favor, lea detenidamente el cuestionario y decida en qué grado le afectó cada problema durante la semana pasada. En el caso de que no sienta nada en este momento, por favor responda de acuerdo a cómo piensa *que podría haberse sentido*. Por favor responda con sinceridad.

Todas las preguntas hacen referencia a la última semana. Si se ha sentido de diferente manera en diferentes momentos de la semana, haga una valoración promedio de cómo le fueron las cosas.

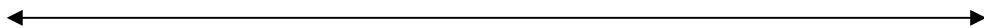
Por favor asegúrese de responder a todas las preguntas.

Durante la última semana...		Nunca	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1	Me resultaba difícil concentrarme	0	1	2	3	4
2	Me sentí indefenso	0	1	2	3	4
3	Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	0	1	2	3	4
4	Sentí asco	0	1	2	3	4
5	Pensé en hacerme daño	0	1	2	3	4
6	Desconfié de los demás	0	1	2	3	4
7	No creía que tuviera derecho a vivir	0	1	2	3	4
8	Me sentía solo	0	1	2	3	4
9	Sentí una tensión interna estresante	0	1	2	3	4
10	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	0	1	2	3	4
11	Me odié a mí mismo	0	1	2	3	4
12	Quise castigarme	0	1	2	3	4
13	Sufrí de vergüenza	0	1	2	3	4
14	Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión.	0	1	2	3	4
15	Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	0	1	2	3	4
16	Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí	0	1	2	3	4
17	Me sentí vulnerable	0	1	2	3	4

18	La idea de morirme me causó una cierta fascinación	0	1	2	3	4
19	Nada parecía tener sentido para mí	0	1	2	3	4
20	Tuve miedo de perder el control	0	1	2	3	4
21	Me di asco a mí mismo	0	1	2	3	4
22	Tuve la sensación de salir de mí mismo	0	1	2	3	4
23	Sentí que no valía nada	0	1	2	3	4

Ahora nos interesaría conocer además la calidad de su estado **general** a lo largo de la última semana. 0 % significa **absolutamente hundido**, 100% significa **excelente**. Por favor, señale el porcentaje que más se aproxime a su situación.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
(absolutamente hundido)										(excelente)



DERS

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

1-----2-----3-----4-----5
 Casi nunca Algunas veces La mitad de las La mayoría de las Casi siempre
 (0-10%) (11-35%) veces (36-65%) veces (66-90%) (91-100%)

1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5

24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

EQ

Instrucciones: A continuación, tienes una recopilación de afirmaciones sobre tu experiencia diaria durante los últimos _____ días. Utilizando la escala de 1-5, por favor indica con qué frecuencia tienes estas experiencias. Contesta de acuerdo a lo que realmente refleje tu experiencia, más que lo que tú pienses que debería ser tu experiencia.

1- Soy más capaz de aceptarme a mí mismo como soy.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre

2- Puedo enlentecer mi pensamiento en momentos de estrés.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre

3- Me doy cuenta de que no me tomo las dificultades de forma tan personal.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre

4- Puedo separar mis pensamientos y sentimientos de mí mismo.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre

5- Puedo tomarme tiempo para responder a las dificultades.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre

6- Me puedo tratar de forma amable.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre

7- Puedo observar sentimientos desagradables sin ser arrastrado hacia ellos.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre

8- Tengo la sensación de que soy completamente consciente de lo que está sucediendo a mí alrededor y dentro de mí.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Nunca Raramente Algunas veces A menudo Siempre

9- Veo que, en realidad, no soy mis pensamientos.

1 2 3 4 5
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Siempre

10- Soy consciente de sentir mi cuerpo como un todo.

1 2 3 4 5
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Siempre

11- Veo las cosas desde una perspectiva más amplia.

1 2 3 4 5
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Siempre

Cuestionario de Relaciones Interpersonales (ECR-S)

Las siguientes frases se refieren a cómo se siente usted en las relaciones de pareja. Nos interesa cómo vive usted las relaciones de pareja en general, no cómo se está sintiendo en una actual relación. Responda a cada frase indicando en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas rodeando cada número escogido entre los que encontrará debajo de cada frase.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni desacuerdo /ni acuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

1. Prefiero no mostrar a mi pareja cómo me siento por dentro.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. Me preocupa que me abandonen.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. Me siento muy cómodo/a teniendo un alto grado de intimidad con mi pareja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Me preocupo mucho por mis relaciones.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. Cuando mi pareja comienza a establecer mayor intimidad conmigo, me doy cuenta que me suelo cerrar.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. Me preocupa que mi pareja no se interese por mí tanto como me intereso yo por ella.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. Me siento violento/a cuando mi pareja quiere demasiada intimidad afectiva.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. Me preocupa bastante el hecho de perder a mi pareja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. No me siento cómodo/a abriéndome a mi pareja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. A menudo deseo que los sentimientos de mi pareja hacia mí fueran tan fuertes como mis sentimientos hacia él/ella.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

11. Quiero acercarme afectivamente a mi pareja, pero a la vez marco las distancias con él/ella.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12. A menudo quiero fusionarme completamente con mi pareja, pero me doy cuenta que esto a veces le asusta.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

13. Me pongo nervioso/a cuando mi pareja consigue demasiada intimidad afectiva conmigo.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

14. Me preocupa estar sólo/a.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

15. Me siento a gusto compartiendo mis sentimientos y pensamientos íntimos con mi pareja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

16. A veces mi deseo de excesiva intimidad asusta a la gente.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

17. Intento evitar establecer un grado de intimidad muy elevado con mi pareja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

18. Necesito que mi pareja me confirme constantemente que me ama.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

19. Encuentro relativamente fácil establecer intimidad afectiva con mi pareja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

20. A veces siento que presiono a mi pareja para que muestre más sentimientos, más compromiso.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

21. Encuentro difícil permitirme depender de mi pareja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

22. No me preocupa a menudo la idea de ser abandonado/a.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

23. Prefiero no tener demasiada intimidad afectiva con mi pareja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

24. Si no puedo hacer que mi pareja muestre interés por mí, me disgusto o me enfado.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

25. Se lo cuento todo a mi pareja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

26. Creo que mi pareja no quiere tener tanta intimidad afectiva conmigo como a mí me gustaría.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

27. Normalmente discuto mis problemas y preocupaciones con mi pareja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

28. Cuando no tengo una relación, me siento un poco ansioso/a e inseguro/a.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

29. Me siento bien dependiendo de mi pareja.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

30. Me siento frustrado/a cuando mi pareja no me hace tanto caso como a mí me gustaría.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

31. No me importa pedirle a mi pareja consuelo, consejo, o ayuda.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

32. Me siento frustrado/a si mi pareja no está disponible cuando la necesito.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

33. Ayuda mucho recurrir a la pareja en épocas de crisis.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

34. Cuando mi pareja me critica, me siento muy mal.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

35. Recorro a mi pareja para muchas cosas, entre otras, consuelo y tranquilidad.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

36. Me tomo a mal que mi pareja pase tiempo lejos de mí.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCI)

(C) 1999 Barry Duncan and Scott D. Miller

Cliente:
Terapeuta:
Sesión n^o:
Fecha de la sesión:

Por favor, evalúe la sesión de hoy según estas afirmaciones. Rodee con un círculo la puntuación que mejor describa su opinión usando el sistema siguiente:

Nunca	Muy pocas veces	En ocasiones	Punto medio	Bastante a menudo	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5	6	7

1. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en lo que hay que hacer para contribuir a mejorar mi situación.

1 2 3 4 5 6 7

2. Lo que hago en terapia me permite ver nuevas formas de considerar mi problema.

1 2 3 4 5 6 7

3. Caigo bien a mi terapeuta.

1 2 3 4 5 6 7

4. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes sobre lo que intento conseguir en la terapia.

1 2 3 4 5 6 7

5. Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.

1 2 3 4 5 6 7

6. Mi terapeuta y yo estamos trabajando con metas que hemos acordado ambos.

1 2 3 4 5 6 7

7. Siento que mi terapeuta me aprecia.

1 2 3 4 5 6 7

Nunca	Muy pocas veces	En ocasiones	Punto medio	Bastante a menudo	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5	6	7

8. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en cuáles son las cosas importantes en que debería trabajar en la terapia.

1 2 3 4 5 6 7

9. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.

1 2 3 4 5 6 7

10. Mi terapeuta y yo tenemos ideas diferentes respecto a cuáles son mis problemas.

1 2 3 4 5 6 7

11. Mi terapeuta y yo hemos llegado a una buena comprensión del tipo de cambios que serían buenos para mí.

1 2 3 4 5 6 7

12. Creo que la forma en que estamos trabajando con mi problema es la correcta.

1 2 3 4 5 6 7

13. Mi terapeuta y yo coincidimos en cuanto a mis metas en la terapia.

1 2 3 4 5 6 7

14. Creo que lo que mi terapeuta y yo hacemos en terapia es irrelevante para mis preocupaciones.

1 2 3 4 5 6 7

15. Creo que las cosas que hago en terapia me ayudarán a conseguir los cambios que deseo.

1 2 3 4 5 6 7

16. Las cosas que mi terapeuta me pide que haga son intrascendentes o incomprensibles para mí.

1 2 3 4 5 6 7

17. Las sesiones se centran en mis ideas sobre lo que ha de pasar para que se produzca un cambio.

1 2 3 4 5 6 7



Universitat Ramon Llull

Esta Tesi Doctoral ha sido defendida el dia ____ d _____ de 20
en el Centro _____
de la Universitat Ramon Llull
delante el Tribunal formado por los Doctores asignados, obteniendo la calificación:

Presidente/a

Vocal

Secretario/aria

Doctorand/a

*C. Claravall, 1-3
08022 Barcelona
Tel. 936 022 200
Fax 936 022 249
E-mail: urlsc@sec.url.es
www.url.es*

